**Připomínky k návrhu úhradové vyhlášky pro rok 2018**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Identifikace**  (§, odstavec,  věta ..) | **Připomínka**  (popis připomínky) | **Zdůvodnění** | **Typ připomínky**   * zásadní )vliv na úhradu) * doporučující * technická (např. překlep) |
| § 1, písm. c)  (výčet odborností amb. specializované péče) | Ve výčtu odborností chybí 881-ambulance klinické biochemie. | Ambulance klinické biochemie poskytuje klinická vyšetření, z charakteru poskytované péče by měla být přiřazena k segmentu amb. specializované péče. Ve vyhlášce není tato odbornosti specifikována, jak z hlediska zařazení do příslušného segmentu, tak z hlediska způsobu úhrady. | **Doporučující.** |
| § 16  (09543-kompenzace amb. regul. poplatku) | Referenční období pro stanovení maximální úhrady za výkon 09543 (kompenzace amb. regulačního poplatku) je rok 2014.  Navrhujeme referenční období rok 2016. | Referenční období je stanovené z období před čtyřmi lety. Toto není relevantní, neboť objem klinických vyšetření se změnil a poskytovatelům není kompenzováno snížení příjmů způsobených legislativní normou, která zrušila tyto regulační poplatky. | **Zásadní.** |
| § 17  (09552-kompenzace regul. poplatků recept) | Referenční období pro stanovení maximální úhrady za výkon 09552 (kompenzace regulačního poplatku za recept) je rok 2014. Úhrada stanovena na 13 Kč / recept.  Navrhujeme referenční období rok 2016, resp. 2017.  Navrhujeme úhradu 40 Kč / recept. | Fixace celkové částky objemem částky za rok 2014 absolutně nepokrývá vývoj (nárůst počtu receptů vlivem zániku okolních lékáren, navýšení počtu odbavených receptů u lékárenských zdravotnických zařízení.  Signální výkon 40Kč - odměna činnosti lékármíka je závislá na ceně LP, soustavným tlakem na cenu LP dochází k poklesu příjmů lékáren, podfinancování péče, nerovnoměrnému rozložení lékárenské péče na úrovni okresů a nižších celků; nárůst administrativy (e-recepty, DIS-13, nárůst počtu nedostupných LP a jejich výpadků), nově vzniklé náklady související bezprostředně s dispenzární činností (erecept, implementace protipadělkové směrnice, licenční poplatky za programy kontrolující interakce a kompatibility, investice do systémů kontinuálního monitorování podmínek uchovávání) i s ostatní lékárenskou činností bezprostředně financovanou (či dotovanou) právě z výnosů dispenzární činnosti (LEK-17- přestavba čistých prostor pro přípravu sterilních lékových forem; intenzivní monitoring čistoty prostředí; nárůst individuální přípravy na recept; pokles cen LP vydávaných na LP vlivem aktivit SUKL (základ pro výpočet obchodní přirážky lékárny). | **Zásadní.** |
| §18  (78890/“bonifikace transplantace“) | Poslední věta obsahuje výčet segmentů, do kterých se nezapočítává úhrada za výkon 78890.  *„ … nezapočítává do … části A bodů 2.1, 3.5, 4 a 4 přílohy č. 1 ….“*  Navrhujeme: Nezapočítávat obecně do úhrady dle přílohy č. 1 vyhlášky, aby nedocházelo k různým výkladům.  *Nový text: „ … nezapočítává do … přílohy č. 1 ….“* | Nezapočtení úhrady výkonu 78890 do úhrady do celé přílohy č. 1 vyhlášky eliminuje riziko různého výkladu úhrady. | **Technická.** |
| § 19  (odb. 005-nemocniční lékárenství) | Mělo by být doplněno, že úhrada se nezapočítává do úhrady dle přílohy č. 1 vyhlášky.  Úhrada za výkony odb. 005 by měla být hrazena výkonovým způsobem bez omezení, a to jak pro výkony poskytnuté během hospitalizace, tak pro výkony poskytnuté ambulantně. Tímto bude zajištěna kontinuita dosud vykazovaného „ředění cytostatik“ formou kódů IVLP.  Navrhujeme doplnit větu: Tato úhrada se nezapočítává do výše úhrady za hrazené služby stanovené podle přílohy č. 1 k této vyhlášce. | Nezapočtení úhrady za výkony odb. 005 do celé přílohy č. 1 vyhlášky eliminuje riziko různého výkladu úhrady. | **Zásadní.** |
| doplnit nový §  (odb. 006-klinický farmaceut) | Chybí ujednání k úhradě odbornosti 006-klinický farmaceut.  Navrhuje nový §: Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 006 – klinický farmaceut hrazené podle seznamu výkonu se hodnota bodu v této odbornosti stanoví ve výši 1 Kč. Tato úhrada se nezapočítává do výše úhrady za hrazené služby stanovené podle přílohy č. 1 k této vyhlášce. | Výkony odb. 006 mají vazbu pouze na péči poskytnutou během hospitalizace. Jedná se nové výkony, které nemají specifikovanou úhradu a případový paušál nebo úhrada vyčleněná z případového paušálu neobsahuje úhradu za výkony odb. 006.  Z tohoto důvodu by úhrada měla být výkonově bez maximální úhrady. | **Zásadní.** |
| doplnit nový §  (09563-ÚPS a 09566-péče na urgentním příjmu | Výkony 09563 a 09566 jsou uvedeny v příloze č. 1, část A, bod 6. Přesun do „paragrafové“ části vyhlášky odpovídá logice, že jiný výkon (78890) je zařazen to „paragrafové“ části vyhlášky.  Navrhujeme nový §: Výkony č. 09563 a 09566 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,03 Kč. Tato úhrada se nezapočítává do výše úhrady za hrazené služby stanovené podle přílohy č. 1 k této vyhlášce. | Nezapočtení úhrady výkonů 09563 a 09566 do úhrady do celé přílohy č. 1 vyhlášky eliminuje riziko různého výkladu úhrady.  Přesun do „paragrafové“ části vyhlášky má logickou souvislost s tím, že i jiný výkon (78890) je uveden v „paragrafové“ části. | **Zásadní.** |
| doplnit nový §  (bonifikace za e-recept) | Navrhujeme nový paragraf:  *„Poskytovatel obdrží za každou vystavenou a zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v hodnoceném období, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.“* | Pro nemocnice není sjednána bonifikace za e-recept ve výši 1,70 Kč.  Kompenzace je uvedena pouze v příloze č. 1, část B), odst. 2, bod h), která se týká pouze následné péče. | **Zásadní.** |
| Příloha č. 1, část A, bod 2.2.  (centrové léky) | V návrhu vyhlášky je referenční období rok 2016.  Navrhujeme změnu referenčního období na rok 2017. Indexu nárůstu úhrady centrových léčiv odpovídají meziročnímu nárůstu, nikoli nárůstu mezi dvěma roky. | Pokud nedojde ke změně referenční období, pak pro rok 2018 bude stanoven nízký limit pro centrová léčiva. Limit bude o cca 20-25 mil. Kč nížší, než predikce spotřeby centrových léčiv pro rok 2018 (pro poskytovatele velikosti krajské nemocnice). | **Zásadní.** |
| Příloha č. 1, část A), odst. 2.2.1.  (skupiny centr. léčby HIV/SYN) | Navrhujeme rozšířit skupinu výkonově hrazených centrových přípravků o chronickou hepatitidu.  Dále navrhujeme zpřesnit způsob úhrady a změnit referenční rok pro max. úhradu za balení – úhrada je realizována výkonově s omezením na maximální jednotkovou cenu za rok 2017.  Nové znění:  2.2.1 Pro onemocnění HIV/AIDS, chronická hepatitida, hereditární angioedém a pro profylaxi rizikových dětí vystavených expozici respiračního syncytiálního viru se stanoví výkonová úhrada dle vykázaného a uznaného objemu. Maximální úhrada na jeden podaný léčivý přípravek se stanoví ve výši poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané úhrady za jeden podaný léčivý přípravek v roce 2017. | Léčba chronické hepatitidy je specifická jednorázová léčba. Index navýšení úhrady 1,115 z referenčního objemu roku 2016 není reálný. Tato dg. skupina vznikla nově v průběhu roku 2016 a index 1,115 nepokrývá reálný objem léčených pacientů pro rok 2018.  Dále index 1,115 není reálný z důvodu, že léčba jednoho pacienta se pohybuje v rozmezí 600-800 tis. Kč a index 1,115 nepokrývá ani náklady na léčbu jednoho nového pacienta. | **Zásadní.** |
| Příloha č. 1. část A), odst. 2.2.4  (úhrada centr. léčby nad celkový limit) | Navrhujeme doplnit větu:  Úhrada za léčivé přípravky na léčbu v hodnoceném období nad celkový limit je realizována dle vykázaného a uznaného objemu u skupin, které poskytovatel v referenčním období neposkytoval po celé referenční období nebo po část referenčního období. | Není zohledněna úhrada za skupiny, které v referenčním období neexistovaly, nebo byly poskytováno pouze po část referenčního období. | **Zásadní.** |
| Příloha č. 1, část A), odst. 3.5  (případový paušál) | Výklad parametru zní:  *„ÚHR2016,j celková úhrada poskytovateli za služby zařazené do bazí 0014, 0204, 0501, 0507, 0511, 0516, 0522, 0523, 0524, 0526, 0527, 0528, 0802, 0804, 0818 a 1101 v referenčním období, kde j = 1 až n, kde n je počet těchto bazí.“*  Navrhujeme:  *„ÚHR2016,j celková úhrada poskytovateli za služby zařazené do bazí 0014, 0204, 0501, 0507, 0511, 0516, 0522, 0523, 0524, 0526, 0527, 0528, 0802, 0804, 0818 a 1101 a dalších individuálně smluvně sjednaných služeb hrazených v referenčním období, kde j = 1 až n, kde n je počet těchto bazí.“* | Jedná se o eliminaci rizika při výkladu, jaká úhrada je součástí tohoto parametru.  Pokud v referenčním období byly individuálně hrazeny jiné služby než vyjmenované baze, existuje riziko, že tato úhrada nebude započtena do parametru ÚHR2016,j. | **Zásadní.** |
| Příloha č. 1, část A), odst. 3.5  (případový paušál) | Vysvětlení k parametru „PocetOD2016,10,i a PocetOD2018,10,i“ doplnit o větu:  *„Kritériem pro výběr OD je datum vykázání OD.“* | Zpřesnění definice pro výběr OD – může dojít k rozdílnému výkladu (např. budou vybírány OD nikoli podle data vykázání, ale podle metodiky DRG). | **Doporučující.** |
| Příloha č. 1, část A), odst. 3.5.  (případový paušál) | Vysvětlení parametru zní:  *„EM2018,10 je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období a které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze podle přílohy č. 10 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v referenčním období, včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.“*  Navrhujeme:  *„EM2018,10 je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období a které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze podle přílohy č. 10 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými a uhrazenými v příslušném segmentu v referenčním období, včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.“* | Některé pojišťovny oceňují extramurální péči jinou hodnotou bodu, než za kterou péči hradí.  Např. laboratorní genetické vyšetření v nemocniční laboratoři jsou oceněny HB pro výkonově hrazené nemocnice (tj. 1,03 Kč) a správná hodnota bodu pro tento segment je 0,50 Kč.  Jedná se o eliminaci rizika ve výkladu vyhlášky.  Obdobné ujednání navrhujeme i pro parametr EM2016.  Stejné ujednání navrhujeme i pro parametr EM2018,13 v odst. 4.4 u případů vyjmutých z úhrady formou případového paušálu. | **Doporučující.** |
| Příloha č. 1, část A), odst. 4.4  (případy vyjmuté z případového paušálu) | Navrhujeme navýšení ZSmin,13 z částky 27 000 Kč na 28 000 Kč. | Důvodem je sblížení sazeb mezi jednotlivými nemocnicemi a zdr. pojišťovnami. | **Doporučující.** |
| Příloha č. 1, část A), odst. 4.4  (případy vyjmuté z případového paušálu) | Vysvětlení k parametru „PocetOD2016,13,i a PocetOD2018,13,i“ doplnit o větu:  *„Kritériem pro výběr OD je datum vykázání OD.“* | Zpřesnění definice pro výběr OD – může dojít k rozdílnému výkladu (např. budou vybírány OD nikoli podle data vykázání, ale podle metodiky DRG). | **Doporučující.** |
| Příloha č. 1, část A), odst. 4  doplnit nový odst. 4.7.  (případy vyjmuté z případového paušálu) | Navrhujeme doplnit nový odst. 4.7.  *„Výkony 73028 a 73029, vyjmuté z platby hospitalizačních případů vyčleněných z úhrady formou případového paušálu, jsou hrazeny výkonovým způsobem dle vykázání a uznání s hodnotou bodu 1,03 Kč.* | Screening a rescreening sluchu u novorozenců (výkony 73028 a 73029 se provádí během hospitalizace).  Výkonovou úhradu screeningu navrhujeme výkonovým způsobem. | **Doporučující.** |
| Příloha č. 1, část A), odst. 5  (péče pro 50 a méně pojištěnců) | Odstavec zní:  *„V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,18 Kč.*  *V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu ve výši 100 Kč za každý den hospitalizace.“*  Navrhujeme:  *„V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny a dále v případě hrazených služeb poskytnutých zahraničním pojištěncům, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,18 Kč. Hodnota bodu je platná pro ambulantní i hospitalizační služby.*  *V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu ve výši 100 Kč za každý den hospitalizace.“* | Jedná se o upřesnění podmínek úhrady u statisticky nevýznamného počtu pojištěnců (týká se ambulantní i hospitalizační péče).  Dále bylo doplněno, že úhrada se týká také zahraničních pojištěnců. | **Doporučující.** |
| Příloha č. 1, část A), odst. 6 | Navrhujeme doplnit větu:  *„Ambulantní výkony jsou všechny výkony provedené mimo dobu hospitalizace pojištěnce u daného Poskytovatele."* | Jedná se o doplnění definice, jaká péče je považována za ambulantní. Tímto bude eliminováno riziko výkladu různých pojišťoven, co je ambulantní péče. | **Zásadní.** |
| Příloha č. 1, část A), odst. 6  (ambulantní složka úhrady | **Obecně navrhujeme změnu metodiky rozdělení ambulantních subsegmentů.** | Nová metodika rozdělení ambulantní složky úhrady na „výkonově hrazený subsegment“ (tj. např. HDL, lin. urychlovač, psychiatrie) a subsegmenty omezené maximem (komplement a ostatní) způsobí pokles úhrady.  Zdůvodnění – „výkonově hrazený subsegment“ **neobsahuje navýšení hodnoty bodu o 0,05 Kč (za nepřetržitý provoz laboratoří a zobr. metod) a neobsahuje navýšení indesem 1,124.** | **Zásadní.** |
| Příloha č. 1, část A), odst. 6.4.  (ambulantní složka úhrady) | Není řešeno navýšení středních zdravotnických pracovníků pracujících v nepřetržitém nebo třísměnném provozu v ambulantní složce úhrady.  Navýšení hodnoty bodu o 0,05 Kč (za nepřetržitý provoz laboratoří a zobrazovacích metod) nekompenzuje růst osobních nákladů u „příplatku za směnnost“. | Navýšení za nepřetržitý/třísměnný provoz se týká všech středních zdravotnických pracovníků pracujících v nepřetržitém nebo třísměnném provozu – tedy i v ambulantních složce úhrady (např. laboratoře, zobrazovací metody). | **Zásadní.** |
| Příloha č. 1, část A), odst. 6.7.  (ambulantní složka úhrady) | Z odst. 6.7. vyjmout ujednání o úhradě výkonu 09563.  Navrhujeme podmínky úhrady výkonu 09563 zahrnout do „paragrafového“ znění vyhlášky (viz výše návrh nového paragrafu). | Pokud zůstane výkon 09563 zahrnutý do odst. 6.7, pak bude hrazen v rámci maximální úhrady.  Výkon 09563 by měl být hrazen výkonovým způsobem bez omezení, stejně jako v předchozích letech. | **Zásadní.** |
| Příloha č. 1, část B), odst. 1., písm. b)  (sazby OD následné péče) | Navrhujeme index růstu paušální sazby z 1,065 na 1,08. | Index růstu 1,065 nepokrývá nárůsty na osobní náklady v následné péči. | **Zásadní.** |
| Příloha č. 1, část B), odst. 2, písm. b)  („sociální“ lůžka) | Úhrada přes průměrnou úhradu a počet pacientů neumožňuje zohlednit pacienta ležícího na sociálních lůžkách dlouhou dobu bez možnosti přeložení.  Navrhujeme možnost zohlednit ve vyúčtování mimořádně nákladného pacienta nebo počítat i s průměrnou dobou hospitalizace.  Dále navrhujeme doplnit ujednání:  Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 10 a méně unikátních pojištěnců, bude úhrada realizována výkonovým způsobem dle vykázané a uznané péče. | Umožní zohlednit situace, které nelze předvídat a vyrovnat velké rozdíly v průměrné úhradě.  U statisticky nízkého počtu pojištěnců dochází k výchylkám v objemu péče. Výkonový způsob eliminuje výchylky v objemu úhrady. | **Doporučující.** |
| Příloha č. 1, část B), odst. 1, písm. c)  (NIP, DIOP, NVP) | Odstavec zní:  *„Výkony následné intenzivní péče, dlouhodobé intenzivní ošetřovatelské péče a následné ventilační péče se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,06 Kč.“*  Navrhujeme:  *„Výkony následné intenzivní péče, dlouhodobé intenzivní ošetřovatelské péče a následné ventilační péče se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,06 Kč. K úhradě se připočte navýšení úhrady za zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařská zdravotnická povolání bez odborného dohledu střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém provozním režimu za ošetřovací den typu „i“, uvedené v příloze č. 9 k této vyhlášce.“*  Poznámka: V příloze č. 9 navrhujeme doplnění OD typu 00015, 00017, 00018, 00019 a 00020 (viz níže). | Chybí hodnoty pro navýšení úhrady za „směnnost“ u lůžek typu DIOP, NIP a NVP.  Navýšení hodnotu bodu (dle důvodové zprávy) by mělo tyto náklady pokrývat. Navýšení hodnotu bodu reálné pokrývá pouze snížení úhrady z titulu, že na těchto lůžkách nelze vykazovat kategorie pacienta. Navýšení úhrady za OD tedy bude kompenzovat osobní náklady na „směnnost“. | **Zásadní.** |
| Příloha č. 1, část C), odst. 2.3  (regulace na vyžádanou péči) | První věta zní: *„Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného …“*  Navrhujeme znění:  *„Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za vyžádanou péči indikovanou při poskytování ambulantních služeb ve vyjmenovaných odbornostech, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného …“* | Znění odst. 2.3 umožňuje různé výklady, co se zahrnuje do vyžádané péče. Z logiky textu (tedy, že objem vyžádané péče se dělí globálními pojištěnci ve vyjmenovaných amb. odbornostech) vyplývá, že se jedná pouze o vyžádanou péči indikovanou během ambulantní péče.  Některé pojišťovny si vykládají text tak, že do vyžádané péče patří i péče indikovaná během hospitalizace. Dochází tak ke dvojí regulaci (jednou v odečtu extramurální péče a podruhé v RM na vyžádanou péči). | **Zásadní.** |
| Příloha č. 1, část C), odst. 2.4.  (regulace na ZULP, ZUM) | Navrhujeme z regulace vyjmout léčivé přípravky uvedené v příloze č. 12 vyhlášky.  Navrhujeme doplnit do odstavce text:  *„ …..s výjimkou léčivých přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce ….“* | Z regulace nejsou vyjmuty léčivé přípravky uvedené v příloze č. 12 vyhlášky. Jedná se o specifická hemofilika, která by neměla podléhat regulaci. | **Zásadní** |
| Příloha č. 9  (zvýšení příplatku za nepřetržitý/třísměnný provoz) | V seznamu OD chybí OD typu 00015, 00017, 00018, 00019 (NIP,NVP) a 00020 (DIOP).  Navrhujeme navýšení úhrady za tento typ OD minimálně ve výši 65 Kč za OD. | Chybí hodnoty pro navýšení úhrady za „směnnost“ u lůžek typu DIOP, a NIP a NVP.  Navýšení hodnotu bodu (dle důvodové zprávy) by mělo tyto náklady pokrývat. Navýšení hodnotu bodu reálné pokrývá pouze snížení úhrady z titulu, že na těchto lůžkách nelze vykazovat kategorie pacienta. Navýšení úhrady za OD tedy bude kompenzovat osobní náklady na „směnnost“. | **Zásadní.** |
| Příloha č. 11  (stomatologické výkony) | U výkonu 00968 (stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatochirurgem) je uvedeno: „Kód není určen pro ambulance poskytovatelů lůžkových služeb, tzn. že kód není určen ani pro ambulance, kdy je provozovatel současně provozovatelem lůžkových služeb jakékoliv odbornosti.“  Navrhujeme: Odstranit větu: „Kód není určen pro ambulance poskytovatelů lůžkových služeb, tzn. že kód není určen ani pro ambulance, kdy je provozovatel současně provozovatelem lůžkových služeb jakékoliv odbornosti.“ | V rámci Jihočeského regionu existuje velmi malý počet ambulantních poskytovatelů se specializací stomatochirurgie. Poskytovatel lůžkových služeb v rámci ambulantní stomatologie poskytuje stomatochirurgické výkony na žádost externích ambulantních stomatologů. Nejedná se o pacienty, kteří jsou hospitalizováni.  Poskytovatel lůžkové péče disponuje komplexním personálním a technickým vybavením.  Možnost provádět výkon 00968 pouze u ambulantních stomatologů má diskriminační charakter. | **Zásadní.** |

Datum: 29.9.2017

Jméno: Monika Valentová, Petr Klíma / Jihočeské nemocnice, a.s. / Nemocnice České Budějovice, a.s.

Telefon: 774 001 700

Email: [valentova@jihnem.cz](mailto:valentova@jihnem.cz) *nebo* [monika.valentova@nemcb.cz](mailto:monika.valentova@nemcb.cz)