

N á v r h

VYHLÁŠKA

ze dne 2015

o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 245/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 298/2011 Sb., zákona č. 369/2011 Sb. a zákona č. 200/2015 Sb.:

§ 1

Tato vyhláška stanoví pro rok 2016 hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb poskytovaných pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), a dále hrazených služeb poskytovaných pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarské konfederace podle přímo použitelných předpisů Evropské unie upravujících koordinaci systémů sociálního zabezpečení¹⁾ a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast hrazených služeb²⁾, (dále jen „zahraniční pojištěnec“), a regulační omezení pro úhrady uvedené v § 3 až 15, poskytované těmito smluvními poskytovateli zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel“):

- a) poskytovateli lůžkové péče a poskytovateli zvláštní lůžkové péče podle § 22a zákona,
- b) poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,
- c) poskytovateli specializované ambulantní péče, poskytovateli hemodialyzační zdravotní péče a poskytovateli v odbornostech 903, 905, 919 a 927 podle vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami³⁾ (dále jen „seznam výkonů“),
- d) poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů,

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

Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení.

Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č.1231/2010, kterým se rozšiřuje působnost nařízení (ES) č. 883/2004 a nařízení (ES) č. 987/2009 na státní příslušníky třetích zemí, na které se tato nařízení dosud nevztahují pouze z důvodu jejich státní příslušnosti.

2) Například sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávií o sociálním zabezpečení, sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 135/2004 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení, sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 2/2007 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Republikou Makedonie o sociálním zabezpečení.

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

- e) poskytovateli v oboru zubního lékařství,
- f) poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen „vyjmenovaná odbornost“),
- g) poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 911, 913, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů,
- h) poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů,
- i) poskytovateli zdravotnické záchranné služby, poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče, poskytovateli zdravotnické dopravní služby, poskytovateli lékařské pohotovostní služby a poskytovateli pohotovostní služby v oboru zubní lékařství,
- j) poskytovateli lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravovnamí a
- k) poskytovateli lékárenské péče.

§ 2

(1) Referenčním obdobím se rozumí pro účely této vyhlášky rok 2014.

(2) Hodnoceným obdobím se rozumí pro účely této vyhlášky rok 2016.

(3) Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2014, poskytovatelem vykázané do 31. března 2015 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2015. Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2016, poskytovatelem vykázané do 31. března 2017 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2017.

(4) Unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí pojištěnec zdravotní pojišťovny ošetřený poskytovatelem v konkrétní odbornosti v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jednou, s tím, že není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastních zdravotních služeb nebo zdravotních služeb vyžádaných. Pokud byl tento pojištěnec poskytovatelem v konkrétní odbornosti ošetřen v hodnoceném období nebo referenčním období vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti pouze jednou. V případě sloučení zdravotních pojišťoven se počet unikátních pojištěnců spočte jako součet unikátních pojištěnců zdravotních pojišťoven, které se sloučily. Pokud byl pojištěnec v referenčním období pojištěncem více než jedné zdravotní pojišťovny, do počtu unikátních ošetřených pojištěnců se započítává pouze jednou.

(5) Globálním unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí pojištěnec zdravotní pojišťovny ošetřený poskytovatelem lůžkové péče v libovolné odbornosti v rámci vlastních či vyžádaných zdravotních služeb v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jednou, pokud není dále stanoveno jinak. Pokud byl tento pojištěnec poskytovatelem, bez ohledu na to v které odbornosti, ošetřen v hodnoceném období nebo referenčním období vícekrát, zahrnuje se do počtu globálních unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených u daného poskytovatele pouze jednou. V případě sloučení zdravotních pojišťoven se počet globálních unikátních pojištěnců spočte jako součet globálních unikátních pojištěnců zdravotních pojišťoven, které se sloučily. Pokud byl pojištěnec v referenčním období pojištěncem více než jedné zdravotní pojišťovny, do počtu globálních unikátních ošetřených pojištěnců se započítává pouze jednou.

(6) Při výpočtu celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za zdravotní výkony (dále jen „výkon“) za referenční období podle příloh č. 5 a 8 k této vyhlášce se těmito body rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2016, do nichž nejsou započítány body za hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.

(7) Pokud došlo v referenčním období ke sloučení dvou zdravotních pojišťoven, použije se pro výpočet úhrad součet údajů za referenční období sloučených zdravotních pojišťoven.

§ 3

V případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům se stanoví úhrada ve stejné výši jako v případě českých pojištěnců.

§ 4

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli lůžkové péče, s výjimkou hrazených služeb poskytovaných poskytovateli následné lůžkové péče, poskytovateli dlouhodobé lůžkové péče a poskytovateli zvláštní lůžkové péče, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v přílohách č. 1, 9, 10, 12 a 13 k této vyhlášce.

(2) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli následné lůžkové péče, poskytovateli dlouhodobé lůžkové péče a poskytovateli zvláštní lůžkové péče, hrazené paušální sazbou za jeden den hospitalizace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 1 k této vyhlášce.

§ 5

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost hrazené kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce.

§ 6

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

§ 7

Pro ambulantní péči poskytovanou poskytovateli ambulantní zdravotní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 4 k této vyhlášce.

§ 8

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

(2) Výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství nehrazených podle odstavce 1 a příslušná regulační omezení se stanoví v příloze č. 11 k této vyhlášce.

(3) Zdravotní pojišťovna omezí výši úhrady poskytovatelům v oboru zubní lékařství tak, aby celková výše nákladů zdravotní pojišťovny vynaložených na hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství v roce 2016 nepřekročila celkovou výši těchto nákladů stanovenou ve zdravotně pojistném plánu zdravotní pojišťovny. Pokud by překročení celkové výše úhrady za hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství, stanovené ve zdravotně pojistném plánu zdravotní pojišťovny na tyto hrazené služby, bylo způsobeno poskytnutím většího objemu neodkladné péče oproti roku 2014, zdravotní pojišťovna tento větší objem uhradí.

§ 9

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

§ 10

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní zdravotní péče v odbornostech 911, 913, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 6 k této vyhlášce.

§ 11

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní zdravotní péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 7 k této vyhlášce.

§ 12

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické záchranné služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,11 Kč a pro hrazené služby poskytované poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč.

§ 13

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

§ 14

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v rámci lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,00 Kč.

§ 15

(1) Pro komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána na rok 2015. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu na rok 2015 sjednána k 31. prosinci 2015, stanoví se úhrada ve výši 1 050 Kč.

(2) Pro komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro děti a dorost do 18 let poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána na rok 2015. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu na rok 2015 sjednána k 31. prosinci 2015, stanoví se úhrada ve výši 1 350 Kč.

(3) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána na rok 2015. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu na rok 2015 sjednána k 31. prosinci 2015, stanoví se úhrada ve výši 380 Kč.

(4) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro děti a dorost do 18 let poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána na rok 2015. Nebyla-li

úhrada za jeden den pobytu na rok 2015 sjednána k 31. prosinci 2015, stanoví se úhrada ve výši 480 Kč.

(5) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči se stanoví úhrada 30 Kč za vykázaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů. Tento výkon může být pojišťovně vykázán maximálně třikrát během jednoho léčebného pobytu pojištěnce.

(6) Pro hrazené služby poskytované v ozdravovnách se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši 807 Kč.

§ 16

Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 30 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09543 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí částku ve výši třicetinásobku počtu výkonů č. 09543 podle seznamu výkonů, ve znění účinném v referenčním období, vykázaných zdravotní pojišťovně v referenčním období. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, vznikl v průběhu referenčního období nebo neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů. Tato úhrada se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby. Toto ustanovení se nevztahuje na poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče při poskytování příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče.

§ 17

Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09552 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 12 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09552 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí částku ve výši dvanáctinásobku počtu receptů v referenčním období, na jejichž základě byl vydán léčivý přípravek částečně nebo plně hrazený z veřejného zdravotního pojištění. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, vznikl v průběhu referenčního období nebo neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.

§ 18

Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 78890 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 10 000 Kč. Tato úhrada se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby.

§ 19

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2016.

Ministr:

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

A) Hrazené služby podle § 4 odst. 1

1. Úhrada poskytovateli v roce 2016 zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady, úhradu formou případového paušálu, úhradu vyčleněnou z úhrady formou případového paušálu a úhradu za ambulantní péči (dále jen „ambulantní složka úhrady“). Pro výpočet individuální paušální úhrady jsou do výpočtu zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2015, poskytovatelem vykázané do 31. března 2016 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2016.

2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

2.1 Výše a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace hospitalizovaných pacientů⁴⁾ (dále jen „Klasifikace“) do bází

a) 0001, 0002, 0003, 0014, 0501, 0507, 0511, 0516, 0522, 0523, 0524, 0526, 0527, 0528, 1101

b) 0310

uvedených v příloze č. 9 k této vyhlášce (dále jen „vyjmenované baze“) se sjedná ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem. Pokud smluvně sjednaná složka úhrady zahrnuje i jiné hrazené služby, než je uvedeno ve větě první, nezapočítává se tato úhrada ani úhrada za hrazené služby zařazené podle Klasifikace do vyjmenovaných bází do úhrady uvedené v bodě 3.

Nedojde-li k dohodě o výši úhrady individuálně smluvně sjednané složky úhrady mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou do 29. února 2016, zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu ve výši $ÚHR_{ZZ}^{ho}$ vypočtené takto:

$$ÚHR_{ZZ}^{ho} = \min \left(\sum_{i=1}^n \left\{ PP_{i,ZZ}^{ho} * \frac{ÚHR_{i,ZZ}^{2015}}{PP_{i,ZZ}^{2015}} \right\}; \sum_{i=1}^n X * ÚHR_{i,ZZ}^{2015} \right)$$

kde

$ÚHR_{ZZ}^{ho}$ úhrada poskytovateli v hodnoceném období.

$PP_{i,ZZ}^{ho}$ počet případů u daného poskytovatele ve vyjmenované bazi v hodnoceném období, kde $i = 1$ až n , kde n je počet vyjmenovaných bází.

X nabývá hodnoty 1,00 pro baze uvedené v bodě 2.1 písm. a) a hodnoty 0,75 pro bazi uvedenou v bodě 2.1 písm. b)

⁴⁾ Sdělení ČSÚ č. .../2015 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG).

$ÚHR_{i,ZZ}^{2015}$	celková úhrada poskytovateli za vyjmenovanou bazi v roce 2015, kde $i = 1$ až n , kde n jsou baze vyjmenované v bodě 2.1 písm. a), resp. v bodě 2.1 písm. b).
$PP_{i,ZZ}^{2015}$	počet případů u daného poskytovatele ve vyjmenované bazi v roce 2015 kde $i = 1$ až n , kde n je počet vyjmenovaných bazí.
min	funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejnižší.

2.2 Pokud se ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem, který má statut centra vysoce specializované péče podle § 112 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, dohodne rozdílná výše a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace do bazí č. 2250 až 2255 a 2501 až 2537 nezapočítá se tato úhrada do úhrady uvedené v bodě 3.

2.3 Výše úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely (dále jen „léčivý přípravek“) označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění, se stanoví podle poskytovatelem vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného léčivého přípravku, maximálně však ve výši uvedené v bodech 2.3.1 až 2.3.6:

2.3.1 Pro onemocnění:

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

se stanoví maximální úhrada na jednoho unikátního pojištěnce ve výši 100 % dvanáctinásobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2015, během nichž byla léčba poskytována. Maximální úhrada na unikátního pojištěnce se vypočte takto:

$$Uhr_{max,i} = 12 * \frac{Uhr_{i,2015}}{M_{i,2015}}$$

kde:

i nabývá hodnot 1 až n , kde n je počet výše uvedených onemocnění

$Uhr_{max,i}$ je maximální úhrada v roce 2016 na jednoho unikátního pojištěnce pro onemocnění i

$Uhr_{i,2015}$ je celková úhrada v roce 2015 za léčbu onemocnění i

$M_{i,2015}$ je součet měsíců, po které byla léčba onemocnění i poskytována každému jednotlivému pojištěnci s tímto onemocněním v roce 2015.

2.3.2 Pro onemocnění:

- a) revmatoidní artritida,
- b) Bechtěrevova choroba,
- c) psoriatická artritida,
- d) Crohnova choroba,
- e) colitis ulcerosa,
- f) psoriáza těžká,
- g) plicní arteriální hypertenze,
- h) astma,
- i) Parkinsonova choroba a
- j) juvenilní artritida
- k) roztroušená skleróza

se stanoví maximální úhrada ve výši 100 % dvanáctinásobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2015, během nichž byla léčba poskytována, vynásobené 108 % počtu unikátních pojištěnců léčených v roce 2015. Maximální úhrada se vypočte takto:

$$Uhr_{max} = \sum_{i=1}^n \left(12 * \frac{Uhr_{i,2015}}{M_{i,2015}} * UOP_{i,2015} * 1,08 \right)$$

i nabývá hodnot 1 až n , kde n je počet výše uvedených onemocnění

Uhr_{max} je maximální úhrada v roce 2016

$Uhr_{i,2015}$ je celková úhrada v roce 2015 za léčbu onemocnění i

$M_{i,2015}$ je součet měsíců, po které byla léčba onemocnění i poskytována každému jednotlivému pacientovi s tímto onemocněním v roce 2015

$UOP_{i,2015}$ je počet unikátních pojištěnců léčených v roce 2015 na příslušné onemocnění uvedené v písmenech a) až j).

- 2.3.3 Pro onemocnění HIV/AIDS, hereditární angioedém a pro profylaxi rizikových dětí vystavených expozici respiračního syncytiálního viru se stanoví maximální úhrada na jeden podaný léčivý přípravek ve výši poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané úhrady v roce 2015.
- 2.3.4 Pro onemocnění neuvedená v bodech 2.3.1 až 2.3.3 se stanoví maximální úhrada ve výši 100 % celkové úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou za rok 2015, vynásobené 104 %. Maximální úhrada se vypočte takto:

$$Uhr_{max} = \sum_{i=1}^n (Uhr_{i,2015} * 1,04)$$

i nabývá hodnot 1 až n , kde n je počet onemocnění spadajících do bodu 2.3.4

Uhr_{max} je maximální úhrada v roce 2016

$Uhr_{i,2015}$ je celková úhrada v roce 2015 za léčbu onemocnění i

- 2.3.5 Úhrada za léčivé přípravky poskytnuté pojištěncům na léčbu v hodnoceném období nad celkový limit úhrady stanovený podle bodů 2.3.1 až 2.3.4 se uhradí po předchozí dohodě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem.
- 2.3.6 Do celkového limitu úhrady stanoveného podle bodů 2.3.1 až 2.3.4 se započítávají i léčivé přípravky předepsané v roce 2015 na recept v případě, že v hodnoceném období jsou tyto léčivé přípravky vykazovány jako zvlášť účtované léčivé přípravky a současně pokud v hodnoceném období dále splňují podmínky pro léčivé přípravky označené symbolem „S“ podle vyhlášky č. 376/2011 Sb.

3. Úhrada formou případového paušálu

- 3.1 Případy hospitalizací se při výpočtu $CM_{2016,013}$ a $CM_{2015,013}$ rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro Klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných pro rok 2016.
- 3.2 Pro výkony doprovodu č. 00031 a 00032 podle seznamu výkonů, vyjmuté z platby případovým paušálem, se stanoví paušální úhrada ve výši 375 Kč.

- 3.3 Léčivé přípravky vyjmuté z platby případovým paušálem a uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2015.
- 3.4 Vyžádanou extramurální péčí se rozumí péče související s hospitalizací pojištěnce u poskytovatele, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji účtuje zdravotní pojišťovně.
- 3.5 Úhrada formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a stanoví se ve výši $CELK\ PU_{drg,2016}$ podle výrazu:

$$(i) \text{ } CELK\ PU_{drg,2016} = \min \left\{ 1; \frac{CM_{red,2016,013}}{0,98 * CM_{2015,013}} \right\} * IPU * I_{ZP} - EM_{2016},$$

kde:

$CM_{2015,013}$ je počet případů hospitalizací ukončených v roce 2015 a zdravotní pojišťovnou uznaných, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce vynásobených indexy 2016.

EM_{2016} je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

min funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejmenší.

a kde IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

$$(ii) \text{ } IPU = 1,025 * PU_{drg,2015}$$

kde:

$PU_{drg,2015}$ je celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v roce 2015, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, včetně vypořádání regulačních omezení s výjimkou regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, zvýšené o hodnotu vyžádané extramurální péče oceněné hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky snížená o úhradu léčivých přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce v roce 2015.

a kde:

$$(iii) CM_{red,2016,013} = CM_{red 1} + CM_{red 2} + CM_{red 3}$$

kde:

$$CM_{red 1} = \min \left\{ CM_{1,2016,013}; (CM_{1,2016,013})^{0,2} * \left(1,05 * PP_{1,drg,2016} * \frac{CM_{1,2015,013}}{PP_{1,drg,2015}} \right)^{0,8} \right\},$$

kde:

$CM_{1,2016,013}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a které nebyly ukončeny přeložením pacienta k poskytovateli následné péče nebo na oddělení následné péče téhož poskytovatele (dále jen „kód ukončení léčení 4“) nebo přeložením pacienta k jinému poskytovateli akutní lůžkové péče (dále jen „kód ukončení léčení 5“), vynásobených indexy 2016.

$CM_{1,2015,013}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v roce 2015, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených indexy 2016.

$PP_{1,drg,2016}$ počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v hodnoceném období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce a které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

$PP_{1,drg,2015}$ počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v roce 2015 zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce a které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

a kde:

$$CM_{red 2} = CM_{2016,013,4} * \min \left[1; \left(1,05 * \frac{PP_{drg,2015,4}}{PP_{drg,2016,4}} * \frac{PP_{drg,2016}}{PP_{drg,2015}} \right) \right],$$

kde:

$CM_{2016,013,4}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených indexy 2016, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4.

$PP_{drg,2016}$ počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v hodnoceném období

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

$PP_{drg,2015}$ počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v roce 2015 zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$PPR_{drg,2016,4}$ počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v hodnoceném období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4.

$PPR_{drg,2015,4}$ počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v roce 2015 zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly kódem ukončení léčení 4.

a kde:

$$CM_{red3} = CM_{2016,013,5} * \min \left[1; \left(1,05 * \frac{PPR_{drg,2015,5}}{PPR_{drg,2016,5}} * \frac{PP_{drg,2016}}{PP_{drg,2015}} \right) \right],$$

kde:

$CM_{2016,013,5}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených indexy 2016, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 5.

$PPR_{drg,2016,5}$ počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v hodnoceném období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 5.

$PPR_{drg,2015,5}$ počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v roce 2015 zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 5.

a kde:

(iv) I_{ZP} je index změny produkce vypočtený takto:

$$I_{ZP} = \left\{ 1 + \max \left[0; 0,85 * \min \left(\frac{CM_{red,2016,013}}{CM_{2015,013}} - 1,04; 0,16 \right) * I_{GUP} \right] \right\}$$

kde:

I_{GUP} je index změny počtu globálních unikátních pojištěnců vypočtený jako:

a) Pokud $\frac{CM_{red,2016,013}}{CM_{2015,013}} \neq 1$, potom:

$$I_{GUP} = \max \left[0; \min \left(1; \frac{\left(\frac{GUP_{2016}}{GUP_{2015}} - 1 \right)}{0,5 * \min \left[\left(\frac{CM_{red,2016,013}}{CM_{2015,013}} - 1 \right); 0,2 \right]} \right) \right]$$

b) Pokud $\frac{CM_{red,2016,013}}{CM_{2015,013}} = 1$, potom $I_{GUP} = 1$.

kde:

GUP_{2016} je počet globálních unikátních pojištěnců, na které byly vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v roce 2016, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce

GUP_{2015} je počet globálních unikátních pojištěnců, na které byly vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v roce 2015, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce

4. Úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu

4.1. Úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce.

4.2. Případy hospitalizací se při výpočtu $CM_{2016,013}$ a $CM_{2014,013}$ rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro Klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných pro rok 2016.

4.3. Pro hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze a uvedené v příloze č. 13 k této vyhlášce vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, se stanoví úhrada ve výši $105,5 * CM_{2016,013,13} * IZS_{2014}$

kde:

$CM_{2016,013,13}$ je počet případů hospitalizací ukončených v roce 2016 a zdravotní pojišťovnou uznaných, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, vynásobených indexy 2016.

IZS_{2014} je individuální základní sazba vypočtená takto: $\frac{PU_{drg,2014}}{CM_{drg,2014}}$

kde:

$PU_{drg,2014}$ je celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v roce 2014, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 9, 10 a 13 k této vyhlášce, včetně vypořádání

regulačních omezení s výjimkou regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, zvýšené o hodnotu vyžádané extramurální péče oceněné hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky snižena o úhradu léčivých přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

CM_{drg,2014} je počet případů hospitalizací ukončených v roce 2014 a zdravotní pojišťovnou uznaných, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 9, 10 a 13 k této vyhlášce vynásobených indexy 2014.

5. V případě hrazených služeb poskytnutých zahraničním pojištěncům a dále v případě, že poskytovatel poskytne v roce 2015 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 Kč. Dále zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu ve výši 100 Kč za každý den hospitalizace.
6. Ambulantní složka úhrady zahrnuje úhradu specializované ambulantní zdravotní péče, hrazených služeb v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství, hrazených služeb ve vyjmenovaných odbornostech, zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby a hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v odbornostech 902, 903, 905, 911, 913, 914, 919, 921, 925 a 927 (dále jen „ambulantní péče“) s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje vyšetření pacienta při příjmu k hospitalizaci a při propuštění z hospitalizace.
 - 6.1. Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazené kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce, s výjimkou regulačních omezení uvedených v části D) a E) přílohy č. 2 k této vyhlášce, která se pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nepoužijí.
 - 6.2. Pro specializovanou ambulantní zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů a poskytovatele v odbornostech 903, 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v části A) bodu 1 a 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce, s výjimkou regulačních omezení uvedených v části B) přílohy č. 3 k této vyhlášce, která se pro specializovanou ambulantní zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů a poskytovatele v odbornostech 903, 905, 919 a 927 nepoužijí.
 - 6.3. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v části A) bodu 1 přílohy č. 4 k této vyhlášce, s výjimkou regulačních omezení uvedených v části B) přílohy č. 4 k této vyhlášce, která se pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 nepoužijí.
 - 6.4. Pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů se výsledná hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodů 1 a 2 přílohy č. 5 k této vyhlášce.

- 6.5. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 911, 913, 914, 921 a 925 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v bodě 1 a 3 přílohy č. 6 k této vyhlášce.
- 6.6. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v bodě 1 a 2 přílohy č. 7 k této vyhlášce.
- 6.7. Pro výkony poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby hrazené podle seznamu výkonů se výsledná hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodu 1 přílohy č. 8 k této vyhlášce.
- 6.8. Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle § 8.
- 6.9. Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby se hradí podle § 14.
- 6.10. Maximální úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodů 6.1 až 6.9 se stanoví ve výši:

$$\mathit{Úhr_amb}_{max} = \mathit{Úhr_amb}_{2015} * 1,025$$

kde:

$\mathit{Úhr_amb}_{max}$ je maximální celková úhrada poskytovateli za hrazené služby, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaného materiálu, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce, poskytnuté v hodnoceném období podle odstavců 6.1 až 6.9.

$\mathit{Úhr_amb}_{2015}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v roce 2015 podle odstavců 5.1 až 5.9, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

- 6.11. Pro nasmlouvané výkony č. 09563, 88101 a výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč. Výkony uvedené ve větě první zdravotní pojišťovna nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 6.1 až 6.10.
- 6.12. Léčivé přípravky uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich jednotkové ceny v roce 2015.
7. Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s rokem 2015 se dohodnou ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.
8. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši 102,5 % průměrné měsíční zálohy roku 2015. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zahrne změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb dohodnuté podle bodu 7, včetně změny počtu hospitalizací, počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců. Předběžná úhrada za

hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.

9. Navýšení úhrady ve výši $0,015 * PU_{drug,2015} + 0,015 * Úhr_{amb}_{2015}$ je určeno na navýšení osobních nákladů.
10. Do maximální úhrady podle bodu 6.10 se nezahrne úhrada za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů poskytnuté v souvislosti s péčí o osoby, jimž bylo soudem nařízeno ochranné léčení.

B) Hrazené služby podle § 4 odst. 2

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

- a) Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetrovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného ošetrovacího dne včetně režie přiřazené k ošetrovacímu dni a kategorie pacienta podle seznamu výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, a výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření podle seznamu výkonů.
- b) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období se stanoví ve výši $PS_{OD,2016} = \max\{1,115 * PS_{OD,2014}; PS_{OD,2014} * 1,055 + 100; X\}$.

kde X je minimální paušální sazba za jeden den hospitalizace včetně režie ve výši:

OD	Pro kategorii pacienta 1 (resp. 0) podle seznamu výkonů	Pro kategorii pacienta 2 podle seznamu výkonů	Pro kategorii pacienta 3 podle seznamu výkonů	Pro kategorii pacienta 4 podle seznamu výkonů	Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů
00005	984,09	1077,99	1183,49	1301,65	1471,50
00021	1271,05	1399,76	1453,57	1628,70	1751,08
00022	1225,69	1337,52	1854,15	1999,53	1820,09
00023	1074,82	1186,65	1216,19	1388,16	1373,39
00024	1185,60	1253,12	1335,41	1439,85	1542,19
00025	3024,93	3469,67	3625,81	3737,64	3024,93
00026	1790,11	1681,45	1824,93	1900,89	2313,39
00027	1419,81	1428,25	2021,47	2180,57	1718,37
00028	1301,65	1420,86	1535,86	1884,05	2005,60
00029	1165,55	1271,05	1373,39	1478,89	1787,11
00031	475,00				
00032	475,00				

- c) Pro následnou intenzivní péči a dlouhodobou intenzivní ošetrovatelskou péči se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána na rok 2015. Nebyla-li úhrada za

jeden den pobytu na rok 2015 sjednána k 31. prosinci 2014, použije zdravotní pojišťovna výši úhrady za jeden den pobytu, která byla sjednána na rok 2015 u srovnatelného poskytovatele.

- d) Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím se dohodnou ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.
- e) Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši 111,5 % jedné dvanáctiny objemu úhrady za referenční období. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zahrne změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb dohodnuté podle bodu 1 písm. d). Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.
- f) Navýšení úhrady ve výši $0,015 * 1,09 * PS_{OD,2014}$ je určeno na navýšení osobních nákladů.

2. Úhrada ambulantní péče a zvláštní ambulantní péče s výjimkou úhrady takové péče poskytnuté poskytovatelem zvláštní lůžkové péče

- a) Pro ambulantní péči hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 0,95 Kč.
- b) Pro poskytovatele zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. c) zákona se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 0,99 Kč. Celková výše úhrady za výkony poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

POPzpo x PUROo,

kde:

POPzpo počet unikátních pojištěnců ošetřených v hodnoceném období,

PUROo průměrná úhrada za výkony na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem v referenčním období

- c) Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny objemu úhrady za referenční období. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.

3. Zvláštní lůžková péče

- a) Pro zvláštní lůžkovou péči poskytovanou ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu podle § 22a zákona hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,02 Kč.
- b) Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 107 % objemu úhrady za referenční období. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně

vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.

C) Regulační omezení

1. Regulační omezení úhrady formou případového paušálu a úhrady vyčleněné z úhrady formou případového paušálu

1.1. Regulační omezení uvedená v bodě 1.4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v těchto případech:

- a) Pokud zdravotní pojišťovna sdělila poskytovateli do 30. dubna 2016 hodnotu vyžádané extramurální péče v roce 2015 oceněnou hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v roce 2015, a zároveň
- b) Pokud zdravotní pojišťovna oznámila poskytovateli nejpozději týden před započítáním revize, jestli se bude jednat o revizi náhodného vzorku případů či o revizi vybraných jednotlivých případů.

1.2. Revizi jednotlivého případu podle bodu 1.4 písm. a) zdravotní pojišťovna uplatní pouze

- a) na případy v DRG bazi, v níž poskytovatel vykázal 10 či méně než 10 případů, nebo
- b) maximálně na X případů v DRG bazi, v níž poskytovatel vykázal více než 10 případů a na níž nebyla uplatněna revize podle bodu 1.4 písmene b) nebo c), kde X se vypočítá jako 10 případů plus 10 % případů vykázaných v dané DRG bazi.

1.3. Na DRG baze, v nichž poskytovatel vykázal více než 10 případů, uplatní pojišťovna revize podle bodu 1.4 písm. b) nebo c), s výjimkou případů popsanych v bodě 1.2 písm. b).

1.4. Pokud zdravotní pojišťovna zjistí při kontrole odchylky od pravidel ve vykazování a kódování podle Klasifikace, v jejichž důsledku došlo k nesprávnému zařazení případu do DRG skupiny s vyšší hodnotou relativní váhy u konkrétního poskytovatele, sníží poskytovatelem vykázaný a pojišťovnou uznaný $CM_{1,2016,013}$ případně $CM_{2016,013,4}$ případně $CM_{2016,013,5}$ případně $CM_{2016,013,13}$ (dále jen CM) takto:

- a) při revizi jednotlivého případu sníží CM o:

$$(CM_{\text{původní}} - CM_{\text{revidovaný}}) \times 2$$

nebo

- b) při revizi, při které bylo prokázáno statisticky méně významné množství nesprávně zařazených případů v jedné DRG bazi, sníží CM o:

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

nebo

- c) při revizi, při které bylo prokázáno statisticky významné množství nesprávně zařazených případů v jedné DRG bazi, sníží CM o:

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

kde:

CM base součet relativních vah příslušné DRG base

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

DRG skupina skupina ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace⁴⁾

Relativní váha index 2016, který je uvedený pro každou DRG skupinu v příloze č. 10 a 13 k této vyhlášce

Statisticky významný počet případů příslušné DRG base
více než 5 % případů ze statisticky významného náhodného vzorku, minimálně však 30 případů v rámci příslušné DRG base u příslušného poskytovatele

Statisticky méně významný počet případů příslušné DRG base
méně než 5 % případů ze statisticky významného náhodného vzorku, minimálně však 10 případů v rámci příslušné DRG base u příslušného poskytovatele

$CM_{\text{původní}}$ počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace⁴⁾ zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10 a 13 k této vyhlášce, vykázaných poskytovatelem před provedením kontroly zdravotní pojišťovnou

$CM_{\text{revidovaný}}$ počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace⁴⁾ zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10 a 13 k této vyhlášce, poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných na základě kontroly

2. Regulační omezení na předepsané léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči

2.1 Regulační omezení uvedená v bodech 2.2 a 2.3 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2016 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:

- (i) Celková úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
- (ii) Celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem;
- (iii) Počet globálních unikátních pojištěnců ošetřených v odbornostech uvedených v části A) bodu 6.1 až 6.3 přílohy č. 1 k této vyhlášce.

- 2.2 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v části A) bodu 6.1 až 6.3 přílohy č. 1 k této vyhlášce vyšší než 100 % průměrné úhrady v referenčním období za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v části A) bodu 6.1 až 6.3 přílohy č. 1 k této vyhlášce, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513. Do regulačního omezení se nezahrnují léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky schválené revizním lékařem. Vystaví-li poskytovatel v hodnoceném období alespoň 50 % lékařských předpisů, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, v elektronické podobě, použije se jako hranice pro snížení celkové úhrady podle věty první částka 105 % průměrné úhrady v referenčním období za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v části A) bodu 6.1 až 6.3 přílohy č. 1 k této vyhlášce.
- 2.3 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 v odbornostech uvedených v části A) bodu 6.1 až 6.3 přílohy č. 1 k této vyhlášce vyšší než 100 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v části A) bodu 6.1 až 6.3 přílohy č. 1 k této vyhlášce v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 55 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2016 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
- 2.4 Regulační omezení podle bodů 2.2 a 2.3 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2.2 a 2.3.

- 2.5 Regulační omezení podle bodů 2.2 a 2.3 se u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů nepoužijí, pokud k překročení průměrných úhrad podle bodů 2.2 a 2.3 došlo v souvislosti s péčí o osoby, jimž bylo soudem nařízeno ochranné léčení.
- 2.6 Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2.2 a 2.3 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
- 2.7 V případě, že poskytovatel poskytl v hodnoceném období hrazené služby 100 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci uvedenou v bodech 2.2 a 2.3.

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

A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba

1. Výše kapitační platby pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecného praktického lékařství se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní kapitační sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Základní kapitační sazba se stanoví ve výši:
 - a) 52 Kč pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecného praktického lékařství, kteří splňují následující podmínky:
 - poskytují hrazené zdravotní služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně
 - alespoň 1 den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin
 - umožňují pojištěncům objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu
 - poskytují návštěvní službu v rozsahu minimálně 2 hodiny týdně
 - provedli v hodnoceném období preventivní prohlídku, vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 podle seznamu výkonů alespoň u 10 % svých registrovaných pojištěnců.
 - provedli v hodnoceném období screening kolorektálního karcinomu, vykázaného výkony č. 15120 nebo 15121 podle seznamu výkonů alespoň u 10 % registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 50 do 80 let
 - b) V případě, že poskytovatel neplní výše uvedené podmínky, se základní kapitační sazba podle písmene a) snižuje o 0,50 Kč za každou nesplněnou podmínku.
 - c) Výše základní kapitační sazby bude vyplacena ve výši podle plnění písmen a) a b) za registrované pojištěnce, kterým byla registrujícím poskytovatelem poskytnuta a zdravotní pojišťovnou uznána zdravotní péče či předepsán léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek či vyžádána péče v posledních 36 měsících. Do poskytnuté péče se zahrne i signální výkon č. 09550 a 09551.
 - d) Za registrované pojištěnce u kterých není splněna podmínka uvedená v písmenu c) bude základní kapitační sazba vypočtená podle písmen a) a b) uhrazena ve výši
 - 100 %, je-li celkový počet registrovaných pojištěnců, u kterých není splněna podmínka uvedená v písmenu c), menší nebo roven 15 % z celkového počtu u poskytovatele registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny
 - 80 %, je-li celkový počet registrovaných pojištěnců, u kterých není splněna podmínka uvedená v písmenu c), větší než 15 % a zároveň menší nebo roven 25 % z celkového počtu u poskytovatele registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny
 - 50 %, je-li celkový počet registrovaných pojištěnců, u kterých není splněna podmínka uvedená v písmenu c), větší než 25 % z celkového počtu u poskytovatele registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny

- e) Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte jako součin počtu poskytovatelem registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 9 a indexů podle bodu 9.
2. Výše kapitační platby pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru praktického lékařství pro děti a dorost se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní kapitační sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Základní kapitační sazba se stanoví ve výši:
- a) 52 Kč pro poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, kteří poskytují hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu,
- b) 49 Kč pro poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, kteří neposkytují hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a),
- c) Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte jako součin počtu poskytovatelem registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 9 a indexů podle bodu 9.
3. Poskytovateli v oboru všeobecného praktického lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost, který do 30. 3. 2017 předloží zdravotní pojišťovně za hodnocené období potvrzení kraje, že se účastnil alespoň 10 služeb v rámci lékařské pohotovostní služby podle § 110 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, se zvýší roční úhrada o $K \cdot 35\,000$ Kč

kde:

K koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji, kde je poskytována lékařská pohotovostní služba:

Koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji							
kraj / ZP	VZP	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZPMV	RBP
Hlavní město Praha	0.597	0.055	0.008	0.234	0.001	0.105	0.000
Jihočeský	0.656	0.115	0.050	0.040	0.000	0.138	0.000
Jihomoravský	0.574	0.054	0.160	0.031	0.000	0.126	0.055
Karlovarský	0.571	0.096	0.108	0.085	0.000	0.139	0.000
Kraj Vysočina	0.591	0.076	0.068	0.049	0.021	0.194	0.002
Královehradecký	0.587	0.111	0.060	0.071	0.008	0.162	0.000
Liberecký	0.757	0.066	0.036	0.039	0.000	0.100	0.003
Moravskoslezský	0.333	0.048	0.283	0.027	0.000	0.086	0.222
Olomoucký	0.648	0.044	0.118	0.031	0.000	0.157	0.002
Pardubický	0.690	0.078	0.047	0.044	0.036	0.104	0.000
Plzeňský	0.610	0.102	0.092	0.062	0.000	0.134	0.000
Středočeský	0.548	0.052	0.121	0.099	0.080	0.100	0.000
Ústecký	0.696	0.089	0.083	0.039	0.003	0.090	0.001
Zlínský	0.428	0.032	0.260	0.027	0.000	0.092	0.160

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

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

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

č. výkonu	Název
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
02023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ DO 6 LET
02024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ DO 6 LET
02033	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ NAD 6 LET
02034	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ NAD 6 LET
06111	KOMPLEX - VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA SESTROU VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ
06119	KOMPLEX - ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU
06121	KOMPLEX - LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ
06123	KOMPLEX - EDUKACE, REEDUKACE, OŠETŘOVATELSKÁ REHABILITACE
06125	KOMPLEX - KLYSMA, VÝPLACHY, CÉVKOVÁNÍ, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATETRŮ
06127	KOMPLEX - APLIKACE INHALAČNÍ A LÉČEBNÉ TERAPIE P. O., S. C., I. M., I. V., UV, EVENT.DALŠÍ ZPŮSOBY APLIKACE TERAPIE ČI INSTILACE LÉČIV
06129	NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET

09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09221	INFÚZE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09235	ODSTRANĚNÍ MALÝCH LÉZÍ KŮŽE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM ²
09253	UVOLNĚNÍ PREPUCIA, VČETNĚ NEOPERAČNÍ REPOZICE PARAFIMOZY
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

6. Pro výkony nezahrnuté do kapitační platby, výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny a za zahraniční pojištěnce, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,08 Kč.
7. Pro výkony č. 01021, 01022, 02021, 02022, 02031, 02032 a výkony očkování č. 02100, 02105, 02125 a 02130 se stanoví hodnota bodu ve výši 1,12 Kč.
8. Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
9. Věkové skupiny a indexy, které vyjadřují poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let:

Věková skupina	Index
0 – 4 roky	3,97
5 – 9 let	1,80
10 – 14 let	1,35
15 – 19 let	1,00
20 – 24 let	0,90
25 – 29 let	0,95
30 – 34 let	1,00
35 – 39 let	1,05
40 – 44 let	1,05
45 – 49 let	1,10
50 – 54 let	1,35
55 – 59 let	1,45
60 – 64 let	1,50
65 – 69 let	1,70
70 – 74 let	2,00
75 – 79 let	2,40
80 – 84 let	2,90
85 a více let	3,40

10. V místech, kde je možnost zdravotní pojišťovny zajistit poskytování hrazených služeb v oboru všeobecného praktického lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost svým pojištěncům podstatně omezená a kde bylo na tyto služby ze strany zdravotních pojišťoven opakovaně vyhlášeno výběrové řízení, si zdravotní pojišťovna dohodne s poskytovatelem navýšení celkové výše úhrady za hrazené služby podle části A této přílohy pomocí koeficientu navýšení (KN) ve výši 1,3.

B) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

1. Výše kapitační platby s dorovnáním kapitace se stanoví podle části A) bodu 1 a 2. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství nebo poskytovatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet přepočtených registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců, a poskytování takových hrazených služeb je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona; celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců.
2. Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet přepočtených registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny. Na dorovnání se podílí zdravotní pojišťovna, se kterou má poskytovatel uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z přepočtených pojištěnců registrovaných tímto poskytovatelem.
3. Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se body 6 až 9 části A) použijí obdobně.

C) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

Pro hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,00 Kč; pro výkony dopravy v návštěvní službě se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.

D) Regulační omezení pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecného praktického lékařství

- 1.1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek skupiny 2 – Pomůcky pro inkontinentní, uvedených v oddíle C přílohy č. 3 zákona (dále jen „pomůcky pro inkontinentní“) předepsané poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v hodnoceném období, převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní předepsané poskytovatelem v roce 2015 a zároveň pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní, předepsané poskytovatelem v hodnoceném období převýší 100 % celkové úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovatelem v roce 2015, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté

0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 25 % z tohoto překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona. Pokud poskytovatel doloží, že zvýšená průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců, použijí se regulační omezení podle věty první přiměřeně. Vystaví-li poskytovatel v hodnoceném období alespoň 50 % lékařských předpisů, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, v elektronické podobě, použije se jako hranice pro snížení celkové úhrady podle věty první částka 105 % celkové úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovatelem v roce 2015.

- 1.2. Pokud průměrná úhrada za pomůcky pro inkontinentní, předepsané poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v hodnoceném období, převýší 110 % celostátní průměrné úhrady za pomůcky pro inkontinentní v roce 2015 a zároveň pokud celková úhrada za pomůcky pro inkontinentní, předepsané poskytovatelem v hodnoceném období převýší 100 % celkové úhrady za pomůcky pro inkontinentní předepsané poskytovatelem v roce 2015, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 50 % z tohoto překročení.
- 1.3. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů a za výkony č. 02230 a 01443 podle seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, s výjimkou výkonů mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděných poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v hodnoceném období, převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů v roce 2015 a zároveň pokud celková úhrada za poskytovatelem vyžádanou péči a za výkony č. 02230 a 01443 podle seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, s výjimkou výkonů mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděných poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu, v hodnoceném období převýší 100% celkové úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů v roce 2015, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 30 % z překročení.
- 1.4. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902, podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v hodnoceném období, převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2015 a

zároveň pokud celková úhrada za poskytovatelem vyžádanou péči v odbornosti 902 v hodnoceném období převyšuje 100 % celkové úhrady za poskytovatelem vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2015, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 30 % z překročení.

2. Regulační omezení podle bodů 1.1 až 1.4 se nepoužije, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 1.1 až 1.4.
3. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužije, pokud celková úhrada za veškeré předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní nepřevyšuje předpokládanou výši úhrad na příslušný druh hrazených služeb na rok 2016 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
4. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužije, pokud celková úhrada za pomůcky pro inkontinentní v roce 2016 nepřevyšuje předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2016 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
5. Regulační omezení podle bodu 1.3 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2016 nepřevyšuje předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2016 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
6. Regulační omezení podle bodu 1.4 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2016 nepřevyšuje předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2016 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
7. Regulační omezení podle bodů 1.1 až 1.4 se nepoužijí v případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům a v případě, že poskytovatel v roce 2016 registroval 50 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny.
8. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 1.1 až 1.4 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za kapitální platbu a výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2016.

E) Regulační omezení pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru praktického lékařství pro děti a dorost

1. Regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádané hrazené služby včetně zvlášť účtovaných materiálů a zvlášť účtovaných léčivých přípravků (tj. úhrada za vyžádanou péči ve fyzioterapii a ve vyjmenovaných odbornostech a výkony č. 02230 a 01443, popřípadě i jiné výkony rychlé diagnostiky, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou); do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu:
 - 1.1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní předepsané poskytovatelem vztažená na jednoho

přepočteného pojištěnce podle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2016 převýší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona. Zdravotní pojišťovna zohlední případy, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.

- 1.2. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, podle seznamu výkonů a za výkony č. 02230 a 01443, popřípadě i jiné výkony rychlé diagnostiky, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2016 převýší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
 - 1.3. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902, podle seznamu výkonů, vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2016 převýší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za vyžádanou péči v odbornosti 902, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
 - 1.4. Pokud průměrná úhrada za pomůcky pro inkontinentní předepsané poskytovatelem vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2016 převýší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za pomůcky pro inkontinentní je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
2. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužije, pokud poskytovatel odůvodní poskytnuté hrazené služby, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.
 3. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní předepsané v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2016, vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
 4. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2016 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2016 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
 5. Regulační omezení podle bodu 1.3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2016 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2016 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
 6. Regulační omezení podle bodu 1.4 se nepoužijí, pokud celková úhrada za pomůcky pro inkontinentní předepsané v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na

tento druh hrazených služeb na rok 2016, vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

7. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužije, pokud poskytovatel v roce 2016 registroval 50 a méně pojištěnců zdravotní pojišťovny, nebo jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.
8. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud komplexní náklady na poskytovatelem registrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny za rok 2016 nepřekročí komplexní náklady na poskytovatelem registrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny roku 2015.
9. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodu 1 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za kapitační platbu a zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2016.

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 6

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši:
 - a) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů vykazující výkony odbornosti 910 – psychoterapie podle seznamu výkonů společně s ošetřovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů a pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 901 – klinická psychologie nebo v odbornosti 931 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,08 Kč.
 - b) Pro poskytovatele poskytující hemodialyzační péči se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 18530 a 18550 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,75 Kč.
 - c) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 927 – ortoptista podle seznamu výkonů, poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 903 – klinická logopedie podle seznamu výkonů, poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 905 – zrakový terapeut podle seznamu výkonů a poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 919 – adiktolog podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.
 - d) Pro výkony č. 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633 podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 – radiační onkologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,68 Kč.
 - e) Pro výkony č. 43652 a 43653 podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 – radiační onkologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.
 - f) Pro výkony č. 75347, 75348 a 75427 podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 705 – oftalmologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,68 Kč.
 - g) Pro výkony č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950 podle seznamu výkonů, vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti gastroenterologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč a pro výkony novorozeneckého screeningu č. 73028 a 73029 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 701 nebo 702 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.
2. Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči neuvedenou v bodě 1 se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,03 Kč. Celková výše úhrady za výkony poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

POPzpo x PUROo x 1,01,

kde:

POPzpo počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze výkony č. 09513 nebo č. 09511 podle seznamu výkonů,

PUROo průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; v referenčním období se do počtu unikátních pojištěnců započítávají i ti pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon 09511 a 09513.

3. U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo neposkytoval péči v dané odbornosti, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce hodnoty za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
4. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 2 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu podle bodu 2.
5. Výpočet maximální úhrady v dané odbornosti podle bodu 2 se nepoužije:
 - a) v případě poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost,
 - b) v případě hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům,
 - c) u výkonu č. 09555.

V těchto případech se výkony hradí hodnotou bodu ve výši 1,03 Kč.

6. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 101 % objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Regulační omezení

1. Regulační omezení uvedená v bodech 2 až 4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2016 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
 - (i) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;

- (ii) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
 - (iii) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.
2. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513.
 3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513. Vystaví-li poskytovatel v hodnoceném období alespoň 50 % lékařských předpisů, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, v elektronické podobě, použije se jako hranice pro snížení celkové úhrady podle věty první částka 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období.
 4. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu (výkony 15101, 15105, a výkony provedené v souvislosti

s výkony screeningu kolorektálního karcinomu, a to: 15032, 15034, 15440, 15445, 15475, 15950) prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2016 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

5. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.
6. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 nepoužijí, pokud k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 a 3 došlo v souvislosti s péčí o osoby, jimž bylo soudem nařízeno ochranné léčení.
7. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál u poskytovatelů specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevyší u příslušné zdravotní pojišťovny 100 % úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
8. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2015 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
9. Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2016 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
10. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
11. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví; ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech.
12. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, nebo neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
13. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených

služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 2 až 4. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.

14. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
15. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodů 2 až 4 zdravotní pojišťovna vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 7

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,08 Kč.
2. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornosti 603 nebo 604 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

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

kde:

POPzpo počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze výkony č. 09513 nebo č. 09511 podle seznamu výkonů,

PUROo průměrná úhrada za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze výkony č. 09513 nebo č. 09511 podle seznamu výkonů.

3. Celková výše úhrady podle bodu 2 se při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem navýší stejným způsobem jako v referenčním období.
4. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se úhrada stanoví podle bodu 1.
5. U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
6. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 2 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu 1 Kč.
7. Zdravotní pojišťovna při vyúčtování zohlední případy, kdy k nárůstu nákladů dojde v důsledku nárůstu počtu těhotných pojištěnek.
8. Zdravotní pojišťovna dále zohlední případy, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšené průměrné náklady na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti byly způsobeny změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.

9. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 2. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost
10. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši jedné dvanáctiny 100 % objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Regulační omezení

1. Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech.
 - 1.1 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší, než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.
 - 1.2 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a výkon č. 95201, prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2016 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
2. Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1 nebo 1.2.
3. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.1, pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v roce 2016 nepřevýší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2016 vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.

4. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.2, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2016 vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.
5. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.
6. V případě, že poskytovatel v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, nebo neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, zdravotní pojišťovna použije pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
7. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za zdravotní výkony, snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
8. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1.1 a 1.2. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n =kapacita nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
9. Pokud poskytovatel vykáže zdravotnický prostředek s úhradou vyšší než 15 000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se tato úhrada do výpočtu regulačních omezení podle bodu 1.1.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 9

1. Pro nasmlouvané výkony mamografického screeningu a screeningu děložního hrdla podle seznamu výkonů se stanoví výsledná hodnota bodu ve výši hodnoty bodu 1,03 Kč.
2. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu:

- a) Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 809 a v odbornosti 810 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,37 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 89711 až 89725 a č. 89611 až 89619, podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,55 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,37 Kč a s výjimkou výkonu č. 89312, podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 0,80 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,37 Kč.
- b) Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 815, 817, 818, 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,71 Kč pro poskytovatele zdravotních služeb v odbornostech, pro které je držitelem Osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189, případně Osvědčení o auditu II NASKL. Poskytovatel prokáže platné Osvědčení na celé období roku 2016 a předloží ho nejpozději do 31. 3. 2016. Pro všechny ostatní neakreditované odbornosti, případně odbornosti, pro které není splněna podmínka podle bodu 2 písm. b), se stanoví hodnota bodu ve výši 0,40 Kč.
- c) Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 816 podle seznamu zdravotních výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,50 Kč, při čemž pro níže uvedené metody platí stanovená maximální úhrada:

• jedna trombomutace	1 766 Kč
• dvě trombomutace společně	2 898 Kč
• tři trombomutace společně	4 030 Kč
• Cystická fibróza 36/50 mutací	9 690 Kč
• Bechtěrev HLA B27	1 766 Kč
• Celiakie	4 030 Kč
• M.Gilbert	1 766 Kč
• Hemochromatóza	2 898 Kč
• Beta-thalassémie	5 162 Kč
• BRCA – predikce mutace v rodině	4 030 Kč
• BRCA – predikce mutace v rodině (sekvenování)	5 162 Kč
• BRCA screen 7 mutací	5 448 Kč
• BRCA komplet	40 254 Kč

3. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornostech uvedených v bodě 2 písm. a) se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu. Výsledná hodnota bodu je součtem variabilní složky úhrady a fixní složky úhrady:

$$HB_{\text{red}} = FS + VS$$

kde:

- HB_{red} je výsledná hodnota bodu, která je použita v hodnoceném období pro ocenění poskytnutých výkonů
- FS je fixní složka úhrady podle bodu 2 písm. a)
- VS je variabilní složka úhrady, která se stanoví podle vzorce:

$$VS = (HB - FS) * \min \left\{ 1; \left(\frac{PB_{ref}}{UOP_{ref}} \right) \left(\frac{PB_{ho}}{UOP_{ho}} \right) \right\}$$

kde:

- HB hodnota bodu podle bodu 2 písm. a)
- PB_{ref} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období
- PB_{ho} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období
- UOP_{ref} počet unikátních pojištěnců v referenčním období
- UOP_{ho} počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období

4. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornostech podle bodu 2 písm. b) a c) nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$POP_{icz} \times PURO_{icz} \times 1,01$$

kde:

- POP_{icz}** počet globálních unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny ošetřených poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodu 2 písm. b) resp. c) v hodnoceném období,
- PURO_{icz}** průměrná úhrada za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodu 2 písm. b) resp. c) v referenčním období.

5. Jde-li o odbornosti uvedené v bodě 2, písm. b) a c), stanoví se celková výše úhrady podle bodu 4 souhrnně pro všechny odbornosti v daném písmenu uvedené.
6. U poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, neměl v referenčním období smlouvu se zdravotní pojišťovnou, poskytoval hrazené služby pouze v části referenčního období nebo pokud poskytovatel v dané odbornosti v referenčním období hrazené služby neposkytoval, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady podle bodů 3 a 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů. U poskytovatelů, kteří nebyli v referenčním období držiteli Osvědčení podle bodu 2 písm. b) a c), ale pro hodnocené

období předloží platné Osvědčení, provede zdravotní pojišťovna přepočítání PURO_{ICZ} s použitím hodnoty bodu podle bodu 2 písm. b).

7. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se výpočet celkové výše úhrady podle bodů 3 a 4 nepoužije.
8. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce či průměrnému počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodů 3 a 4 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně zvláště účtovaného materiálu a zvláště účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu podle bodu 2.
9. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 100 % objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 10

1. Pro výkony dopravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
2. Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující hrazené služby v odbornosti 911, 913, 914, 916, 921 a 925 celková výše úhrady poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\text{POPicz} \times \text{PUROicz} \times 1,01,$$

kde:

POPicz počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období,

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

3. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu:
 - a) Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornosti 913 a 925 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,02 Kč.
 - b) Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornosti 911, 914, 916 a 921 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
4. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce či průměrnému počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 2 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu podle bodu 3.
5. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, nebo který ošetřil v referenčním období 50 a méně pojištěnců, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce podle bodu 2 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
6. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 101 % objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 11

1. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů se pro výkony přepravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů se pro výkony neuvedené v bodě 1 výše úhrady stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 0,80 Kč. Celková výše úhrady poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\text{POPzpo} \times \text{PUROo} \times 1,01,$$

kde:

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

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

3. Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím se dohodnou ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.
4. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce či průměrnému počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 2 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu podle bodu 2.
5. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, nebo který ošetřil v referenčním období 50 a méně pojištěnců, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce podle bodu 2 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
6. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny objemu 101 % úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 13

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony přepravy s výslednou hodnotou bodu. Výsledná hodnota bodu je součtem variabilní složky úhrady a fixní složky úhrady:

$$HB_{red} = FS + VS$$

kde

HB_{red} je výsledná hodnota bodu použitá v hodnoceném období pro ocenění poskytnutých výkonů

FS je fixní složka úhrady podle písmen a) a b)

VS je variabilní složka úhrady spočtená podle vzorce:

$$VS = (HB - FS) * \min \left\{ 1; \left(\frac{PB_{ref}}{UOP_{ref}} \right); \left(\frac{PB_{ho}}{UOP_{ho}} \right) \right\}$$

kde:

HB je hodnota bodu podle písmen a) a b)

PB_{ref} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období

PB_{ho} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období

UOP_{ref} počet přepravených pojištěnců, kterým byla v referenčním období poskytnuta zdravotnická dopravní služba. Přepraveným pojištěncem se rozumí pojištěnec, na kterého byl vykázán výkon přepravy na základě příkazu ke zdravotnímu transportu

UOP_{ho} počet přepravených pojištěnců, kterým byla v hodnoceném období poskytnuta zdravotnická dopravní služba. Přepraveným pojištěncem se rozumí pojištěnec, na kterého byl vykázán výkon přepravy na základě příkazu ke zdravotnímu transportu

min funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejnižší

- a) Pro poskytovatele poskytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu se stanoví hodnota bodu ve výši 0,96 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,58 Kč.
- b) Pro poskytovatele neposkytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu se stanoví hodnota bodu ve výši 0,81 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,40 Kč.
2. Pokud poskytovatel poskytl zdravotnickou dopravní službu méně než 50 přepraveným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, stanoví se výsledná hodnota bodu ve výši hodnoty bodu podle bodu 1 písm. a) a b).

3. Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím se dohodnou ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.
4. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, nebo u kterého nelze objem celkové úhrady stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu podle bodu 1 průměrný počet bodů na jednoho přepraveného pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
5. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Skupiny vztahené k diagnóze podle Klasifikace s indexy těchto skupin

Baze	IR-DRG ⁴⁾	Název skupiny	Index 2016	Index 2014
0001	00011	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC BEZ CC	20,2989	26,1322
0001	00012	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC S CC	22,6905	26,1322
0001	00013	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC S MCC	30,2884	31,8367
0002	00021	TRANSPLANTACE JATER BEZ CC	13,6501	16,7359
0002	00022	TRANSPLANTACE JATER S CC	13,6501	16,7359
0002	00023	TRANSPLANTACE JATER S MCC	17,1323	32,6533
0003	00031	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC	15,8635	31,0787
0003	00032	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC	27,5976	31,0787
0003	00033	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC	27,5976	34,5925
0204	02041	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE BEZ CC	0,5296	0,7141
0204	02042	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE S CC	0,5585	0,7438
0204	02043	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE S MCC	0,5585	0,7438
0014	00141	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC	5,4395	7,8944
0014	00142	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC	5,8183	8,1651
0014	00143	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC	7,2000	9,2647
0310	03100	KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT	22,2683	22,5400
0501	05011	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE BEZ CC	13,3977	31,1412
0501	05012	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE S CC	14,1683	31,4609
0501	05013	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE S MCC	17,2009	32,5326
0507	05070	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU U AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU	5,0907	6,6439
0511	05111	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU BEZ CC	2,9492	4,3100
0511	05112	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU S CC	3,3581	4,5586
0511	05113	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE	4,2280	5,3158

		NEBO ŠOKU S MCC		
0516	05161	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU BEZ CC	2,2852	3,1662
0516	05162	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU S CC	2,4223	3,1662
0516	05163	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU S MCC	2,4604	3,1662
0522	05221	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	6,1971	9,3137
0522	05222	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	6,3880	10,2001
0522	05223	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	9,6231	10,2001
0523	05231	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	3,2821	5,0872
0523	05232	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	4,0204	5,7403
0523	05233	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	4,7213	5,8594
0524	05241	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	6,0504	6,8828
0524	05242	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	6,8727	7,3906
0524	05243	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	7,1955	8,7989
0526	05261	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	5,9480	8,5971
0526	05262	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	6,7752	9,4074
0526	05263	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	6,7752	9,5117
0527	05271	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	2,9366	4,4563
0527	05272	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	3,6685	4,8342
0527	05273	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	4,3670	5,6915
0528	05281	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	4,9820	6,1099
0528	05282	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO	5,4860	6,1099

		INFARKTU MYOKARDU S CC		
0528	05283	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	7,2516	8,1371
0802	08021	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN BEZ CC	2,8046	3,3423
0802	08022	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN S CC	3,5151	4,6732
0802	08023	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN S MCC	7,5570	5,0795
0804	08041	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ BEZ CC	3,0220	2,9981
0804	08042	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S CC	3,1104	3,0819
0804	08043	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S MCC	3,7127	3,5088
0818	08181	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU BEZ CC	3,4820	3,5812
0818	08182	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU S CC	3,5596	3,7839
0818	08183	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU S MCC	3,9120	3,9191
1101	11011	TRANSPLANTACE LEDVIN BEZ CC	6,2384	5,8550
1101	11012	TRANSPLANTACE LEDVIN S CC	6,2965	6,5808
1101	11013	TRANSPLANTACE LEDVIN S MCC	9,2160	7,5387

Skupiny vztahené k diagnóze podle Klasifikace s indexy těchto skupin

IR-DRG⁴⁾	Název skupiny	Index 2016	Index 2014
00041	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) BEZ CC	13,4935	13,2752
00042	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S CC	13,4935	13,2752
00043	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S MCC	13,8681	15,6523
00051	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) BEZ CC	7,0935	7,2294
00052	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S CC	7,0935	7,2953
00053	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S MCC	7,7703	8,3296
00060	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1800 HODIN (VÍCE NEŽ 75 DNÍ)	81,2091	80,5404
00070	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ) S TRANSPLANTACÍ SRDCE, PLIC, JATER, KOSTNÍ DŘEŇ	110,4444	102,3751
00080	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (43-75 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	52,6309	58,0817
00090	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (43-75 DNÍ)	37,8735	43,6942
00100	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 504 HODIN (22-42 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	33,1500	36,6705
00110	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 504 HODIN (22-42 DNÍ)	22,9223	27,8249
00121	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	20,0536	19,5707
00122	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	20,0536	19,5707
00123	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	20,3392	22,1602
00131	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	12,3761	10,2243
00132	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	12,3761	10,2243
00133	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	12,6480	13,0692
00151	SEPARACE KOSTNÍ DŘEŇ BEZ CC	2,2380	1,4268
00152	SEPARACE KOSTNÍ DŘEŇ S CC	2,8840	2,4802
00153	SEPARACE KOSTNÍ DŘEŇ S MCC	4,4022	4,2044
00161	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO	60,1461	26,3550

	ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM BEZ CC		
00162	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM S CC	60,1461	26,3550
00163	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM S MCC	60,1461	26,3550
00171	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY BEZ CC	22,8077	19,1082
00172	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S CC	22,8077	19,1082
00173	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S MCC	22,8077	19,1082
00180	IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU PRO HLUBOKOU MOZKOVOU STIMULACI	25,4780	
00181	IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU BEZ CC	0,0000	16,7002
00182	IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU S CC	0,0000	16,7002
00183	IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU S MCC	0,0000	16,7002
00190	IMPLANTACE JINÝCH NEUROSTIMULÁTORU A LÉKOVÉ PUMPY	11,3441	
01011	KRANIOTOMIE BEZ CC	3,2886	3,7674
01012	KRANIOTOMIE S CC	4,5995	4,8280
01013	KRANIOTOMIE S MCC	6,4973	6,5042
01021	SPINÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	2,4582	2,6284
01022	SPINÁLNÍ VÝKONY S CC	3,2223	4,8719
01023	SPINÁLNÍ VÝKONY S MCC	5,4600	8,3574
01031	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH BEZ CC	1,6901	2,1751
01032	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH S CC	2,2838	2,5382
01033	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH S MCC	3,1957	2,9521
01041	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH BEZ CC	0,4486	0,4954
01042	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH S CC	0,6146	0,5340
01043	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH S MCC	1,1317	0,5545
01051	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU BEZ CC	0,2354	0,1977
01052	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU S CC	0,3439	0,2265
01053	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU S MCC	0,3444	0,2265
01061	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,2430	1,2569
01062	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	2,5007	1,8541
01063	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	5,4183	3,7757
01070	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI MOZKOVÉM INFARKTU	7,1898	
01080	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI JINÝCH ONEMOCNĚNÍCH NERVOVÉHO SYSTÉMU	3,9877	
01301	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY BEZ CC	0,6232	0,5811

01302	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY S CC	1,0922	1,0253
01303	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY S MCC	2,3912	1,6578
01311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,6053	0,6063
01312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,7363	0,7254
01313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	1,1041	0,9713
01321	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE BEZ CC	0,4302	0,3832
01322	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE S CC	0,5644	0,4479
01323	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE S MCC	0,7790	0,6614
01331	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ BEZ CC	1,0829	1,1168
01332	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ S CC	1,6121	1,5071
01333	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ S MCC	2,2204	2,1488
01341	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM BEZ CC	0,8194	0,7722
01342	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM S CC	1,1127	0,9236
01343	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM S MCC	1,7233	1,4035
01351	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU BEZ CC	0,5962	0,5815
01352	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S CC	0,6641	0,6842
01353	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S MCC	1,0883	0,9607
01361	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA BEZ CC	0,4700	0,4122
01362	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S CC	0,5367	0,4628
01363	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S MCC	0,6739	0,5589
01371	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ BEZ CC	0,4956	0,4885
01372	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ S CC	0,5818	0,5517
01373	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ S MCC	0,7448	0,6590
01381	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,0704	1,5098
01382	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	2,4266	2,0455
01383	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	3,2842	2,8870
01391	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY BEZ CC	0,9780	0,9543
01392	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY S CC	1,3898	1,4245
01393	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU,	2,2188	2,2130

	KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY S MCC		
01401	VIROVÁ MENINGITIDA BEZ CC	0,9675	1,1762
01402	VIROVÁ MENINGITIDA S CC	1,1444	1,3712
01403	VIROVÁ MENINGITIDA S MCC	1,5141	1,9606
01411	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA BEZ CC	0,4883	0,4315
01412	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA S CC	0,6456	0,6303
01413	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA S MCC	1,2366	1,1964
01421	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT BEZ CC	0,4924	0,4562
01422	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S CC	0,6420	0,5435
01423	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S MCC	1,1584	0,8679
01431	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY BEZ CC	0,4129	0,3766
01432	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY S CC	0,5330	0,4898
01433	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY S MCC	0,7168	0,6312
01441	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ BEZ CC	0,6737	0,7749
01442	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ S CC	1,1159	1,2581
01443	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ S MCC	2,3755	2,2412
01451	OTŘES MOZKU BEZ CC	0,2238	0,2421
01452	OTŘES MOZKU S CC	0,2541	0,2694
01453	OTŘES MOZKU S MCC	0,4775	0,4573
01461	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3836	0,3686
01462	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,5099	0,4921
01463	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	0,7590	0,6945
02011	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI BEZ CC	1,1362	1,0990
02012	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI S CC	1,6634	1,3490
02013	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI S MCC	2,1766	1,5722
02021	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE BEZ CC	0,4635	0,4223
02022	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE S CC	0,5593	0,5703
02023	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE S MCC	0,6752	0,5722
02031	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY BEZ CC	0,9810	1,2111
02032	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S CC	1,0816	1,2720
02033	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S MCC	1,2448	1,2936
02301	AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA BEZ CC	0,5678	0,6119
02302	AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA S CC	0,7369	0,6524
02303	AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA S MCC	0,8888	0,7945
02311	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA BEZ CC	0,5396	0,5294
02312	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA S CC	0,7254	0,5583
02313	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA S MCC	0,7492	0,6595
02321	JINÉ PORUCHY OKA BEZ CC	0,3416	0,3734
02322	JINÉ PORUCHY OKA S CC	0,4081	0,4267
02323	JINÉ PORUCHY OKA S MCC	0,6441	0,4483
03011	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI BEZ CC	4,2319	4,0185

03012	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI S CC	5,7766	4,7985
03013	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI S MCC	10,2548	5,7697
03021	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU BEZ CC	2,1906	1,5030
03022	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU S CC	4,2904	2,7526
03023	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU S MCC	6,8559	4,1606
03031	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU BEZ CC	2,9525	1,3040
03032	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU S CC	3,1009	1,3040
03033	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU S MCC	5,5757	2,3431
03041	VÝKONY NA ÚSTECH BEZ CC	1,3632	0,6182
03042	VÝKONY NA ÚSTECH S CC	2,1192	0,8576
03043	VÝKONY NA ÚSTECH S MCC	2,3596	1,1573
03051	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU BEZ CC	1,2995	1,0912
03052	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU S CC	1,5963	1,1749
03053	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU S MCC	1,6458	1,2587
03061	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE BEZ CC	1,0863	0,8642
03062	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S CC	1,3223	0,9708
03063	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S MCC	1,6953	1,2241
03071	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA BEZ CC	1,6889	1,3857
03072	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA S CC	1,6889	2,0858
03073	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA S MCC	1,8452	2,0858
03081	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH BEZ CC	0,4620	0,4336
03082	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S CC	0,5761	0,5282
03083	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S MCC	0,6392	0,6430
03091	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,5690	0,5142
03092	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,8245	0,6913
03093	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	1,4097	1,1458
03301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,4519	0,5675
03302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,5142	0,6096
03303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	0,8573	0,7411
03311	PORUCHY ROVNOVÁHY BEZ CC	0,4311	0,4024
03312	PORUCHY ROVNOVÁHY S CC	0,5064	0,4616
03313	PORUCHY ROVNOVÁHY S MCC	0,6096	0,5162
03321	EPISTAXE BEZ CC	0,2927	0,3113
03322	EPISTAXE S CC	0,3851	0,3561
03323	EPISTAXE S MCC	0,5019	0,4103
03331	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS BEZ CC	0,3243	0,3515
03332	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH	0,4455	0,4658

	CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS S CC		
03333	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS S MCC	0,5815	0,5875
03341	NEMOCI ZUBŮ A ÚST BEZ CC	0,9968	0,4311
03342	NEMOCI ZUBŮ A ÚST S CC	1,0035	0,5244
03343	NEMOCI ZUBŮ A ÚST S MCC	1,4948	0,6741
03351	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,3537	0,3676
03352	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,4179	0,4753
03353	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	0,5478	0,5102
04011	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY BEZ CC	3,3069	3,1521
04012	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY S CC	4,1272	3,8248
04013	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY S MCC	5,4514	4,7381
04021	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY BEZ CC	2,8815	2,8557
04022	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY S CC	2,9550	2,8557
04023	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY S MCC	4,4035	3,3892
04031	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,8415	1,0298
04032	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	1,2127	1,4176
04033	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	2,4085	2,6990
04301	CYSTICKÁ FIBRÓZA BEZ CC	1,2303	1,9596
04302	CYSTICKÁ FIBRÓZA S CC	1,8685	1,9596
04303	CYSTICKÁ FIBRÓZA S MCC	2,1578	2,4827
04310	RESPIRAČNÍ SELHÁNÍ	1,6667	1,8086
04321	PLICNÍ EMBOLIE BEZ CC	0,7345	0,8367
04322	PLICNÍ EMBOLIE S CC	0,8339	0,9258
04323	PLICNÍ EMBOLIE S MCC	1,0006	1,0467
04331	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU BEZ CC	0,3645	0,4180
04332	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU S CC	0,6141	0,6670
04333	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU S MCC	0,9741	1,0392
04341	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4907	0,6648
04342	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,6173	0,7552
04343	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	0,8408	0,9208
04351	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,7317	0,8771
04352	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,9602	0,9708
04353	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	1,5545	1,4166
04361	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL BEZ CC	0,5767	0,6743
04362	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL S CC	0,7310	0,8142
04363	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL S MCC	1,0580	1,1220
04371	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC BEZ CC	0,4544	0,5355
04372	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC S CC	0,6048	0,6426
04373	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC S MCC	0,9336	0,8163

04381	ASTMA A BRONCHIOLITIDA BEZ CC	0,3981	0,4454
04382	ASTMA A BRONCHIOLITIDA S CC	0,5508	0,5501
04383	ASTMA A BRONCHIOLITIDA S MCC	0,8134	0,7245
04391	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC BEZ CC	0,5808	0,6310
04392	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S CC	0,7424	0,7517
04393	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S MCC	1,1181	1,0008
04401	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK BEZ CC	0,7339	0,8924
04402	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK S CC	0,8661	0,9137
04403	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK S MCC	1,2956	1,2480
04411	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4171	0,4666
04412	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,5591	0,5850
04413	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	0,8203	0,7933
05000	ÚMRTÍ DO 5 DNÍ OD PŘÍJMU PŘI HLAVNÍ DIAGNÓZE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU	0,4204	0,4051
05021	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC	13,0696	15,2923
05022	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC	13,0696	16,1487
05023	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC	16,1010	18,4394
05031	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA OTEVŘENÉM SRDCI BEZ CC	7,5532	13,1692
05032	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA OTEVŘENÉM SRDCI S CC	9,3162	13,1692
05033	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA OTEVŘENÉM SRDCI S MCC	10,8863	13,1692
05041	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC	9,8039	12,7006
05042	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC	10,7579	13,2276
05043	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC	13,1732	16,5941
05051	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC	8,6451	10,9661
05052	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC	9,3354	11,4452
05053	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC	11,2100	12,2784
05061	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC	7,2607	9,5387
05062	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC	7,3728	9,7976
05063	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC	8,4928	10,9984
05081	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA ZAVŘENÉM SRDCI BEZ CC	4,4077	3,6121
05082	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA ZAVŘENÉM SRDCI S CC	5,5256	7,4545
05083	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ	6,7655	9,7429

	VADY NA ZAVŘENÉM SRDCI S MCC		
05091	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	5,4064	4,6396
05092	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	7,2601	6,5739
05093	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	9,3116	8,1620
05101	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	3,0091	3,6723
05102	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	3,3085	3,9622
05103	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	4,2257	5,1142
05121	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	6,6559	9,9067
05122	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	7,0084	11,4811
05123	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	10,3792	13,2749
05131	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	2,4443	3,2569
05132	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	2,8512	3,3305
05133	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	3,8053	3,9691
05141	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	2,1221	2,0351
05142	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	2,8592	2,3788
05143	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	3,8086	3,4323
05151	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY BEZ CC	1,7841	1,9128
05152	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S CC	2,3184	2,1881
05153	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S MCC	3,5216	3,1630
05171	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,1552	1,2969
05172	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,3374	1,4260
05173	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	1,7841	1,7969
05181	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ BEZ CC	0,9637	1,0552
05182	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ S CC	1,2788	1,5999
05183	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ S MCC	2,0263	1,7970
05191	LIGATURA A STRIPPING CÉV BEZ CC	0,5257	0,4420
05192	LIGATURA A STRIPPING CÉV S CC	0,5798	0,4712
05193	LIGATURA A STRIPPING CÉV S MCC	0,5798	0,5074
05201	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,8517	0,9507

05202	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,2410	1,6615
05203	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	2,5273	3,3265
05291	SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	6,3397	7,9382
05292	SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	6,4627	8,4125
05293	SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	6,7695	8,6777
05301	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	0,7269	0,9841
05302	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	1,0691	1,3169
05303	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	1,9162	1,8099
05311	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ BEZ CC	0,4182	0,5642
05312	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ S CC	0,5460	0,8092
05313	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ S MCC	0,6764	0,9537
05321	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4947	0,7403
05322	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,7905	1,0604
05323	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	1,6321	1,3601
05331	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU BEZ CC	0,4270	0,5232
05332	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S CC	0,7343	0,7688
05333	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S MCC	1,3575	1,2491
05341	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA BEZ CC	1,1678	1,2667
05342	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA S CC	1,6814	2,1399
05343	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA S MCC	3,1145	3,1517
05351	SRDEČNÍ SELHÁNÍ BEZ CC	0,5472	0,6225
05352	SRDEČNÍ SELHÁNÍ S CC	0,6826	0,7126
05353	SRDEČNÍ SELHÁNÍ S MCC	1,0408	0,9819
05361	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA BEZ CC	0,4298	0,4488
05362	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA S CC	0,5310	0,5071
05363	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA S MCC	0,6945	0,6193
05371	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA BEZ CC	1,2284	1,4058
05372	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA S CC	1,4484	1,5188
05373	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA S MCC	2,6918	2,8106
05381	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY BEZ CC	0,4208	0,4645
05382	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY S CC	0,5430	0,5921
05383	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY S MCC	0,6242	0,6797
05391	ATEROSKLERÓZA BEZ CC	0,3564	0,3465
05392	ATEROSKLERÓZA S CC	0,4761	0,5234
05393	ATEROSKLERÓZA S MCC	0,6549	0,7230

05401	HYPERTENZE BEZ CC	0,3008	0,3266
05402	HYPERTENZE S CC	0,3745	0,4086
05403	HYPERTENZE S MCC	0,5103	0,5327
05411	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY BEZ CC	0,3893	0,4023
05412	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY S CC	0,5341	0,6238
05413	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY S MCC	0,9460	0,9302
05421	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ BEZ CC	0,3660	0,3931
05422	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ S CC	0,5577	0,5610
05423	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ S MCC	0,9344	0,7635
05431	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU BEZ CC	0,3173	0,3268
05432	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU S CC	0,3943	0,4179
05433	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU S MCC	0,5075	0,5159
05441	SYNKOPA A KOLAPS BEZ CC	0,3533	0,3529
05442	SYNKOPA A KOLAPS S CC	0,4458	0,4534
05443	SYNKOPA A KOLAPS S MCC	0,6430	0,5848
05451	KARDIOMYOPATIE BEZ CC	0,3933	0,4345
05452	KARDIOMYOPATIE S CC	0,6641	0,6934
05453	KARDIOMYOPATIE S MCC	1,0370	1,0881
05461	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU BEZ CC	0,5586	0,6556
05462	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU S CC	0,7782	0,8337
05463	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU S MCC	0,7782	0,8337
05471	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3202	0,3865
05472	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,4547	0,5254
05473	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	0,7765	0,7319
05481	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO AKUTNÍ ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV BEZ CC	4,2656	3,1956
05482	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO AKUTNÍ ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV S CC	4,6105	3,5231
05483	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO AKUTNÍ ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV S MCC	4,6255	4,2119
05491	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO KRITICKOU ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV BEZ CC	3,0547	
05492	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO KRITICKOU ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV S CC	3,4453	
05493	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO KRITICKOU ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV S MCC	4,0892	
05501	ANGIOPLASTIKA NEBO ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍ CÉVY BEZ CC	2,0526	
05502	ANGIOPLASTIKA NEBO ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍ CÉVY S CC	2,6484	
05503	ANGIOPLASTIKA NEBO ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍ CÉVY S MCC	2,7443	
06011	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU BEZ CC	3,2925	3,1926
06012	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU	4,0857	3,7627

	S CC		
06013	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S MCC	6,3652	5,3364
06021	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU BEZ CC	3,0146	2,8631
06022	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S CC	4,6451	4,1546
06023	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S MCC	5,2952	4,6206
06031	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU BEZ CC	1,6419	1,5571
06032	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S CC	2,5544	2,1229
06033	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S MCC	4,1984	3,6205
06041	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘIŠNICE BEZ CC	1,0368	0,9056
06042	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘIŠNICE S CC	1,1915	1,0146
06043	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘIŠNICE S MCC	1,5580	1,5014
06051	VÝKONY NA APENDIXU BEZ CC	0,9787	0,8376
06052	VÝKONY NA APENDIXU S CC	1,2714	1,0367
06053	VÝKONY NA APENDIXU S MCC	1,6333	1,4413
06061	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE BEZ CC	1,1377	1,0157
06062	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S CC	1,2121	1,1029
06063	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S MCC	1,3958	1,2647
06071	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU BEZ CC	2,0243	1,7472
06072	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S CC	2,5404	2,0700
06073	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S MCC	3,5693	2,5418
06081	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE BEZ CC	0,6566	0,5627
06082	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S CC	0,9568	0,7610
06083	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S MCC	1,4998	1,0276
06091	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY BEZ CC	0,5256	0,5025
06092	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY S CC	0,7340	0,6291
06093	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY S MCC	0,9523	0,8678
06101	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,9965	0,8733
06102	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	1,7214	1,4005

06103	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	3,1797	2,6455
06111	VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE BEZ CC	1,1465	1,2466
06112	VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE S CC	1,6645	1,9509
06113	VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE S MCC	2,5504	2,0041
06301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4206	0,4811
06302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	0,5452	0,6157
06303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	0,7551	0,8093
06311	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA BEZ CC	0,3866	0,4106
06312	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA S CC	0,5923	0,6188
06313	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA S MCC	1,1186	0,9919
06321	PORUCHY JÍCNU BEZ CC	0,4008	0,3685
06322	PORUCHY JÍCNU S CC	0,5983	0,5578
06323	PORUCHY JÍCNU S MCC	1,0942	0,8803
06331	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA BEZ CC	0,3897	0,4484
06332	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA S CC	0,5804	0,5441
06333	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA S MCC	0,7953	0,6335
06341	VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,6143	0,6019
06342	VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	0,8482	1,1277
06343	VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,3119	1,3396
06351	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3801	0,4334
06352	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	0,5464	0,6229
06353	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,0540	1,0214
06361	ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,7348	0,8669
06362	ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	0,8739	0,9669
06363	ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,4259	1,6889
06371	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA BEZ CC	0,2808	0,3071
06372	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA S CC	0,3896	0,4094
06373	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA S MCC	0,5646	0,5347
06381	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3067	0,3128
06382	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	0,4618	0,4434
06383	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	0,8560	0,6517

07011	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY BEZ CC	4,1487	3,6363
07012	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY S CC	5,3486	4,6369
07013	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY S MCC	8,5013	6,9933
07021	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	3,3694	2,5084
07022	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH S CC	3,9916	3,3461
07023	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH S MCC	5,7420	4,6923
07031	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ BEZ CC	1,5229	1,3581
07032	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S CC	2,1760	1,8978
07033	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S MCC	3,6797	3,1213
07041	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE BEZ CC	1,2241	1,0990
07042	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE S CC	1,4394	1,2513
07043	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE S MCC	1,9244	1,6350
07051	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU BEZ CC	1,6010	1,5519
07052	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S CC	2,0768	2,0497
07053	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S MCC	3,7718	3,3047
07301	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA BEZ CC	0,4940	0,5365
07302	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA S CC	0,6106	0,6480
07303	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA S MCC	1,0593	0,9549
07311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU BEZ CC	0,4715	0,5355
07312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S CC	0,6116	0,6770
07313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S MCC	0,8213	0,7615
07321	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,6332	0,6975
07322	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S CC	0,8941	0,9046
07323	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S MCC	2,2508	1,9195
07331	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY BEZ CC	0,4370	0,5204
07332	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY S CC	0,6473	0,6259
07333	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY S MCC	1,0614	0,9753
07341	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST BEZ CC	0,4718	0,4686
07342	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S CC	0,6590	0,6143
07343	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S MCC	1,0732	0,9456

08011	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE BEZ CC	15,2061	10,8644
08012	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE S CC	16,8329	14,6524
08013	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE S MCC	19,1709	20,9642
08031	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY BEZ CC	4,9933	4,7922
08032	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S CC	5,1798	5,2492
08033	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S MCC	7,4107	5,9305
08051	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ BEZ CC	3,1175	2,6799
08052	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ S CC	3,5307	2,6799
08053	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ S MCC	4,5648	5,7667
08061	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ BEZ CC	5,5681	2,9810
08062	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S CC	5,5681	3,4953
08063	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S MCC	5,5681	4,5602
08071	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	1,5904	1,9842
08072	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	2,1614	2,3061
08073	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	4,1863	4,1000
08081	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ BEZ CC	2,3786	2,1808
08082	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S CC	2,7606	2,5265
08083	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S MCC	3,7041	3,2354
08091	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY BEZ CC	0,7853	0,7906
08092	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY S CC	1,8407	1,7818
08093	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY S MCC	4,8230	3,5543
08101	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE BEZ CC	1,6756	1,5429
08102	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S CC	1,9702	2,1375
08103	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S MCC	3,7325	2,5871
08111	VÝKONY NA KOLENU, BĚRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA BEZ CC	1,2205	1,0592
08112	VÝKONY NA KOLENU, BĚRCI A HLEZNU, KROMĚ	1,5762	1,2503

	CHODIDLA S CC		
08113	VÝKONY NA KOLENU, BĚRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA S MCC	2,3685	1,5000
08121	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ BEZ CC	0,3799	0,3573
08122	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S CC	0,4689	0,4059
08123	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S MCC	1,0504	0,4874
08131	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,7434	0,6540
08132	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU S CC	1,3508	1,1177
08133	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU S MCC	2,6443	2,0254
08141	VÝKONY NA CHODIDLE BEZ CC	0,6157	0,5536
08142	VÝKONY NA CHODIDLE S CC	0,8113	0,6031
08143	VÝKONY NA CHODIDLE S MCC	1,0674	0,7967
08151	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH BEZ CC	0,8910	0,8092
08152	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH S CC	1,3656	1,1342
08153	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH S MCC	1,7649	1,4020
08161	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI BEZ CC	0,5377	0,4969
08162	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI S CC	0,8030	0,7513
08163	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI S MCC	1,7579	1,3346
08171	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	0,6093	0,5515
08172	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	1,2509	1,0243
08173	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	2,8362	1,6976
08191	ARTROSKOPIE BEZ CC	0,6010	0,4971
08192	ARTROSKOPIE S CC	0,6189	0,5422
08193	ARTROSKOPIE S MCC	0,6912	0,5541
08201	REIMPLANTACE ENDOPROTÉZ KLOUBŮ HORNÍCH A DOLNÍCH KONČETIN, TUMOROZNÍ ENDOPROTÉZY BEZ CC	4,5165	
08202	REIMPLANTACE ENDOPROTÉZ KLOUBŮ HORNÍCH A DOLNÍCH KONČETIN, TUMOROZNÍ ENDOPROTÉZY S CC	5,0720	
08203	REIMPLANTACE ENDOPROTÉZ KLOUBŮ HORNÍCH A DOLNÍCH KONČETIN, TUMOROZNÍ ENDOPROTÉZY S MCC	6,8116	
08301	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ BEZ CC	0,4941	0,5936
08302	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ S CC	0,6080	0,6920
08303	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ S MCC	1,1875	1,1041
08311	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE BEZ CC	0,4735	0,5813
08312	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE S CC	0,6284	0,7088

08313	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE S MCC	0,9721	0,8807
08321	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE BEZ CC	0,3224	0,3297
08322	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE S CC	0,4248	0,4797
08323	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE S MCC	0,7207	0,5739
08331	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY BEZ CC	0,5672	0,6049
08332	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY S CC	0,6690	0,9224
08333	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY S MCC	1,0184	1,1115
08341	OSTEOMYELITIDA BEZ CC	0,6764	0,7692
08342	OSTEOMYELITIDA S CC	0,8917	0,8774
08343	OSTEOMYELITIDA S MCC	1,6812	1,1952
08351	SEPTICKÁ ARTRITIDA BEZ CC	0,8229	0,9466
08352	SEPTICKÁ ARTRITIDA S CC	1,1104	1,0748
08353	SEPTICKÁ ARTRITIDA S MCC	1,8598	2,0100
08361	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁŇĚ BEZ CC	0,5554	0,5914
08362	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁŇĚ S CC	0,7837	0,6563
08363	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁŇĚ S MCC	0,9826	0,8199
08371	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY BEZ CC	0,4270	0,4479
08372	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S CC	0,5031	0,5225
08373	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S MCC	0,7500	0,5881
08381	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ BEZ CC	0,4191	0,4639
08382	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ S CC	0,5198	0,5322
08383	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ S MCC	0,6834	0,6107
08391	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU BEZ CC	0,5071	0,5341
08392	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU S CC	0,6734	0,7265
08393	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU S MCC	0,8714	1,2407
08401	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MĚNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY BEZ CC	0,3477	0,3659
08402	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MĚNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY S CC	0,4911	0,4896
08403	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MĚNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY S MCC	0,5448	0,5629

08411	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	0,3043	0,3392
08412	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	0,4633	0,5189
08413	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	0,6814	0,7221
09011	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT BEZ CC	0,7382	0,6718
09012	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT S CC	1,2360	1,0534
09013	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT S MCC	2,4816	1,9273
09021	VÝKONY NA PRSECH BEZ CC	0,9337	0,8253
09022	VÝKONY NA PRSECH S CC	1,1864	1,0123
09023	VÝKONY NA PRSECH S MCC	1,3089	1,0674
09031	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU BEZ CC	0,4487	0,4633
09032	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S CC	0,7222	0,7848
09033	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S MCC	1,5221	1,2401
09301	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE BEZ CC	0,5377	0,7673
09302	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S CC	0,5969	0,7673
09303	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S MCC	0,8563	0,9391
09311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ BEZ CC	0,3315	0,4740
09312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ S CC	0,4845	0,5897
09313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ S MCC	0,6009	0,7213
09321	FLEGMÓNA BEZ CC	0,4867	0,5569
09322	FLEGMÓNA S CC	0,6470	0,7445
09323	FLEGMÓNA S MCC	0,9716	0,9330
09331	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU BEZ CC	0,2457	0,2633
09332	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S CC	0,3114	0,3429
09333	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S MCC	0,6223	0,5339
09341	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU BEZ CC	0,3430	0,4232
09342	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S CC	0,4804	0,6158
09343	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S MCC	0,5338	0,6939
10011	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM BEZ CC	2,6665	2,8350
10012	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM S CC	3,0916	2,8889
10013	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM S MCC	7,0087	4,3757
10021	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,5666	1,6178
10022	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	1,5944	1,8964
10023	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	2,3728	2,5781
10031	VÝKONY PRO OBEZITU BEZ CC	2,7160	2,5735

10032	VÝKONY PRO OBEZITU S CC	2,7160	2,9440
10033	VÝKONY PRO OBEZITU S MCC	5,7160	5,3767
10041	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,8620	1,6803
10042	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	1,9731	2,1123
10043	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	3,4348	3,5979
10051	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	1,3031	1,0794
10052	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S CC	1,5163	1,2365
10053	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S MCC	2,1221	1,6347
10061	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,5552	1,5102
10062	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	2,2443	1,9343
10063	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	3,7162	4,0151
10301	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY BEZ CC	0,3837	0,4219
10302	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S CC	0,5269	0,5069
10303	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S MCC	0,9057	0,7403
10311	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ BEZ CC	0,3777	0,4255
10312	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ S CC	0,4210	0,4936
10313	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ S MCC	0,6425	0,6188
10321	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU BEZ CC	0,4317	0,3882
10322	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU S CC	0,5613	0,5142
10323	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU S MCC	0,7483	0,7090
10331	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY BEZ CC	0,3211	0,5916
10332	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY S CC	0,4788	0,5916
10333	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY S MCC	0,8712	0,6994
11021	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI BEZ CC	5,6808	4,5478
11022	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI S CC	7,4203	5,5534
11023	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI S MCC	10,1105	7,1694
11031	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	2,4029	1,9765
11032	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S CC	2,9612	2,2209
11033	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S MCC	4,5897	3,1174
11041	DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY BEZ CC	1,2642	1,2109
11042	DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY S CC	1,9074	1,4271
11043	DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY S MCC	3,3151	2,6898

11051	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI BEZ CC	0,9877	0,8603
11052	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S CC	1,1982	0,9837
11053	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S MCC	1,8847	1,4642
11061	PROSTATEKTOMIE BEZ CC	1,2478	1,1884
11062	PROSTATEKTOMIE S CC	1,5299	1,3365
11063	PROSTATEKTOMIE S MCC	1,9595	1,4211
11071	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	0,6502	0,5401
11072	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S CC	0,8037	0,6538
11073	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S MCC	1,0402	0,8080
11081	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,5458	0,5399
11082	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,7873	0,7804
11083	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	1,3480	1,3165
11301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ BEZ CC	0,4608	0,4065
11302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ S CC	0,6490	0,5836
11303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ S MCC	1,0041	0,8794
11311	NEFRITIDA BEZ CC	0,4749	0,4345
11312	NEFRITIDA S CC	0,5036	0,4890
11313	NEFRITIDA S MCC	1,1800	0,9020
11321	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,4186	0,4599
11322	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,5493	0,5616
11323	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	0,7672	0,7493
11331	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU BEZ CC	1,0031	0,5817
11332	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S CC	1,5538	0,8437
11333	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S MCC	1,6581	0,8437
11341	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE BEZ CC	0,3014	0,2839
11342	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S CC	0,4511	0,3935
11343	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S MCC	0,7404	0,5990
11351	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURĚTRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU BEZ CC	0,2800	0,2296
11352	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURĚTRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU S CC	0,4357	0,3927
11353	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURĚTRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU S MCC	0,5607	0,4560

11361	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	0,3224	0,3207
11362	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S CC	0,3962	0,3999
11363	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S MCC	0,4648	0,4954
11371	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,3108	0,3024
11372	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,4628	0,4110
11373	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	0,7704	0,6673
12011	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE BEZ CC	2,5254	1,9219
12012	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE S CC	2,6161	1,9777
12013	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE S MCC	3,7871	2,5231
12021	VÝKONY NA PENISU BEZ CC	0,5321	0,4584
12022	VÝKONY NA PENISU S CC	0,8846	0,6167
12023	VÝKONY NA PENISU S MCC	1,8571	0,7059
12031	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE BEZ CC	1,2147	1,0052
12032	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S CC	1,4319	1,0935
12033	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S MCC	1,8748	1,3195
12041	VÝKONY NA VARLATECH BEZ CC	0,5326	0,4607
12042	VÝKONY NA VARLATECH S CC	0,7539	0,5818
12043	VÝKONY NA VARLATECH S MCC	1,2059	0,7057
12051	CIRKUMCIZE BEZ CC	0,3639	0,3135
12052	CIRKUMCIZE S CC	0,4074	0,3355
12053	CIRKUMCIZE S MCC	0,4074	0,3842
12061	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,7094	0,6298
12062	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S CC	1,0389	0,9668
12063	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S MCC	2,0499	1,2020
12301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3160	0,3767
12302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,5278	0,5506
12303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,6899	0,6952
12311	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,2579	0,2572
12312	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S CC	0,3579	0,3327
12313	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S MCC	0,5278	0,3987
13011	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE BEZ CC	3,0379	2,2554
13012	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S	3,8293	2,7714

	CC		
13013	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S MCC	5,5216	2,9505
13021	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH BEZ CC	2,0407	1,4960
13022	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S CC	2,5680	1,8794
13023	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S MCC	4,6577	2,8503
13031	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH BEZ CC	1,7836	1,3462
13032	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH S CC	2,2158	1,5991
13033	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH S MCC	3,0541	2,2615
13041	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH BEZ CC	1,3289	0,9845
13042	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH S CC	1,4619	1,1045
13043	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH S MCC	1,5592	1,2585
13051	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE BEZ CC	0,8250	0,6077
13052	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S CC	1,0693	0,9245
13053	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S MCC	1,0693	0,9245
13061	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,9385	0,7680
13062	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S CC	1,2311	0,8998
13063	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S MCC	1,2311	1,0647
13071	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY BEZ CC	0,3066	0,2285
13072	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S CC	0,4255	0,3191
13073	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S MCC	0,5458	0,3579
13081	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU BEZ CC	0,6500	0,5093
13082	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S CC	0,7074	0,5401
13083	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S MCC	0,7074	0,5579
13091	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE BEZ CC	0,3447	0,2111
13092	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE S CC	0,3936	0,2437
13093	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE S MCC	0,3937	0,2840
13101	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,8450	0,6601
13102	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH	1,1841	0,9317

	ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC		
13103	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,6880	1,6179
13301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3442	0,4272
13302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,4564	0,5415
13303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,5855	0,7416
13311	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3223	0,2910
13312	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,4034	0,4104
13313	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,6699	0,7529
13321	MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,1990	0,1708
13322	MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,2972	0,2824
13323	MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,4106	0,3945
14641	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ BEZ CC	0,2590	0,1719
14642	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ S CC	0,3050	0,2228
14643	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ S MCC	0,3050	0,2228
14651	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE BEZ CC	0,1556	0,1089
14652	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S CC	0,2729	0,2275
14653	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S MCC	0,2729	0,4523
14661	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM BEZ CC	0,2633	0,1691
14662	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM S CC	0,3622	0,3198
14663	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM S MCC	0,4347	0,7325
14671	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC	0,2385	0,1786
14672	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC	0,3347	0,4854
14673	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC	0,3347	0,4854
14681	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM BEZ CC	1,0436	0,8220
14682	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM S CC	1,1020	0,8890
14683	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM S MCC	1,1020	0,8890
14691	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU BEZ CC	0,4002	0,3062
14692	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU S CC	0,4002	0,4076
14693	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU S MCC	1,1829	1,1938

14701	HROZÍCÍ POTRAT BEZ CC	0,3187	0,2829
14702	HROZÍCÍ POTRAT S CC	0,4433	0,4864
14703	HROZÍCÍ POTRAT S MCC	0,4598	0,4864
14711	FALEŠNÝ POROD BEZ CC	0,1763	0,1280
14712	FALEŠNÝ POROD S CC	0,1763	0,1955
14713	FALEŠNÝ POROD S MCC	0,1763	0,2118
14721	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM BEZ CC	0,3143	0,2223
14722	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM S CC	0,5597	0,4393
14723	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM S MCC	0,7452	0,6339
14731	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC	0,2674	0,2324
14732	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC	0,3734	0,4111
14733	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC	0,3734	0,4492
15601	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ BEZ CC	0,1766	0,1952
15602	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ S CC	0,2861	0,3219
15603	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ S MCC	0,4881	0,5458
16011	VÝKONY NA SLEZINĚ BEZ CC	2,5831	2,4494
16012	VÝKONY NA SLEZINĚ S CC	3,5818	2,9075
16013	VÝKONY NA SLEZINĚ S MCC	4,4639	3,3075
16021	JINÉ VÝKONY PRO KREVNÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH BEZ CC	0,6986	0,5996
16022	JINÉ VÝKONY PRO KREVNÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH S CC	0,9601	0,8057
16023	JINÉ VÝKONY PRO KREVNÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH S MCC	2,1714	1,5261
16301	AGRANULOCYTÓZA BEZ CC	0,5103	0,7098
16302	AGRANULOCYTÓZA S CC	0,8315	1,1564
16303	AGRANULOCYTÓZA S MCC	1,3856	1,6275
16311	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI BEZ CC	0,5678	0,5952
16312	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI S CC	0,7209	0,7106
16313	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI S MCC	1,2354	1,1432
16321	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST BEZ CC	0,2248	0,4884
16322	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST S CC	0,4884	0,4884
16323	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST S MCC	0,4884	0,4884
16331	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI BEZ CC	0,5640	0,5702
16332	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI S CC	0,7159	0,7052
16333	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI S MCC	1,0424	0,9069
16341	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ BEZ CC	0,4928	0,5223
16342	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ S CC	0,6705	0,7172

16343	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ S MCC	1,0672	1,0482
17011	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM BEZ CC	1,7897	1,5335
17012	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM S CC	3,3699	2,7138
17013	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM S MCC	7,8467	8,6057
17021	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM BEZ CC	0,8605	0,7324
17022	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM S CC	1,7740	1,8183
17023	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM S MCC	3,1025	2,7738
17031	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM BEZ CC	3,0436	2,5347
17032	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM S CC	4,8160	4,2214
17033	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM S MCC	8,1144	5,5796
17041	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM BEZ CC	1,0321	0,9917
17042	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM S CC	1,7348	1,6797
17043	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM S MCC	3,6732	3,8397
17301	AKUTNÍ LEUKÉMIE BEZ CC	0,9098	0,8712
17302	AKUTNÍ LEUKÉMIE S CC	0,9220	0,9602
17303	AKUTNÍ LEUKÉMIE S MCC	3,0923	4,2378
17311	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE BEZ CC	0,6622	0,7735
17312	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE S CC	0,7631	1,3391
17313	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE S MCC	1,8254	2,1317
17321	RADIOTERAPIE BEZ CC	1,5243	1,3582
17322	RADIOTERAPIE S CC	2,2609	1,8659
17323	RADIOTERAPIE S MCC	2,3997	2,2157
17331	CHEMOTERAPIE BEZ CC	0,4881	0,7613
17332	CHEMOTERAPIE S CC	0,5542	0,7613
17333	CHEMOTERAPIE S MCC	0,6857	0,8816
17341	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ BEZ CC	0,5444	0,5628
17342	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ S CC	0,6621	0,6947
17343	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ S MCC	1,0513	0,9231
17351	CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII BEZ CC	0,8648	1,3067
17352	CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII S CC	2,0211	1,5025

17353	CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII S MCC	10,6128	13,0084
18011	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI BEZ CC	0,7285	0,7533
18012	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S CC	2,9986	3,1328
18013	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S MCC	5,8894	6,6005
18021	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE BEZ CC	1,4333	1,2443
18022	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S CC	1,8081	1,8818
18023	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S MCC	3,7226	4,1175
18301	SEPTIKÉMIE BEZ CC	0,9277	0,9273
18302	SEPTIKÉMIE S CC	1,1065	1,1390
18303	SEPTIKÉMIE S MCC	2,0205	2,1669
18311	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE BEZ CC	0,5419	0,7108
18312	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S CC	0,8245	0,8137
18313	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S MCC	1,3070	1,4142
18321	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU BEZ CC	0,4566	0,4541
18322	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU S CC	0,6024	0,6285
18323	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU S MCC	0,7759	0,7856
18331	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,3822	0,4550
18332	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S CC	0,5433	0,6013
18333	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S MCC	0,6838	0,7587
18341	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI BEZ CC	0,5928	0,6222
18342	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S CC	0,8170	0,8823
18343	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S MCC	1,2636	1,3825
19011	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI BEZ CC	1,5132	1,2148
19012	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI S CC	3,0382	1,8852
19013	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI S MCC	4,3302	4,9667
19301	SCHIZOFRENIE BEZ CC	1,3774	1,4458
19302	SCHIZOFRENIE S CC	1,4171	1,4458
19303	SCHIZOFRENIE S MCC	1,6429	1,5652
19311	PSYCHÓZY BEZ CC	1,1844	1,2005
19312	PSYCHÓZY S CC	1,1844	1,2005
19313	PSYCHÓZY S MCC	1,2714	1,3210
19321	PORUCHY OSOBNOSTI BEZ CC	0,9255	0,8680
19322	PORUCHY OSOBNOSTI S CC	0,9589	0,8680
19323	PORUCHY OSOBNOSTI S MCC	1,7865	1,2557
19331	BIPOLÁRNÍ PORUCHY BEZ CC	1,5103	1,4456
19332	BIPOLÁRNÍ PORUCHY S CC	1,5103	1,4456
19333	BIPOLÁRNÍ PORUCHY S MCC	1,5103	1,4456
19341	DEPRESE BEZ CC	0,9702	0,8451
19342	DEPRESE S CC	0,9702	1,0718

19343	DEPRESE S MCC	1,3653	1,6553
19351	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH BEZ CC	0,5613	0,5708
19352	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH S CC	0,5769	0,5708
19353	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH S MCC	0,6951	0,6949
19361	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE BEZ CC	0,7475	0,6784
19362	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE S CC	0,7475	0,6784
19363	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE S MCC	0,8436	0,8060
19371	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY BEZ CC	0,9075	0,8207
19372	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S CC	0,9075	0,8207
19373	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S MCC	0,9075	0,8207
19381	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY BEZ CC	2,0875	1,9308
19382	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY S CC	2,0875	1,9308
19383	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY S MCC	2,0875	2,4450
19391	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY BEZ CC	0,4043	0,5105
19392	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S CC	0,5304	0,5247
19393	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S MCC	0,5743	0,7918
19400	DUŠEVNÍ PORUCHY S ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIÍ NEBO S REPETITIVNÍ TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKOU STIMULACÍ	3,0227	
20301	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE BEZ CC	0,1232	0,1111
20302	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S CC	0,1380	0,1111
20303	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S MCC	0,2822	0,2041
20311	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ BEZ CC	1,1314	0,9051
20312	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ S CC	1,7567	0,9051
20313	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ S MCC	2,3453	0,9051
20321	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU BEZ CC	0,5613	0,4522
20322	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU S CC	0,6001	0,5616
20323	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU S MCC	2,3879	0,9535
20331	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU BEZ CC	0,3105	0,3092
20332	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S	0,3899	0,3731

	CC		
20333	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S MCC	0,6362	0,6151
20341	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH BEZ CC	0,5007	0,4927
20342	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH S CC	0,6099	0,6216
20343	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH S MCC	1,0924	0,8149
21011	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH BEZ CC	1,6034	1,6047
21012	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH S CC	1,9900	2,7138
21013	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH S MCC	5,2659	7,2275
21021	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH BEZ CC	1,2775	1,1904
21022	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH S CC	2,3587	2,2991
21023	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH S MCC	4,8452	4,7288
21301	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH BEZ CC	0,6988	0,6534
21302	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH S CC	0,8759	1,0895
21303	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH S MCC	3,1769	3,2779
21311	ALERGICKÉ REAKCE BEZ CC	0,1973	0,2027
21312	ALERGICKÉ REAKCE S CC	0,2786	0,2492
21313	ALERGICKÉ REAKCE S MCC	0,5653	0,2492
21321	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) BEZ CC	0,3304	0,2925
21322	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) S CC	0,5590	0,4294
21323	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) S MCC	1,4831	0,9864
21331	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ BEZ CC	0,3874	0,2623
21332	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ S CC	0,6431	0,4727
21333	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ S MCC	1,2141	1,0086
21341	SYNDROM TÝRANĚHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO BEZ CC	0,4195	0,5098
21342	SYNDROM TÝRANĚHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO S CC	0,4195	1,8439
21343	SYNDROM TÝRANĚHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO S MCC	0,4195	5,5155
21351	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ BEZ CC	0,2766	0,2924
21352	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ S CC	0,4221	0,4392
21353	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ S MCC	1,3023	1,0585
22501	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE BEZ CC	0,3562	0,3380
22502	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE S CC	0,3562	0,3380

22503	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE S MCC	0,6095	0,3380
22510	ROZSÁHLÉ POPÁLENINY S KOŽNÍM ŠTĚPEM	7,7276	5,9817
22521	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM BEZ CC	2,6813	2,2478
22522	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM S CC	8,0092	6,6398
22523	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM S MCC	12,8015	6,6398
22530	ROZSÁHLÉ POPÁLENINY BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU	1,4823	1,5518
22541	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ BEZ CC	0,8374	0,8202
22542	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ S CC	1,2200	1,2211
22543	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ S MCC	5,3521	3,4380
22551	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE BEZ CC	0,5662	0,5835
22552	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE S CC	1,1063	1,1567
22553	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE S MCC	3,0716	1,2166
23011	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI BEZ CC	0,6449	0,6618
23012	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI S CC	0,8772	1,3169
23013	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI S MCC	2,1686	4,1765
23301	REHABILITACE BEZ CC	0,5817	0,9678
23302	REHABILITACE S CC	0,6733	1,0445
23303	REHABILITACE S MCC	0,9595	1,2603
23311	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY BEZ CC	0,3113	0,3314
23312	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY S CC	0,4474	0,4640
23313	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY S MCC	0,7217	0,6003
23321	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV BEZ CC	0,2568	0,2408
23322	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV S CC	0,3583	0,4634
23323	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV S MCC	0,8495	0,9781
23330	REHABILITACE > 55 DNÍ	4,9457	5,5985
23340	REHABILITACE 49-55 DNÍ	4,3032	4,1696
23351	REHABILITACE 42-48 DNÍ BEZ CC	3,8100	2,9946
23352	REHABILITACE 42-48 DNÍ S CC	3,8100	2,9946
23353	REHABILITACE 42-48 DNÍ S MCC	3,8100	3,8618

23361	REHABILITACE 35-41 DNÍ BEZ CC	2,7781	2,5390
23362	REHABILITACE 35-41 DNÍ S CC	2,7781	2,5390
23363	REHABILITACE 35-41 DNÍ S MCC	3,0086	3,0212
23371	REHABILITACE 28-34 DNÍ BEZ CC	2,1828	2,0613
23372	REHABILITACE 28-34 DNÍ S CC	2,2477	2,0613
23373	REHABILITACE 28-34 DNÍ S MCC	2,3075	2,4106
23381	REHABILITACE 21-27 DNÍ BEZ CC	1,5775	1,5975
23382	REHABILITACE 21-27 DNÍ S CC	1,6872	1,6431
23383	REHABILITACE 21-27 DNÍ S MCC	1,8542	1,8578
23391	REHABILITACE 14-20 DNÍ BEZ CC	1,2645	1,2229
23392	REHABILITACE 14-20 DNÍ S CC	1,3427	1,2360
23393	REHABILITACE 14-20 DNÍ S MCC	1,4991	1,3160
23401	REHABILITACE 5-13 DNÍ BEZ CC	0,7615	0,7601
23402	REHABILITACE 5-13 DNÍ S CC	0,7909	0,7601
23403	REHABILITACE 5-13 DNÍ S MCC	0,8634	0,7841
25011	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	4,7867	4,2617
25012	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	4,7867	4,2617
25013	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	9,1407	7,4420
25021	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	4,0659	3,4375
25022	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	4,0659	3,4375
25023	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	6,6018	5,7591
25030	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	48,5544	65,4383
25040	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 504 HODIN (22-42 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	37,3448	37,2718
25051	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	23,6816	23,0031
25052	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	23,6816	23,0031
25053	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	23,6816	23,0031
25061	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN BEZ CC	17,3429	13,9990
25062	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN S CC	17,3429	13,9990
25063	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI	17,3429	13,9990

	POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN S MCC		
25071	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	14,1607	11,9123
25072	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	16,9420	11,9123
25073	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	16,9420	16,2326
25301	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	0,8919	0,9717
25302	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	0,8919	0,9717
25303	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	1,6237	1,7608
25311	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU BEZ CC	1,3182	0,9612
25312	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU S CC	1,3182	0,9612
25313	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU S MCC	1,3182	1,2251
25320	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ)	53,8925	47,2581
25330	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 504 HODIN (22-42 DNÍ)	20,2698	20,2993
25341	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) BEZ CC	15,4542	8,3209
25342	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S CC	15,4542	15,3846
25343	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S MCC	15,4542	16,3254
25361	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) BEZ CC	9,2479	7,6528
25362	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S CC	9,2479	7,6528
25363	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S MCC	9,2479	7,6528
25370	ÚMRTÍ DO 5 DNÍ OD PŘÍJMU PŘI POLYTRAUMATU	3,1790	2,2333
88871	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	1,0028	0,9886
88872	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	2,2574	1,9972
88873	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC	4,4207	4,1014
88881	PROSTATICKE VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	1,6993	2,0442
88882	PROSTATICKE VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	1,8388	3,6132

88883	PROSTATICKE VYKONY, KTERE SE NETYKAJI HLAVNI DIAGNOZY S MCC	4,0919	4,4708
88891	VYKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERE SE NETYKAJI HLAVNI DIAGNOZY BEZ CC	0,6804	0,6161
88892	VYKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERE SE NETYKAJI HLAVNI DIAGNOZY S CC	1,1490	1,1071
88893	VYKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERE SE NETYKAJI HLAVNI DIAGNOZY S MCC	2,4382	1,9772
99980	HLAVNI DIAGNOZA NEPLATNA JAKO PROPOUSTECI DIAGNOZA	0,1100	0,1000
99990	NEZARADITELNE	0,1100	0,1000

Výše úhrad hrazených služeb podle § 8 odst. 2

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00900	<p><u>Komplexní vyšetření zubním lékařem při registraci pojištěnce</u> Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení léčebného plánu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. Založení dokumentace se záznamem stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání včetně onkologické prohlídky, mezičelistních vztahů, anamnézy a individuálního léčebného postupu. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona.</p>	<p>Lze vykázat při první registraci pojištěnce nově přijatého do péče, to je kód 00900 nelze vykázat v případě, že poskytovatelem byly na pacienta v posledních dvou letech vykazovány kódy pravidelné péče - kódy 00901a 00902, resp. 00946 a 00947. V témže kalendářním roce lze kód 00900 kombinovat pouze s kódem 00901, resp. 00946. Kombinaci kódů 00900 a 00901, resp. 00946 nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi jednotlivými vyšetřeními v roce je doporučeno dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést vyšetření dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost 014</p>	398 Kč
00901	<p><u>Opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka</u> Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení, frekvence vykazování v souladu s přílohou č.1 zákona), včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu</p>	<p>Lze vykázat 2/1 kalendářní rok na pojištěnce v rámci individuální preventivní péče o chrup dětí a dorostu, 1/1 kalendářní rok na pojištěnce v rámci preventivní péče o dospělé, dvakrát v průběhu těhotenství, mezi vyšetřeními musí u těhotných uplynout nejméně 3 měsíce. U dětí a dorostu nelze vykázat kombinaci kódů 00901 a 00901, resp. 00946 v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi jednotlivými vyšetřeními v roce je doporučeno z odborného hlediska dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost – 014 s potvrzením</p>	410 Kč

	na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona.	o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁵⁾	
00902	<u>Péče o registrovaného pojištěnce nad 18 let věku</u> Agregovaný výkon zahrnující: kontrolu ústní hygieny, interdentální hygieny, motivaci pojištěnce po orientačním vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní. Ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok. Lze vykázat pouze po vykázání kódu 00901, resp. 00946 v témže kalendářním roce a zároveň pokud není vykázán kód 00900, kombinaci kódů 00901 a 00902, resp. 00947 nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi vykázáním jednotlivých kódů v roce je doporučeno dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést ošetření dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁵⁾	323 Kč
00903	<u>Vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou</u> Vyšetření odborníkem nebo specialistou na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření. Kód nelze vykázat v případě registrace pacienta daným poskytovatelem. Kód se vykazuje 1x na jednu diagnózu/ 1 poj/ 1 rok, v případě rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz maximálně 3/ 1 poj./ 1 rok.	Nelze kombinovat s kódem 00908, 00931, 00940 a 00981. Lze vykázat 1/1 den. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE ⁵⁾ ; 015; 605	200 Kč
00904	<u>Stomatologické vyšetření registrovaného pojištěnce od 1 roku do 6 let v rámci preventivní péče</u>	Lze vykázat 1/1 rok pouze v souvislosti s druhou preventivní prohlídkou v daném kalendářním roce, kódem 00901 popřípadě 00946 a diagnózou Z 012 – zubní	105 Kč

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

		vyšetření. Odbornost – 014	
00906	<u>Stomatologické ošetření pojištěnce do 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce. Kód lze vykazovat pouze v souvislosti se stomatologickými výkony, nikoliv s výrobky. U dětí lze vykázt i bez kurativního výkonu.	Lze vykázt 1/1 den. Odbornost – 014 Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE ⁵⁾ lze vykázt i při vyžádané péči neregistrovaného pojištěnce.	95 Kč
00907	<u>Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do 15 let</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce.	Lze vykázt 1/1 den Pouze při kurativní návštěvě (nelze vykázt jen s kódy 00900,00901, 00903, 00909, 00946, a diagnózou Z 012 – zubní vyšetření). Odbornost – 014 Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE ⁵⁾ lze vykázt i při vyžádané péči neregistrovaného pojištěnce.	68 Kč
00908	<u>Akutní ošetření a vyšetření neregistrovaného pojištěnce – v rámci pohotovostní služby</u> Akutní ošetření náhodného pojištěnce mimo rámec preventivní péče. Ošetření zahrnuje vyšetření, paliativní ošetření v endodoncii, amputaci a exstirpaci dřeně, provizorní výplň, lokální ošetření gingivy / sliznice, konzervativní ošetření dentitio difficilis nebo parodontálního abscesu, zavedení a výměnu drénu, nebo opravu / úpravu snímatelné náhrady v ordinaci a podobně.	Nelze kombinovat s kódem 00903 a 00909. Lze vykázt 1/1 den. Odbornost – 014	310 Kč

00909	<p><u>Klinické stomatologické vyšetření</u> Vyšetření odborníkem na klinickém pracovišti na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření.</p>	<p>Nelze kombinovat s kódy 00900, 00901, 00902, 00903, 00908, 00945, 00946 a 00947. V kombinaci s kódem 00907 nelze vykázat samostatně s diagnózou Z 012 – zubní vyšetření. Kód lze nasmlouvat klinickým pracovištím, tj. společné pracoviště fakultní nemocnice a lékařské fakulty vysoké školy podle § 111 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb. Lze vykázat 1/1 den Při diagnóze vyžadující opakovanou návštěvu lze vykázat jen jedenkrát, u rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz lze vykázat pouze jednou, při zahájení léčby. Odbornost – 014; 015</p>	410 Kč
00910	<p><u>Zhotovení intraorálního rentgenového snímku</u> Zhotovení rentgenového snímku na speciálním dentálním rentgenovém přístroji, nebo další zobrazovací metodou (podmínkou je archivace snímku). Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem).</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605</p>	70 Kč
00911	<p><u>Zhotovení extraorálního rentgenového snímku</u> Zhotovení skiografie lebky různých projekcí za každý snímek. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval, v případě odbornosti 015 i rentgenový snímek ruky (stanovení fáze růstu skeletu).</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605</p>	225 Kč
00912	<p><u>Náplň slinné žlázy kontrastní látkou</u> Sondáž, dilatace, náplň slinných žláz a vývodů kontrastní látkou. Následné rentgenové vyšetření je vykazováno kódem 00911 nebo 00913 poskytovatelem, který snímek indikoval.</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE⁵); 605</p>	581 Kč
00913	<p><u>Zhotovení ortopantomogramu</u> Zhotovení extraorálního panoramatického snímku na speciálním rentgenovém přístroji. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval.</p>	<p>Lze vykázat 1/ 2 roky, jen k zdravotním službám hrazeným ze zdravotního pojištění. Pro odb. 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE a odbornost 015, 605 lze vykázat 2/1 kalendářní rok pouze v souvislosti se specializovanou péčí; v ostatních případech (např. u</p>	275 Kč

		vlastních registrovaných pacientů) platí omezení kódu 1/ 2 kalendářní roky. Pro LSPP a v případě úrazové diagnózy lze vykázat bez omezení,	
00914	<p><u>Vyhodnocení ortopantomogramu</u> Vyhodnocení panoramatického rentgenového snímku zubních oblouků a skeletu čelistí nebo ostatních extraorálních snímků.</p> <p>Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem); v případě odeslání pojištěnce k jinému zubnímu lékaři, který je držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů⁵⁾ a lékaři odbornosti 015, může kód vykázat i tento zubní lékař.</p>	<p>Lze vykázat 1/1 snímek/1 poskytovatel</p> <p>Odbornost – 014; 015; 605</p>	70 Kč
00915	<p><u>Zhotovení telerentgenového snímku lbi</u> Zhotovení dálkového rentgenového snímku lbi na speciálním rentgenovém přístroji. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval.</p>	<p>Lze vykázat 1/1 kalendářní rok</p> <p>Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH; PE⁵⁾; 015; 605</p>	270 Kč
00916	<p><u>Anestézie na foramen mandibulae a infraorbitale</u> Aplikace injekční anestézie na foramen mandibulae (součástí je i aplikace na nervus buccalis) a foramen infraorbitale (součástí je i aplikace na nervus palatinus) ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem.</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení.</p> <p>Odbornost – 014; 015; 605</p>	105 Kč
00917	<p><u>Anestézie infiltrační</u> Aplikace injekční anestézie pro každý sextant, včetně anestézie na foramen mentale, foramen palatinum maius a foramen incisivum. Počítá se anestetizovaná oblast, nikoli počet vpichů; ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem.</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení</p> <p>Odbornost – 014; 015; 605</p>	85 Kč
00920	<p><u>Ošetření zubního kazu – stálý zub – fotokompozitní výplň</u> Ošetření zubního kazu stálého zubu fotokompozitní výplní u pojištěnců do 18 let v rozsahu špičáků včetně, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu.</p>	<p>Lze vykázat 1 zub/6 měsíců</p> <p>Lokalizace – zub</p> <p>Odbornost – 014; 015; 605</p>	350 Kč
00921	<p><u>Ošetření zubního kazu – stálý zub</u> Ošetření zubního kazu definitivní</p>	<p>Lze vykázat 1 zub/365 dní</p> <p>Omezení frekvencí se netýká</p>	270 Kč

	výplní, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu, standardním materiálem podle přílohy č. 1 zákona (při použití samopolymerujících kompozitních materiálů v rozsahu špičáků včetně a nedózaného amalgámu v celém rozsahu).	případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu - v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 1 rok lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	
00922	<u>Ošetření zubního kazu – dočasný zub</u> Ošetření zubního kazu dočasného zubu definitivní výplní, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu a použitý materiál.	Lze vykázat 1 zub/6 měsíců Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu – v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 6 měsíců lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních. Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	126 Kč
00923	<u>Konzervativní léčba komplikací zubního kazu – stálý zub</u> Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, chemickou a medikamentózní přípravu a provizorní výplně. Po definitivním endodontickém ošetření zubu za každý zaplněný kořenový kanálek zinkoxydfosfátovým cementem. Počet návštěv nerozhoduje.	Nelze kombinovat s kódem 00925. Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub pouze tehdy, pokud následuje konzervačně – chirurgická léčba komplikací zubního kazu. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	181 Kč
00924	<u>Konzervativní léčba komplikací zubního kazu – dočasný zub</u> Po definitivním endodontickém ošetření dočasného zubu metodou vitální nebo mortální amputace jedenkrát. Při případné exstirpaci každý zaplněný kořenový kanálek. Ošetření je možné, když je dočasný zub klinicky pevný. Dle rentgenové resorbce nejvýše do poloviny kořene.	Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	176 Kč
00925	<u>Konzervativní léčba komplikací zubního kazu II.- stálý zub</u> Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, medikamentózní přípravu a provizorní výplně. Po definitivním endodontickém ošetření zubu za každý zaplněný kořenový kanálek při použití registrovaného materiálu metodou centrálního čepu. Počet návštěv nerozhoduje. I při	Nelze kombinovat s kódem 00923. Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	265 Kč

	ošetření zubu metodou apexifikace.		
00931	<p><u>Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu</u></p> <p>Odborné vyšetření parodontu, vyšetření pomocí parodontologického indexu CPITN, stanovení individuálního léčebného postupu, zahájení konzervativní léčby – odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), instruktáž a motivace orální hygieny. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče. Výkon komplexního vyšetření se vykazuje při vyšetření pacienta v rámci převzetí do pravidelné parodontologické péče a dále vždy, pokud dojde ke změně zdravotního stavu, a to maximálně s frekvencí 1x za 2 kal. roky. Podmínkou vykazání výkonu je vedení prokazatelné parodontologické dokumentace</p>	Lze vykázat 1x za 2 kalendářní roky Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE ⁵⁾	700 Kč
00932	<p><u>Léčba chronických onemocnění parodontu</u></p> <p>Vyšetření parodontu na základě zařazení onemocnění při vyšetření pomocí indexu CPITN, kdy je stanoven index CPI 2-3, případně dalších parodontologických indexů a vyšetřovacích metod v průběhu parodontologické léčby. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče. Pokračování konzervativní léčby (fáze iniciální nebo udržovací) – kontrola orální hygieny pomocí k tomu určených indexů (například PBI, API), jejichž hodnoty musí být zaznamenány v dokumentaci, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), remotivace a korekce konkrétní metody orální hygieny, odstranění lokálního dráždění parodontu. Odstup mezi vykazáním kódů 00932 musí být v takovém minimálním intervalu, aby bylo možno prokázat účelnost léčby, lze vykázat minimálně v měsíčních odstupech. Podmínkou vykazání výkonu je vedení prokazatelné parodontologické dokumentace. Přejít z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem (kód 00938) a subgingivální ošetření (kód 00935) se vykazuje zvlášť.</p>	Lze vykázat 3/1 kalendářní rok Při třetím vykazání kódu v roce nutno zhodnotit léčbu pomocí indexu CPITN. Nelze vykázat s kódy 00900, 00901 a 00946. Odbornost – 014	243 Kč
00933	<p><u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu</u></p>	Lze vykázat – bez omezení Lokalizace – zub	420 Kč

	Provedený chirurgický výkon v mukogingivální oblasti navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu (gingivektomie s plastikou) za každý zub.	Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE ⁵⁾	
00934	<u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu</u> Chirurgické výkony navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu vedoucí k prohloubení vestibula a výkony s odklopením mukoperiostálního laloku vedoucí k odstranění parodontálních sulků – za každý sextant. Nelze vykázat s chirurgickými výkony s řízenou tkáňovou regenerací a implantacemi.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE ⁵⁾	1 000 Kč
00935	<u>Subgingivální ošetření</u> Instrumentální odstranění obsahu parodontálního chobotu (subgingiválního zubního kamene a plaku), odstranění nekrotického cementu, ohlazení povrchu zubního kořene a jeho kontrola u zubů s parodontálními choboty (CP 3,4). Lze provést ručními nástroji, ultrazvukovými či laserovými přístroji či jejich kombinací.	Lze vykázat 1/1 zub/365 dní Lokalizace – zub Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE ⁵⁾	84 Kč
00936	<u>Odebrání a zajištění přenosu transplantátu</u> Chirurgický výkon vedoucí k získání slizničního nebo kostního štěpu.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE ⁵⁾ ; 605	600 Kč
00937	<u>Artikulace chrupu</u> Po provedení celkového zábrusu okluze a artikulace chrupu na podkladě funkčního vyšetření stomatognathního systému. Nutno doložit modely před a po ošetření.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE ⁵⁾	433 Kč
00938	<u>Přechodné dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem</u> Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem zhotovené podle přílohy č. 1 zákona (samopolymerující kompozitní pryskyřice). Vykazuje se za každý zub.	Lze vykázat 1/1 zub/365 dní Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015	44 Kč
00940	<u>Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice</u> Při komplexním vyšetření ústní sliznice, stanovení diagnózy. Výkon komplexního vyšetření se vykazuje při vyšetření pacienta v rámci převzetí do	Lze vykázat 1x za 2 kalendářní roky. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE ⁵⁾	700 Kč

	pravidelné specializované péče a dále vždy, pokud dojde ke změně zdravotního stavu, a to maximálně s frekvencí 1 za 2 kal. roky. Podmínkou vykazání výkonu je vedení prokazatelné dokumentace onemocnění ústní sliznice a návrh léčby.		
00941	<u>Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice</u> Při kontrolním vyšetření v průběhu léčby.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;PE ⁵⁾	300 Kč
00943	<u>Měření galvanických proudů</u> Měření galvanických proudů v dutině ústní při vyšetření slizničních změn a měření impedance.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;PE ⁵⁾ ; 605	88 Kč
00945	<u>Cílené vyšetření</u> Vyšetření zaměřené na konkrétní obtíže registrovaného pojištěnce, v případě dohodnutých dlouhodobých zástupů a péče poskytované v rámci odbornosti 015 i u neregistrovaných pojištěnců.	Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00900,00901, 00902, 00903, 00908, 00909, 00931, 00932, 00940, 00941, 00946, 00947, 00981, 00983, 00984. Lze vykázat – bez omezení, při ošetření v několika návštěvách (endodontické ošetření, zhotovení protetických náhrad a jiné) pouze jednou. Kód nelze vykázat při návštěvě, která vyplývá z plánu ošetření. Odbornost – 014; 015	10 Kč
00946	<u>Opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka I</u> Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené ZP. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení, frekvence vykazování v souladu s přílohou č.1 zákona), včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobené snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona.	Lze vykázat 2/1 kalendářní rok na pojištěnce v rámci individuální preventivní péče o chrup dětí a dorostu, 1/1 kalendářní rok na pojištěnce v rámci preventivní péče o dospělé, dvakrát v průběhu těhotenství, mezi vyšetřeními musí u těhotných uplynout nejméně 3 měsíce. U dětí a dorostu nelze vykázat kombinaci kódů 00946 a 00946, resp. 00901 v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi jednotlivými vyšetřeními v roce je doporučeno z odborného hlediska dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost – 014	336 Kč

00947	<u>Péče o registrovaného pojištěnce nad 18 let věku I</u> Agregovaný výkon zahrnující: kontrolu ústní hygieny, interdentalní hygieny, motivace pojištěnce po orientačním vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní. Ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok. Lze vykázat pouze po vykázání kódu 00901, resp. 00946 v témže kalendářním roce a zároveň pokud není vykázán kód 00900, kombinaci kódů 00901 a 00902, resp. 00947 nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi vykázáním jednotlivých kódů v roce je doporučeno dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést ošetření dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost - 014	263 Kč
00949	<u>Extrakce dočasného zubu</u> Extrakce dočasného zubu nebo radixu (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací, sutury a stavění krvácení kompresivní tamponádou.	Lze vykázat 1/1 zub Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	87 Kč
00950	<u>Extrakce stálého zubu</u> Extrakce stálého zubu nebo radixu (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací, sutury a stavění krvácení kompresivní tamponádou.	Lze vykázat 1/1 zub Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	190 Kč
00951	<u>Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu</u> Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku a hemiextrakce nebo egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu do jednoho sextantu nebo chirurgická revize extrakční rány.	Lze vykázat – bez omezení Lokalizace – zub Odbornost – 014; 605	525 Kč
00952	<u>Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu</u> Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku v blízkosti rizikových anatomických struktur nebo vyžadující snesení větší části kosti, primární uzávěr oroantrální komunikace, egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu větším než jeden sextant, exstirpace cysty nad 1 cm, odstranění sekvestru, artrocentéza temporomandibulárního kloubu nebo antrotomie a podobně.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;CH;PE ⁵); 605	1 155 Kč
00953	<u>Chirurgické ošetřování retence zubů</u>	Lze vykázat 1/1 zub	630 Kč

	Snesení tkání ležících v cestě erupci zubu a mobilizace zubu do směru žádané erupce (včetně odklopení mukoperiostálního laloku, plastiky měkkých tkání, podložení kostním štěpem, fixace drátěného tahu, nalepení ortodontického zámku).	Lokalizace – zub Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH;PE ⁵); 015; 605	
00954	<u>Konzervačně-chirurgická léčba komplikací zubního kazu</u> Odklopení mukoperiostálního laloku, snesení kosti periapikálně, amputace kořenového hrotu, exkochleace, toileta kořene a kosti, sutura (včetně případného peroperačního plnění), za každý ošetřený kořen. Též periapikální exkochleace a exstirpace odontogenní cysty do 1 cm.	Lze vykázat – bez omezení Lokalizace – zub Odbornost – 014; 605	420 Kč
00955	<u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí malého rozsahu</u> Provedení menších chirurgických výkonů, například dekapsulace, frenulektomie, odstranění rušivých vlivů vazivových pruhů, podjazyková frenulektomie, excize vlajícího hřebene – za každý sextant, odstranění léze do 2 cm, sutura rány sliznice nebo kůže do 5 cm nebo sondáž a výplach vývodu slinné žlázy.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	420 Kč
00956	<u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí velkého rozsahu</u> Odstranění podjazykové retenční slinné cysty, excize vlajícího hřebene většího rozsahu než jeden sextant, odstranění léze nad 2 cm, orální vestibuloplastika bez štěpu – za každý sextant, sutura rány sliznice nebo kůže nad 5 cm, exstirpace mukokely sliznice dutiny ústní nebo diagnostická excize, sialolitomie.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;CH;PE ⁵); 605	900 Kč
00957	<u>Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu</u> Ošetření následků úrazu zubů a alveolu malého rozsahu, včetně jednoduché fixace plastickým materiálem popřípadě zkrácenou drátěnou dlahou.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	420 Kč
00958	<u>Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu</u> Repozice a fixace zlomenin alveolu horní, dolní čelisti, zlomenin těla a krčku dolní čelisti bez výrazné dislokace (za každou ošetřenou čelist).	Lze vykázat – bez omezení Lokalizace – čelist Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH;PE ⁵); 605	750 Kč
00959	<u>Intraorální incize</u>	Lze vykázat – bez omezení	105 Kč

	Léčba zánětu intraorální incizí s případnou dilatací, vypuštěním exsudátu a zavedením drénu.	Lokalizace – kvadrant Odbornost – 014; 015; 605	
00960	<u>Zevní incize</u> Léčba kolem čelistního zánětu zevní incisí, včetně dilatace, s vypuštěním exsudátu a zavedením drénu.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH;PE ⁵⁾ ; 605	600 Kč
00961	<u>Ošetření komplikací chirurgických výkonů v dutině ústní</u> Zavedení drénu či tamponády, přiložení plastického obvazu, výplachu rány lokálním léčebným prostředkem, dále stavění pozdního postextrakčního krvácení, revize extrakční rány, svalové rehabilitační cvičení a fyzikální terapie.	Lze vykázat 5/10 dnů Odbornost – 014; 015; 605	45 Kč
00962	<u>Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch</u> Vyšetření temporomandibulárního kloubu, zdokumentování onemocnění a konzervativní léčba temporomandibulární poruchy (například mezičelistní fixací, fyzikální terapií nebo manuální repozicí).	Lze vykázat 2/1kalendářní rok (omezení frekvencí neplatí pro odbornost 605, 015 a 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH;PE ⁵⁾) Odbornost – 014; 015; 605	300 Kč
00963	<u>Injekce i. m., i. v., i. d., s. c.</u> Zahrnuje injekční aplikaci léčiva, včetně ceny aplikace, není-li aplikovaná látka hrazena jiným způsobem.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	53 Kč
00965	<u>Čas zubního lékaře strávený dopravou za imobilním pojištěncem</u>	Nelze vykázat spolu s výkonem dopravy. Odbornost – 014; 605 Výkon je hrazen na podkladě doporučení praktického lékaře	210 Kč
00966	<u>Signální výkon – informace o vydání Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti nebo Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)</u> Výkon vykazuje ošetřující lékař, který vystavuje Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, případně Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče).	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014	5 Kč
00967	<u>Signální výkon – informace o vydání Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti nebo Rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování (péče)</u> Výkon vykazuje ošetřující lékař, který Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti, případně	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014	5 Kč

	Rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování (péče), vystavil.		
00968	<p><u>Stomatologické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatologem v ambulanci poskytovatele ambulantních hrazených služeb</u></p> <p>Ošetření na základě písemného doporučení jiného lékaře při neodkladných stavech. V souvislosti s léčením tohoto neodkladného stavu lze vykázat pouze 1x, písemná zpráva. V případě dalšího plánovaného ošetření daného pacienta již kód 00968 nelze znovu vykázat.</p> <p>Kód nelze naučtovat u pojištěnce registrovaného daným poskytovatelem v případě přeposlání od jednoho lékaře k druhému, kteří pracují v rámci daného poskytovatele (tj. mezi jednotlivými IČP daného poskytovatele).</p> <p>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..</p>	<p>Lze vykázat 1/1 den pouze v souvislosti s kódy 00951, 00952, 00953, 00954, 00955, 00956, 00957, 00958, 00960, 00962.</p> <p>Odbornost - 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH. ' Ošetření na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení).</p>	1 000 Kč
00970	<p><u>Sejmutí fixní náhrady – za každou piliřovou konstrukci</u></p> <p>Sejmutí fixní náhrady rázovým nástrojem nebo rozbroušením korunky a její deformací.</p>	<p>Lze vykázat 1/730 dní</p> <p>Nelze vykázat u provizorních náhrad.</p> <p>Lokalizace – zub</p> <p>Odbornost – 014; 015; 605</p>	91 Kč
00971	<p><u>Provizorní ochranná korunka</u></p> <p>Adaptace a fixace konfekční korunky k ochraně preparovaného, frangovaného nebo jinak destruovaného zubu, nebo individuální ochranná korunka zhotovená razidlovou metodou v ústech pacienta. Zahnuje i opakované nasazení.</p>	<p>Lze vykázat 1/730 dní</p> <p>Lokalizace – zub</p> <p>Odbornost – 014; 015; 605</p>	69 Kč
00973	<p><u>Oprava nebo úprava snímatelné náhrady v ordinaci</u></p> <p>Oprava nebo jednoduchá úprava snímatelné náhrady v ordinaci bez návaznosti na další laboratorní zpracování.</p>	<p>Lze vykázat 5/1kalendářní rok</p> <p>Nelze vykázat při odevzdání nové snímatelné náhrady (nejdříve dva měsíce po odevzdání nové snímatelné náhrady).</p> <p>Lokalizace – čelist</p> <p>Odbornost – 014; 015; 605</p>	39 Kč
00974	<p><u>Odevzdání stomatologického výrobku</u></p> <p>Poskytovatel vykazuje při odevzdání stomatologického výrobku (kód slouží pouze pro vykazování zvlášť účtovaných léčivých přípravků a stomatologických výrobků (dokladem 03s).</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení</p> <p>Odbornost – 014; 015; 605</p>	0 Kč

00981	<u>Diagnostika ortodontických anomálií</u> Zahrnuje orientační stomatologické vyšetření, komplexní ortodontické vyšetření, založení zdravotnické dokumentace. Tímto kódem se zahajuje ortodontická léčba a vykazování kódů odbornosti 015. Při převzetí již léčeného pojištěnce je nutné zahájit vlastní ortodontickou léčbu vstupním vyšetřením, založením vlastní dokumentace a vykazáním kódu 00981.	Lze vykázat 1/1 pojištěnce a poskytovatele Odbornost – 015	600 Kč
00982	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk</u> Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem – na jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu včetně přípravy zubů.	Lze vykázat 1/1 čelist Lokalizace – čelist Odbornost – 015	1 300 Kč
00983	<u>Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Kontrola postupu léčby a úprav na fixním aparátu na jednom i obou zubních obloucích, a to po vykazání kódu 00982 nebo 00994. Vztahuje se na všechny kontroly fixního aparátu v daném čtvrtletí a na kontrolu souběžně používaného snímacího aparátu.	Lze vykázat 1/1 kalendářní čtvrtletí, a to maximálně 16x na pacienta, v případě rozštěpených vad lze vykázat bez omezení. Odbornost – 015	800 Kč
00984	<u>Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Kontrola postupu léčby dle individuálního léčebného postupu a funkce snímacích aparátů včetně jejich úpravy. Pro sledování průběhu změn po ortodonticky indikovaných extrakcích bez aparátu. Vztahuje se na všechny kontroly snímacího aparátu v daném čtvrtletí.	Lze vykázat 1/1 čtvrtletí, a to maximálně 16x na pacienta. Nelze vykázat pro léčbu ve fázi retence nebo při sledování růstu a vývoje chrupu a čelisti bez aktivní léčby. Odbornost – 015	210 Kč
00985	<u>Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Po ukončení léčby ortodontických anomálií sejmutí fixního ortodontického aparátu na 1 zubní oblouk, zábrus zubů, včetně případné analýzy modelů (nezahrnuje případné zhotovení a analýzu telorentgenu a ortopantomogramu).	Lze vykázat 2/1 čelist S časovým odstupem 3 let lze vykázat jedenkrát na čelist v návaznosti na kód 00982 a jedenkrát na čelist v návaznosti kódu 00994. Lokalizace – čelist Odbornost – 015	700 Kč
00986	<u>Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje</u> Kontrola pojištěnce před začátkem	Lze vykázat 1/1 kalendářní pololetí, a to maximálně 8x na pacienta. Odbornost – 015	220 Kč

	nebo po ukončení aktivní fáze ortodontické léčby snímacími nebo fixními aparáty podle individuálního léčebného postupu. Součástí může být i použití pevných, nebo snímacích dlah, retainerů nebo jiných retenčních aparátů.		
00987	<u>Stanovení fáze růstu</u> Určení růstové fáze pojištěnce – skeletální věk, zhodnocením rentgenového snímku ruky nebo krčních obratlů.	Lze vykázat 2/1 pojištěnce Odbornost – 015	53 Kč
00988	<u>Analýza telorentgenového snímku lbi</u> Vyhodnocení profilového, eventuálně zadopředního dálkového rentgenového snímku lbi pomocí speciálních měření.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 015	116 Kč
00989	<u>Analýza ortodontických modelů</u> Vyhodnocení ortodontických modelů zubních oblouků a přilehlých tkání, včetně případných dalších speciálních měření.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 015	315 Kč
00990	<u>Diagnostická přestavba ortodontického modelu</u> Přestavba zubů ortodontického modelu jedné čelisti z diagnostických důvodů nebo modelová operace čelistí k chirurgickým účelům.	Lze vykázat 1/1 čelist Lokalizace – čelist Odbornost – 015	473 Kč
00991	<u>Nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku</u> Palatinální nebo linguální expanzní nebo kotevní drátěný oblouk nebo lip-bumper, továrně zhotovené, jejich adaptace a zasazení do zařízení na kroužcích.	Lze vykázat 1/1 čelist Lokalizace – čelist Odbornost – 015	173 Kč
00992	<u>Nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky</u> Nasazení intra-extraorálního drátěného oblouku (uzdy), nebo bradové peloty a ortodontní čapky či krční pásky nebo obličejové masky typu Delaire, Hickham a podobně za účelem extraorálního kotvení, včetně poučení o způsobu použití a názorného předvedení.	Lze vykázat 1/1 pojištěnce Odbornost – 015	210 Kč
00993	<u>Navázání parciálního oblouku</u> Příprava a navázání částečného drátěného oblouku v rozsahu do 6 zubů do zámků nebo kanyl jako součásti fixního aparátu.	Lze vykázat 4/1kalendářní pololetí (1x na kvadrant). Odbornost – 015	300 Kč
00994	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk</u> Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým	Lze vykázat 1/1 čelist do věku 10 let. Lokalizace – čelist Odbornost – 015	900 Kč

	aparátém na jeden zubní oblouk ve smíšeném chrupu pro protruzní vady s incizálním schůdkem 9 mm a více, zkřížený skus, diastema větší než 4 mm, zákus, retence nebo dystopie horního stálého řezáku. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu.		
--	--	--	--

Vysvětlení zkratk:

- PZL praktický zubní lékař
- PA parodontolog
- CH stomatochirurg
- PE pedostomatolog

Léčivé přípravky vyjmuté z platby případovým paušálem

1. Z platby případovým paušálem jsou vyjmuty:

1.1. Léčivé přípravky obsahující tyto léčivé látky:

B02BB01

B02BD01

B02BD02

B02BD03

B02BD04

B02BD05

B02BD06

B02BD07

B02BD08

B02BD09

B02BD10

B05AA02

1.2. Tyto individuálně vyráběné léčivé přípravky:

Kryoprotein (0207926)

Plazma čerstvá, zmrazená pro klinické použití (0207921)

Skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace vyjmuté z platby případovým paušálem

Baze	IR-DRG ⁴⁾	Název skupiny	Index 2016	Index 2014
1460	14601	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM BEZ CC	1,3683	0,8797
1460	14602	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S CC	1,5837	1,0843
1460	14603	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S MCC	1,8567	1,3397
1461	14611	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ BEZ CC	1,0900	0,6465
1461	14612	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S CC	1,2166	0,7399
1461	14613	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S MCC	1,4471	0,8864
1462	14621	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE BEZ CC	0,9929	0,6914
1462	14622	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE S CC	1,4144	2,4881
1462	14623	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE S MCC	3,2277	3,4167
1463	14631	VAGINÁLNÍ POROD BEZ CC	0,8435	0,5070
1463	14632	VAGINÁLNÍ POROD S CC	0,9158	0,5593
1463	14633	VAGINÁLNÍ POROD S MCC	0,9158	0,5593
1561	15611	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ BEZ CC	9,3056	9,3056
1561	15612	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ S CC	13,0304	13,0304
1561	15613	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ S MCC	20,7049	20,7049
1562	15621	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU ≤1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	50,0790	54,0693
1562	15622	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU ≤1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	50,0790	54,0693
1562	15623	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU ≤1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	50,0790	54,0693
1563	15631	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU ≤1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	7,5417	7,5241
1563	15632	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU ≤1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	12,8439	12,8842
1563	15633	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU ≤1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	30,0430	32,3429
1564	15641	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	24,3548	28,4310
1564	15642	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	29,2460	34,9525

1564	15643	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	33,7999	37,0756
1565	15651	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	7,1881	8,1710
1565	15652	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	8,4345	9,8328
1565	15653	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	15,0420	16,7664
1566	15661	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	13,5777	16,0373
1566	15662	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	16,6661	16,0373
1566	15663	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	16,6661	16,0373
1567	15671	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	3,0627	3,4390
1567	15672	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	4,4440	5,0730
1567	15673	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	7,6355	8,5157
1568	15681	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	13,4980	15,9115
1568	15682	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	13,5361	15,9115
1568	15683	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	15,6434	15,9115
1569	15691	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	0,5785	0,6326
1569	15692	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	1,5193	1,6889
1569	15693	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	3,7788	4,1192
1570	15701	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	3,9308	4,5128
1570	15702	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	5,2446	5,6477
1570	15703	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	14,2240	14,9648
1571	15711	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM BEZ CC	0,3877	0,4220
1571	15712	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM S CC	0,8421	0,9180
1571	15713	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM S MCC	3,4708	3,8517
1572	15720	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, SE SYNDROMEM DÝCHACÍCH POTÍŽÍ	7,4464	9,0891
1573	15731	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM BEZ CC	0,5704	0,6247
1573	15732	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM S CC	1,4335	1,4767
1573	15733	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >	3,2601	3,1040

		2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM S MCC		
1574	15741	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKČÍ BEZ CC	0,9086	0,9857
1574	15742	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKČÍ S CC	0,9539	1,0461
1574	15743	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKČÍ S MCC	2,9314	3,4225
1575	15751	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	0,2913	0,3147
1575	15752	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	0,3763	0,4121
1575	15753	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	0,5923	0,6721
2401	24010	HIV S VÝKONEM, S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV	0,9390	0,9544
2402	24020	HIV S VÝKONEM, S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV	1,5844	1,2227
2403	24031	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV BEZ CC	0,3839	0,3839
2403	24032	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV S CC	0,3839	0,3839
2403	24033	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV S MCC	0,3839	0,3839
2430	24301	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU BEZ CC	0,6206	1,9657
2430	24302	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU S CC	1,4459	2,1118
2430	24303	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU S MCC	5,1283	4,8796
2431	24311	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ BEZ CC	0,1349	0,1349
2431	24312	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ S CC	0,1349	0,1349
2431	24313	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ S MCC	0,1349	0,1349
2432	24320	HIV S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV	0,8853	0,6034
2433	24331	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU BEZ CC	1,6980	5,0005
2433	24332	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU S CC	1,6980	5,0005
2433	24333	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU S	1,6980	5,0005

		MCC		
2434	24341	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY BEZ CC	0,8683	0,8918
2434	24342	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY S CC	0,9266	0,8918
2434	24343	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY S MCC	0,9266	0,8918
2435	24350	HIV BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV	1,2144	0,9842