

N Á V R H

VYHLÁŠKA

ze dne 2013

o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014

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. a zákona č. 369/2011:

§ 1

Tato vyhláška stanoví pro rok 2014 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 způsoby úhrady uvedené v § 3 až 15, poskytované těmito smluvními poskytovateli zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel“):

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

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.

- f) poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819, 820, 822 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen „vyjmenovaná odbornost“),
- g) poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 911, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů,
- h) poskytovateli ambulantní péče v odbornosti 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 a
- j) poskytovateli lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravovny.

§ 2

(1) Referenčním obdobím se rozumí pro účely příloh č. 1, 3 až 8 k této vyhlášce rok 2012.

(2) Hodnoceným obdobím se rozumí pro účely příloh č. 1, 3 až 8 k této vyhlášce rok 2014.

(3) Unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí jeden pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny ošetřený poskytovatelem v dané 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 dané odbornosti ošetřen v příslušném 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 počtem unikátních pojištěnců rozumí 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.

(4) Při výpočtu celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za zdravotní výkony (dále jen „výkon“) za referenční období podle příloh č. 1, 3, 5 až 8 k této vyhlášce se těmito body rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2012, které nebyly uhrazeny ve snížené hodnotě bodu.

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

§ 3

Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům, hrazené podle seznamu výkonů a pro účely stanovení náhrad za léčení pojištěnců, se stanoví hodnota bodu v § 8, 12 a 14 a v přílohách č. 1 až 8 k této vyhlášce.

§ 4

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli lůžkové péče, s výjimkou hrazených služeb poskytovaných poskytovateli následné lůžkové péče, poskytovateli dlouhodobé lůžkové péče, poskytovateli vykazujícími ošetřovací den č. 00005 podle seznamu výkonů a poskytovateli zvláštní lůžkové péče, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v přílohách č. 1, 9 až 10, 12 až 14 k této vyhlášce.

(2) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli následné lůžkové péče, poskytovateli dlouhodobé lůžkové péče, poskytovateli vykazujícími ošetřovací den č. 00005 podle seznamu výkonů 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 a poskytovateli v odbornostech 903, 905, 919 a 927 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

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

(4) 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.

(5) 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 2014 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 2012, 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, 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 1,10 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 a regulační omezení 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 0,95 Kč.

§ 15

(6) 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 k 31. prosinci 2012, nejméně však ve výši 950 Kč. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu k 31. prosinci 2012 sjednána, stanoví se úhrada ve výši 950 Kč.

(7) 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 k 31. prosinci 2012, nejméně však ve výši 1050 Kč. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu k 31. prosinci 2012 sjednána, stanoví se úhrada ve výši 1050 Kč.

(8) 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 k 31. prosinci 2012, nejméně však ve výši 380 Kč. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu k 31. prosinci 2012 sjednána, stanoví se úhrada ve výši 380 Kč.

(9) 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 k 31. prosinci 2012, nejméně však ve výši 480 Kč. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu k 31. prosinci 2012 sjednána, stanoví se úhrada ve výši 480 Kč.

(10) Pro hrazené služby poskytované v ozdravovnách se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána k 31. prosinci 2012, nejméně však ve výši 640 Kč. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu k 31. prosinci 2012 sjednána, stanoví se úhrada ve výši 640 Kč.

§ 16

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2014.

Ministr:

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

A) Hrazené služby podle § 4 odst. 1

1. Úhrada poskytovateli v roce 2014 zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady, úhradu formou případového paušálu a úhradu za ambulantní péči (dále jen „ambulantní složka úhrady“). Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2012, poskytovatelem vykázané do 31. května 2013 a zdravotní pojišťovnou uznané do 30. září 2013. Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2014, poskytovatelem vykázané do 31. března 2015 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2015.
2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

2.1 Výši a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace hospitalizovaných pacientů⁴⁾ (dále jen „Klasifikace“) do skupin vztahených k diagnóze 05011, 05012, 05013, 05070, 05161, 05162, 05163, 05111, 05112, 05113, uvedených v příloze č. 9 k této vyhlášce (dále jen „vyjmenované skupiny“) zdravotní pojišťovna smluvně dohodne s poskytovatelem. Pokud se zdravotní pojišťovna s poskytovatelem dohodnou, individuálně smluvně sjednaná složka úhrady může zahrnovat jiné hrazené služby, než je uvedeno ve větě první; v takovém případě se tato úhrada, stejně jako hrazené služby zařazené podle Klasifikace⁴⁾ do vyjmenovaných skupin, nezapočítávají do úhrady uvedené v bodě 3.

Nedojde-li k dohodě o výši úhrady individuálně smluvně sjednané složky úhrady mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou do 30. dubna 2014, zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu ($\hat{U}HR_{zz}^{ho}$), která se vypočte jako součet celkových úhrad pro vyjmenované skupiny:

$$\hat{U}HR_{zz}^{ho} = \sum_{i=1}^n \hat{U}HR_{i,zz}^{ho}$$

kde

$\hat{U}HR_{zz}^{ho}$ Celková úhrada poskytovateli za individuálně smluvně sjednané složky úhrady v hodnoceném období. Dolní index zz označuje daného poskytovatele.

$\hat{U}HR_{i,zz}^{ho}$ Celková úhrada poskytovateli za vyjmenovanou skupinu v hodnoceném období. Dolní index i označuje vyjmenovanou skupinu z množiny skupin, které jsou uvedeny v odstavci prvním bodu 2.1, kdy $i = 1$ až n kde n je celkový počet vyjmenovaných skupin.

⁴⁾ Sdělení ČSÚ č. 427/2012 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG).

Celková úhrada pro každou vyjmenovanou skupinu ($\dot{U}HR_{i,ZZ}^{ho}$) se vypočte jako součin průměrné úhrady za případ léčený ve vyjmenované skupině v referenčním období a počtu případů léčených ve vyjmenované skupině v hodnoceném období. Maximální výše celkové úhrady pro každou vyjmenovanou skupinu je stanovena jako součin průměrné úhrady za případ léčený ve vyjmenované skupině v referenčním období, koeficientu Kp_p a 75 % počtu případů léčených ve vyjmenované skupině v referenčním období:

$$\dot{U}HR_{i,ZZ}^{ho} = \min \left(PP_{i,ZZ}^{ho} * \frac{\dot{U}HR_{i,ZZ}^{ref}}{PP_{i,ZZ}^{ref}} ; 0,75 * Kp_p * \dot{U}HR_{i,ZZ}^{ref} \right)$$

kde

$PP_{i,ZZ}^{ho}$ Počet případů u daného poskytovatele ve vyjmenované skupině v hodnoceném období.

$\dot{U}HR_{i,ZZ}^{ref}$ Celková úhrada poskytovateli za vyjmenovanou skupinu v referenčním období.

$PP_{i,ZZ}^{ref}$ Počet případů u daného poskytovatele ve vyjmenované skupině v referenčním období.

Kp_p Koeficient změny podílu počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele na celkovém počtu pojištěnců čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele mezi 1. lednem 2014 a 1. lednem 2012, přičemž jednotliví pojištěnci jsou váženi jejich náklady na akutní lůžkovou péči v referenčním období; pokud došlo v referenčním období nebo v roce 2013 ke sloučení dvou či více zdravotních pojišťoven, jde o koeficient změny podílu počtu pojištěnců všech sloučených zdravotních pojišťoven.

Nedohodne-li se poskytovatel a zdravotní pojišťovna jinak, tento koeficient se stanoví jako index změny počtu pojištěnců váženého náklady na akutní lůžkovou péči příslušné zdravotní pojišťovny v kraji poskytování hrazených služeb mezi 1. lednem 2012 a 1. lednem 2014, přičemž tyto koeficienty změny váženého počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle krajů České republiky jsou uvedeny v příloze č. 12 k této vyhlášce; koeficient je stanoven na hodnotu 1 v případě, kdy počet pojištěnců zdravotní pojišťovny v kraji k 1. lednu 2014 je nižší nebo roven 0,5 % celkového počtu pojištěnců v kraji.

min Funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejnižší.

Celková poskytnutá výše úhrady pro každou vyjmenovanou skupinu poskytnutá zdravotní pojišťovnou všem poskytovatelům v souhrnu činí nejméně 85% úhrady příslušné vyjmenované skupiny v referenčním období.

$$\sum_{zz=1}^q \dot{U}HR_{i,zz}^{ho} \geq 0,85 * \sum_{zz=1}^q \dot{U}HR_{i,zz}^{ref}$$

kde

$\dot{U}HR_{i,zz}^{ref}$ Celková úhrada zdravotní pojišťovny všem poskytovatelům v součtu za vyjmenovanou skupinu i v referenčním období. Dolní index i označuje vyjmenovanou skupinu z množiny skupin, které jsou uvedeny v prvním odstavci bodu 2.1, kdy $i = 1$ až n a kde n je celkový počet vyjmenovaných skupin. Dolní index zz označuje poskytovatele dané zdravotní pojišťovny, $zz = 1$ až q a kde q je celkový počet poskytovatelů dané zdravotní pojišťovny.

2.2 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 (dále jen „vyhláška č.376/2011“) se stanoví podle poskytovatelem vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného léčivého přípravku, maximálně však ve výši uvedené v bodech 2.2.1, 2.2.2 a 2.2.3:

2.2.1 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 ve výši 100 % dvanáctinásobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2013, během nichž byla léčba poskytována, vynásobeného počtem unikátních pojištěnců léčených v roce 2013. Maximální úhrada se vypočte takto:

$$Uhr_{max} = \sum_{i=1}^n \left(\frac{Uhr_{i,2013}}{M_{i,2013}} * UOP_{i,2013} \right)$$

kde:

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

Uhr_{max} je maximální úhrada v roce 2014

$Uhr_{i,2013}$	je celková úhrada v roce 2013 za léčbu onemocnění i
$M_{i,2013}$	je součet měsíců, po které byla léčba onemocnění i poskytována každému jednotlivému pacientovi s tímto onemocněním v roce 2013
$UOP_{i,2013}$	je počet unikátních pojištěnců léčených v roce 2013 na příslušné onemocnění uvedené v písmenech a) až i).

2.2.2 Pro onemocnění:

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

se stanoví maximální úhrada ve výši 98 % dvanáctinásobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2013, během nichž byla léčba poskytována, vynásobené 108 % počtu unikátních pojištěnců léčených v roce 2013. Maximální úhrada se vypočte takto:

$$Uhr_{max} = \sum_{i=1}^n \left(0,98 * \frac{Uhr_{i,2013}}{M_{i,2013}} * UOP_{i,2013} * 1,08 \right)$$

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

Uhr_{max} je maximální úhrada v roce 2014

$Uhr_{i,2013}$ je celková úhrada v roce 2013 za léčbu onemocnění i

$M_{i,2013}$ je součet měsíců, po které byla léčba onemocnění i poskytována každému jednotlivému pacientovi s tímto onemocněním v roce 2013

$UOP_{i,2013}$ je počet unikátních pojištěnců léčených v roce 2013 na příslušné onemocnění uvedené v písmenech a) až j).

- 2.2.3 Pro onemocnění neuvedená v bodech 2.2.1 a 2.2.2 se stanoví maximální úhrada ve výši 98 % dvanásťnásobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2013, během nichž byla léčba poskytována, vynásobené 102 % počtu unikátních pojištěnců, kterým byl v roce 2013 léčivý přípravek na některé z onemocnění neuvedených v bodě 2.2.1 nebo v bodě 2.2.2 podán. Maximální úhrada se vypočte takto:

$$Uhr_{max} = \sum_{i=1}^n \left(0,98 * \frac{Uhr_{i,2013}}{M_{i,2013}} * UOP_{i,2013} * 1,02 \right)$$

i nabývá hodnot 1 až n , kde n je počet onemocnění spadajících do bodu 2.2.3

Uhr_{max} je maximální úhrada v roce 2014

$Uhr_{i,2013}$ je celková úhrada v roce 2013 za léčbu onemocnění i

$M_{i,2013}$ je součet měsíců, po které byla léčba onemocnění i poskytována každému jednotlivému pacientovi s tímto onemocněním v roce 2013

$UOP_{i,2013}$ je počet unikátních pojištěnců léčených v roce 2013 na příslušné onemocnění spadající do odstavce 2.2.3.

- 2.2.4 Úhrada za léčivé přípravky poskytnuté pojištěncům na léčbu nově zahájenou v hodnoceném období nad celkový limit úhrady stanovený podle bodů 2.2.1., až 2.2.3 se uhradí pouze po předchozí dohodě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem.

- 2.2.5 Do celkového limitu úhrady stanoveného podle bodů 2.2.1. až 2.2.3. se započítávají i léčivé přípravky předepsané v referenčním období 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 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 až do výše $CELK_{PU_{drg,2014}}$ podle výrazu (i), kdy od paušální úhrady (IPU) je odečtena úhrada za vyžádanou péči (EM_{2014}) a paušální úhrada je poměrně snížena, nedojde-li k dosažení alespoň 97 % produkce referenčního období ($CM_{drg,2012}$) vážené změnou počtu pojištěnců (Kp_p).

Paušální úhrada (IPU) se vypočte podle výrazu (ii) jako referenční produkce ($CM_{p,2012}$), která je vážená koeficienty specializace zdravotních služeb podle výrazu (iii), násobená technickou základní

sazbou (TZS) a koeficientem váženého přechodu pojištěnců (K_{p_p}). Takto vypočtená paušální úhrada neklesne pod 97 % úhrady referenčního roku ($PU_{drg,2012}$) násobené koeficientem váženého přechodu pojištěnců (K_{p_p}) a zároveň nepřekročí 150 % úhrady referenčního roku ($PU_{drg,2012}$) násobené koeficientem váženého přechodu pojištěnců (K_{p_p}).

Objem produkce hodnoceného období (CM_{red}) se stanoví podle výrazu (iv) tak, že do výše 105 % průměrné referenční produkce $\left(\frac{CM_{drg,2012}}{PP_{drg,2012}}\right)$ násobené počtem případů v hodnoceném období ($PP_{drg,2014}$) je brána plná hodnota ($CM_{drg,2014}$) a nad tuto hranici je objem produkce poměrně snížen v závislosti na výši nedosažení potřebného počtu případů ($PP_{drg,2014}$).

Výpočet všech výše uvedených složek úhrady probíhá následujícím způsobem:

$$(i) \text{ CELK } PU_{drg,2014} = \min \left\{ 1; \frac{CM_{red}}{0,97 * K_{p_p} * CM_{drg,2012}} \right\} * IPU - EM_{2014},$$

kde:

IPU je individuální paušální sazba vypočtená:

$$(ii) IPU = \min \left\{ 1,5 * K_{p_p} * PU_{drg,2012}; \max \left\{ 0,97 * K_{p_p} * PU_{drg,2012}; CM_{p,2012} * TZS * K_{p_p} \right\} \right\},$$

kde:

$$(iii) \quad CM_{p,2012} = \sum_{i=1}^n K_{S_{p,i}} * CM_{drgi,2012}$$

$CM_{drgi,2012}$ počet případů hospitalizací ukončených a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období, včetně případů vyžádané péče, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce vynásobených indexy těchto skupin stanovenými právním předpisem upravujícím hodnoty bodu a výši úhrad pro rok 2012 (dále jen „indexy 2012“), kde i nabývá hodnot 1 až n a kde n je celkový počet diagnóz podle přílohy č. 10 k této vyhlášce.

$K_{S_{p,i}}$ koeficient specializace vztažený k jednotlivým diagnózám uvedeným v příloze č. 10 k této vyhlášce, přičemž výše tohoto koeficientu pro jednotlivé diagnózy je uvedena v příloze č. 10 k této vyhlášce.

K_{p_p} koeficient změny podílu počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele na celkovém počtu pojištěnců čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele mezi 1. lednem 2014 a 1. lednem 2012, přičemž jednotliví pojištěnci jsou váženi jejich náklady na akutní lůžkovou péči v referenčním období; pokud došlo v referenčním období nebo v roce 2013 ke sloučení dvou či více zdravotních

pojišťoven, jde o koeficient změny podílu počtu pojištěnců všech sloučených zdravotních pojišťoven.

Nedohodne-li se poskytovatel a zdravotní pojišťovna jinak, tento koeficient se stanoví jako index změny počtu pojištěnců váženého náklady na akutní lůžkovou péči příslušné zdravotní pojišťovny v kraji poskytování hrazených služeb mezi 1. lednem 2012 a 1. lednem 2014, přičemž tyto koeficienty změny váženého počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle krajů České republiky jsou uvedeny v příloze č. 12 k této vyhlášce; koeficient je stanoven na hodnotu 1 v případě, kdy počet pojištěnců zdravotní pojišťovny v kraji k 1. 1. 2014 je nižší nebo roven 0,5 % celkového počtu pojištěnců v kraji.

$PU_{drg,2012}$ je celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací v referenčním období a spadající do klasifikace uvedené v příloze č. 10 k této vyhlášce, včetně vypořádání regulačních omezení s výjimkou regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, zvýšená o úhradu odečtenou v referenčním období za vyžádanou péči.

TZS je technická základní sazba stanovená na 22 000 Kč.

EM_{2014} je celková výše úhrady za vyžádanou péči v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v hodnoceném období, kdy vyžádanou péči se rozumí péče, která souvisí s hospitalizací pacienta u poskytovatele a která je pacientovi v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji účtuje zdravotní pojišťovně.

A kde:

$$(iv) CM_{red} = \min \left\{ CM_{drg,2014}; (CM_{drg,2014})^{0,2} * \left(1,05 * PP_{drg,2014} * \frac{CM_{drg,2012}}{PP_{drg,2012}} \right)^{0,8} \right\},$$

a kde:

$CM_{drg,2014}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v hodnoceném období, včetně případů vyžádané péče, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce (dále jen „indexy 2014“).

$PP_{drg,2014}$ počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v roce 2014, včetně případů vyžádané extramurální péče, zařazených do skupin vztažených k

diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$CM_{drg,2012}$ počet případů hospitalizací ukončených a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období, včetně případů vyžádané extramurální péče, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce vynásobených indexy těchto skupin stanovenými právním předpisem upravujícím hodnoty bodu a výši úhrad pro rok 2012 (dále jen „indexy 2012“).

$PP_{drg,2012}$ počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací ukončených v roce 2012, včetně případů vyžádané extramurální péče, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

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

max funkce maximum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejvyšší.

3.2 Případy hospitalizací se při výpočtu $CM_{drg,2012}$ a $CM_{drgi,2012}$ rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro Klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných pro rok 2012.

3.3 Úhradu léčivých přípravků vyjmutých z platby případovým paušálem a uvedených v příloze č. 14 k této vyhlášce poskytne zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši vykázané ceny použitého léčivého přípravku v referenčním období.

4. Pro hrazené služby podle seznamu výkonů, včetně hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům, a dále pro účely stanovené náhrad za léčení pojištěnců, se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.

5. 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, 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.

5.1. 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.

5.2. Pro specializovanou ambulantní zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů a poskytovatele v odbornostech 903, 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 3 k této vyhlášce.

- 5.3. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 4 k této vyhlášce.
- 5.4. Pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 5 k této vyhlášce.
- 5.5. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 911, 914, 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.
- 5.6. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazených podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 7 k této vyhlášce.
- 5.7. Pro výkony 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.
- 5.8. Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle § 8.
- 5.9. Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby se hradí podle § 14 .
- 5.10. Maximální úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené zdravotní služby podle bodů 5.1 až 5.9 se stanoví ve výši:

$$\mathit{Úhr_amb}_{max} = \mathit{Úhr_amb}_{2012} * 1,05 * Kp_p$$

kde:

$\mathit{Úhr_amb}_{max}$ je maximální možná celková úhrada poskytovateli za hrazené zdravotní služby poskytnuté v hodnoceném období podle odstavců 5.1 až 5.9

$\mathit{Úhr_amb}_{2012}$ je objem poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za hrazené zdravotní služby poskytnuté v referenčním období podle odstavců 5.1 až 5.9 ohodnocených hodnotami bodu platnými v referenčním období

Kp_p koeficient změny podílu počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele na celkovém počtu pojištěnců čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele mezi 1. lednem 2014 a 1. lednem 2012, přičemž jednotliví pojištěnci jsou váženi jejich náklady na ambulantní péči v referenčním období; pokud došlo v referenčním období nebo v roce 2013 ke sloučení dvou či více zdravotních pojišťoven, jde o koeficient změny podílu počtu pojištěnců všech sloučených zdravotních pojišťoven

Nedohodne-li se poskytovatel a zdravotní pojišťovna jinak, tento koeficient se stanoví jako index změny počtu pojištěnců váženého náklady na ambulantní péči příslušné zdravotní pojišťovny v kraji poskytování hrazených služeb mezi 1. lednem 2012 a 1. lednem 2014, přičemž tyto koeficienty změny váženého počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle krajů České republiky jsou uvedeny v příloze č. 13 k této vyhlášce; koeficient je stanoven na hodnotu 1 v případě, kdy počet pojištěnců zdravotní pojišťovny v kraji k 1. lednu 2014 je nižší nebo roven 0,5 % celkového počtu pojištěnců v kraji.

- 5.11. Pro nasmlouvaný výkon 09563 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč a pro nasmlouvaný výkon 88101 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč. Výkony uvedené ve větě první zdravotní pojišťovna nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 5.1 až 5.10.
6. Pokud dojde u poskytovatele ke změnám v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zahrne tyto změny do výpočtu úhrad a poskytne poskytovateli vyčíslení dopadů.
 7. V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, jedná se o hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč.
 8. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli vypočtená z údajů o poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb v referenčním období při použití výše úhrady a regulačních omezení stanovených touto vyhláškou, včetně koeficientu přechodu pojištěnců KP_p podle přílohy č. 13 k této vyhlášce, a to ve výši jedné dvanáctiny. Při stanovení výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zohlední změny v rozsahu, nákladech a struktuře poskytovaných hrazených služeb, 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.

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 zdravotní výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření podle seznamu výkonů.
- b) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období, s výjimkou paušální sazby za ošetrovací den 00026 podle seznamu výkonů, se stanoví ve výši 105 % paušální sazby za jeden den hospitalizace náležející poskytovateli v referenčním období.
- c) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období za ošetrovací den 00026 se stanoví ve výši 130 % paušální sazby za jeden den hospitalizace náležející poskytovateli v referenčním období.
- d) Pokud dojde u poskytovatele ke změnám v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zahrne tyto změny do výpočtu úhrad a poskytne poskytovateli vyčíslení dopadů.

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 zvláštní ambulantní péči poskytovanou podle § 22 písm. c) zákona hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví výsledná hodnota bodu (HB_{red}). 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 zdravotních výkonů

FS je fixní složka úhrady podle Přílohy č. 1 části B) bodu 2. a podbodu c)

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 Přílohy č. 1 části B) bodu 2. a podbodu c)

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, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze zdravotní výkony 09513 a 09511

- c) Pro zvláštní ambulantní péči poskytovanou podle § 22 písm. c) zákona hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,90 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,40 Kč.

3. Zvláštní lůžková péče

Pro zvláštní lůžkovou péči poskytovanou ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu podle § 22a zákona hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.

C) Regulační omezení

1. Regulační omezení

Regulační omezení uvedená v bodech 2 a 3 oddílu C zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. června 2014 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu objemu plně hrazených služeb nebo do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:

Výše úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období.

2. Regulační omezení úhrady formou případového paušálu

1.1. Pokud zdravotní pojišťovna zjistí při kontrole odchylky od pravidel ve vykazování a kódování podle Klasifikace⁴⁾, v jejichž důsledku došlo k nesprávnému zařazení případu do DRG skupiny s vyšší hodnotou relativní váhy u konkrétního poskytovatele, sníží redukovaný CM v této výši:

a) revize u jediného případu:

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

b) revize u statisticky méně významného počtu případů příslušné DRG base:

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

c) revize u statisticky významného počtu případů příslušné DRG base:

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

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 2014

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

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

$CM_{\text{přívodní}}$ 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 přílohách č. 9 a 10 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 přílohách č. 9 a 10 k této vyhlášce, poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných na základě kontroly

3. Regulační omezení na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky

- a) Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, kromě unikátních pojištěnců, na něž nebyly vykázány jiné výkony než 09513 a 09511, za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 100 % 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 kromě unikátních pojištěnců, na něž nebyly vykázány jiné výkony než 09513 a 09511, za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona. Do regulačního omezení se nezahrnují léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky schválené revizním lékařem. Snížení podle věty první zdravotní pojišťovna neuplatní, pokud poskytovatel doloží, že zvýšená celková úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny.
- b) V případě, že poskytovatel poskytl v hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci uvedenou v písmenu a).

Hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení podle § 5**A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba**

1. Výše kapitační platby 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) 50 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a 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 všeobecné praktické lékařství, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin. Pokud to místní podmínky vyžadují, mohou se zdravotní pojišťovna s poskytovatelem dohodnout na prodloužení ordinačních hodin odlišně,
 - c) 47 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, kteří neposkytují hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a) nebo b),
 - d) 49 Kč pro poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, kteří neposkytují hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a),

Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte vynásobením počtu poskytovatelem registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 7, násobených indexem podle bodu 7.

2. 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 PŘEVÁZ 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

3. 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

4. Pro zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby a zdravotní 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.

5. Pro výkony 01021, 01022, 02021, 02022 a výkony očkování 02125 a 02130 se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč. Hodnota bodu výkonů pravidelného očkování 02100 a 02105 se stanoví ve výši 1,10 Kč.
6. Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
7. 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	3,91
5 – 9 let	1,70
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

B) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

1. Výše kapitační platby s dorovnáním kapitace se stanoví podle části A) bodu 1. 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 4 až 6 části A) použijí obdobně.

C) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

Pro hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,95 Kč; pro výkony dopravy v návštěvní službě se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.

D) Regulační omezení

1. Regulační omezení uvedená v bodech 2, 3 a 4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že zveřejnila na svých webových stránkách do 30. června 2014 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:

Celostátní průměrná úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky;

Celostátní průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů;

Celostátní průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902.

2. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce, převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, 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 doplátky 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 vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.
3. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů a za výkony CRP (02230) a INR (01443) podle seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, s výjimkou zdravotních výkonů mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděných poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů, 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 překročení.
4. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902, podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči v odbornosti 902, 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 překročení.

5. Regulační omezení podle bodu 2 až 4 se nepoužije, pokud poskytovatel odůvodní poskytnuté hrazené služby, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.
6. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužije, pokud celková úhrada za veškeré předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky nepřevýší předpokládanou výši úhrad na příslušný druh hrazených služeb na rok 2014 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
7. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2014 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2014 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
8. Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2014 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2014 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
9. Regulační omezení podle bodu 2 až 4 se nepoužije, pokud poskytovatel v roce 2014 registroval 50 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny nebo poskytl hrazené služby 50 a méně neregistrovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny nebo zahraničním pojištěncům.
10. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodu 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za kapitační platbu a zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2014.

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 zdravotní výkony s výslednou hodnotou bodu (HB_{red}). 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 zdravotních výkonů

FS je fixní složka úhrady podle písmene a) až g)

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 písmene a) až g)

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, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze zdravotní výkony 09513 a 09511

- 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 ošetrovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů a pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 901 – klinická psychologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 1,08 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,30 Kč.
- b) Pro poskytovatele poskytující hemodialyzační péči se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,90 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,30 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů 18530 a 18550 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,75 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,30 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 (HB) ve výši 1 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,30 Kč.
 - d) Pro výkony 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 (HB) ve výši 0,68 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,30 Kč.
 - e) Pro výkony 75347, 75348 a 75427 podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti oftalmologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,68 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,30 Kč.
 - f) Pro screeningové výkony 15101 a 15105 podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti gastroenterologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 1,03 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,30 Kč a pro poskytovatele poskytujícího novorozenecký screening se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 1 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,30 Kč.
 - g) Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči výše neuvedenou se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 1,02 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,30 Kč.
2. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, popřípadě který neposkytoval péči v dané odbornosti, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu průměrné počty bodů na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
 3. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti k nárůstu průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se objem počtu bodů podle bodu 1 navýší o počet bodů, který odpovídá poskytovatelem vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným nově nasmlouvaným zdravotním výkonům.
 4. Výpočet výsledné hodnoty bodu v dané odbornosti podle bodu 1 se nepoužije:
 - a) v případě poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 100 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 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost. V těchto případech se všechny výkony hradí s hodnotou bodu 1,02 Kč,
 - b) v případě hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům. Tyto služby se hradí hodnotou bodu (HB) podle odstavce 1. písmene a) až g).
 5. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny objemu úhrady za referenční období nebo ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných

a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc referenčního období. Zvolenou formu předběžných úhrad zdravotní pojišťovna zachová po celé hodnocené období, pokud poskytovatel během hodnoceného období nepožádá o snížení výše předběžných úhrad. 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. června 2014 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
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;
Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
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 100 % 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 byly vykázány pouze zdravotní výkony 09513 a 09511.
3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 100 % 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 byly vykázány pouze zdravotní výkony 09513 a 09511. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.

4. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 100 % 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 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 byly vykázány pouze zdravotní výkony 09513 a 09511. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu 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 2014 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
5. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní poskytnuté hrazené služby, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.
6. 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.
7. 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 2014 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
8. 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 2014 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
9. 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.
10. 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.

11. 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 1 až 3. 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.
12. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
13. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrne se tato částka do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
14. 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 zdravotní výkony s hodnotou bodu ve výši 1,06 Kč.
2. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornosti 603 nebo 604 se vypočte takto:

$$\text{POPzpo} \times \text{PUROo} \times 0,98,$$

kde:

POPzpo počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období, do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze zdravotní výkony 09513 a 09511,

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

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. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, popřípadě který 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.
5. 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 zdravotních výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků.
6. Zdravotní pojišťovna při vyúčtování uhradí případy, kdy k nárůstu nákladů dojde v důsledku nárůstu počtu těhotných pojištěnek.
7. Zdravotní pojišťovna dále uhradí 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.
8. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši jedné dvanáctiny 98 % objemu úhrady za referenční období nebo ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc referenčního období.

B) Regulační omezení

1. Regulační omezení uvedená v bodu 2 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. června 2014 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech.
2. Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech.
 - 2.1 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. 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 byly vykázány pouze zdravotní výkony 09513 a 09511. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.
 - 2.2 Pokud poskytovatel dosáhne vyšší průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období 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. 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 byly vykázány pouze zdravotní výkony 09513 a 09511. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a kolorektálního karcinomu, prováděné poskytovatelem, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních 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 2014 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
3. Regulační omezení podle bodů. 2.1 a 2.2 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní poskytnutí hrazené služby, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 2.1 nebo 2.2.
4. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 2.1, pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v roce 2014 nepřevyšší na tento druh hrazených

služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2014 vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.

5. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 2.2, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyšší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2014 vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.
6. 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.
7. 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 2.1 a 2.2 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
8. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2.1 a 2.2 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.
9. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrne se tato částka do výpočtu regulačních omezení podle bodu 2.1.

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 (HB_{red}) ve výši 1,03 Kč.
2. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s výslednou hodnotou bodu (HB_{red}). 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 zdravotních výkonů

FS je fixní složka úhrady podle písmen a) až c)

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) až c)

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

- a) Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 809 a v odbornosti 810 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 1,05 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,37 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů 89711 až 89725 a 89611 až 89619, podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,67 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,37 Kč.
- b) Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 815, 818, 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,70 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,37 Kč. V případě, že poskytovatel neprokáže, že je v hodnoceném období držitelem certifikátu, ISO ČSN 15189 nebo NASKL II, hodnota bodu (HB) podle věty první se stanoví ve výši 0,55 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,37 Kč.

- c) Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 816 a 817 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,50 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,20 Kč. V případě, že poskytovatel neprokáže, že je v hodnoceném období držitelem certifikátu, ISO ČSN 15189 nebo NASKL II, hodnota bodu podle věty první se stanoví ve výši 0,40 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,20 Kč.
3. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, nebo u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, nebo pokud poskytovatel poskytl hrazené služby 50 a méně unikátním pojištěncům, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu podle bodu 2 průměrný počet bodů na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
 4. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se výsledná hodnota bodu (HB_{red}) stanoví ve výši hodnoty bodu (HB) podle bodu 2, odstavců a) až c).
 5. Pokud dojde u poskytovatele ke změnám v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zahrne tyto změny do výpočtu úhrad a poskytne poskytovateli vyčíslení dopadů.
 6. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 100% objemu úhrady za referenční období nebo ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc referenčního období. Zvolenou formu předběžných úhrad zdravotní pojišťovna zachová po celé hodnocené období, pokud poskytovatel během hodnoceného období nepožádá o snížení výše předběžných úhrad. 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.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 10

1. Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví výsledná hodnota bodu (HB_{red}) ve výši 0,90 Kč.
2. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s výslednou hodnotou bodu (HB_{red}). 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 zdravotních výkonů

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

VS je variabilní složka úhrady spočtená podle vzorce:

$$VS = (HB - FS) * \min \left\{ 1; \left(1,05 * \frac{\frac{PB_{rsf}}{UOP_{rsf}}}{\frac{PB_{ho}}{UOP_{ho}}} \right) \right\}$$

kde:

HB je hodnota bodu podle písmen a) až b)

PB_{rsf} 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_{rsf} počet unikátních pojištěnců v referenčním období

UOP_{ho} počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázaný pouze zdravotní výkony 09513 a 09511

- a) Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornosti 925 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,70 Kč.
 - b) Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornosti 911, 914, 916 a 921 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,90 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,63 Kč.
3. Pokud dojde u poskytovatele ke změnám v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny

odsouhlasí, zahrne tyto změny do výpočtu úhrad a poskytne poskytovateli vyčíslení dopadů.

4. Pokud poskytovatel ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců v referenčním období, stanoví se výsledná hodnota bodu (HB_{red}) ve výši hodnoty bodu (HB) podle bodu 2, odstavce 2 písmen a) a b).
5. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, nebo u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, nebo pokud poskytovatel poskytl hrazené služby 50 a méně unikátním pojištěncům, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu podle bodu 2 průměrný počet bodů na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
6. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 105 % objemu úhrady za referenční období nebo ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc referenčního období. Zvolenou formu předběžných úhrad zdravotní pojišťovna zachová po celé hodnocené období, pokud poskytovatel během hodnoceného období nepožádá o snížení výše předběžných úhrad. 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.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 11

1. Pro výkony přepravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se výsledná hodnota bodu (HB_{red}) stanoví ve výši 0,90 Kč.
2. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s výslednou hodnotou bodu (HB_{red}). 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 zdravotních výkonů

FS je fixní složka úhrady podle písmene a)

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 písmene 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, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze zdravotní výkony 09513 a 09511

- a) Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,80 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,40 Kč.
3. Pokud dojde u poskytovatele ke změnám v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je v návrhu smlouvy, včetně vyčíslení dopadů do úhrad.
 4. Pokud poskytovatel ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců v referenčním období, stanoví se výsledná hodnota bodu (HB_{red}) ve výši hodnoty bodu (HB) podle bodu 2, odstavce a)
 5. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny objemu úhrady za referenční období nebo ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných

a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc referenčního období. Zvolenou formu předběžných úhrad zdravotní pojišťovna zachová po celé hodnocené období, pokud poskytovatel během hodnoceného období nepožádá o snížení výše předběžných úhrad. 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.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 13

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s výslednou hodnotou bodu (HB_{red}). 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 zdravotních 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 dopravy na základě příkazu ke zdravotnímu transportu

UOP_{ho} počet přepravených pojištěnců, kterým byla v hodnoceném období poskytnuta zdravotnická dopravní služba

- a) Pro poskytovatele poskytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,95 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,55 Kč.
- b) Pro poskytovatele neposkytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,85 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,45 Kč.
2. Pokud poskytovatel poskytl zdravotnickou dopravní službu méně než 50 přepraveným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, stanoví se výsledná hodnota bodu (HB_{red}) ve výši hodnoty bodu (HB) podle odstavce 1, písmene a) a b).

3. Pokud dojde u poskytovatele ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené služby v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je v návrhu smlouvy, včetně vyčíslení dopadů do úhrad.
4. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, 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 2 průměrný počet bodů na jednoho přepraveného pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
5. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli za první a druhé pololetí roku 2014 ve výši 100 % objemu úhrady v příslušném pololetí roku 2012. Předběžnou úhradu za toto období zdravotní pojišťovna finančně vypořádá nejpozději do 120 dnů po skončení hodnoceného období.

Skupiny vztahované k diagnóze podle Klasifikace⁴⁾ s indexy těchto skupin

IR-DRG⁴⁾	Název skupiny	Index 2014	Index 2012
05011	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE BEZ CC	31,1412	31,2554
05012	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE S CC	31,4609	31,9302
05013	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE S MCC	32,5326	32,9778
05070	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU U AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU	6,6439	5,7648
05111	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU BEZ CC	4,31	4,129
05112	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU S CC	4,5586	4,1969
05113	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU S MCC	5,3158	5,5368
05161	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU BEZ CC	3,1662	3,228
05162	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU S CC	3,1662	3,228
05163	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU S MCC	3,1662	3,228

Skupiny vztahené k diagnóze podle Klasifikace⁴⁾ s indexy těchto skupin

IR-DRG ⁴⁾	Název skupiny	Index 2014	Index 2012	K _{SP}
11	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC BEZ CC	26,1322	25,1659	3,9
12	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC S CC	26,1322	26,158	3,9
13	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC S MCC	31,8367	37,8522	3,9
21	TRANSPLANTACE JATER BEZ CC	16,7359	15,6351	3,9
22	TRANSPLANTACE JATER S CC	16,7359	16,6286	3,9
23	TRANSPLANTACE JATER S MCC	32,6533	35,7177	3,9
31	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC	31,0787	19,5153	3,9
32	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC	31,0787	19,7984	3,9
33	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC	34,5925	28,6868	3,9
41	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) BEZ CC	13,2752	12,4333	1,38
42	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S CC	13,2752	12,9457	1,38
43	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S MCC	15,6523	16,3563	1,38
51	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) BEZ CC	7,2294	6,2664	1,38
52	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S CC	7,2953	6,774	1,38
53	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S MCC	8,3296	8,6333	1,38
60	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1800 HODIN (VÍCE NEŽ 75 DNÍ)	80,5404	78,6404	1,38
70	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ) S TRANSPLANTACÍ SRDCE, PLIC, JATER, KOSTNÍ DŘENĚ	102,375	97,264	1,7
80	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (43-75 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	58,0817	64,5424	1,38
90	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (43-75 DNÍ)	43,6942	41,7574	1,38
100	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 504 HODIN (22-42 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	36,6705	40,0096	1,38

110	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 504 HODIN (22-42 DNÍ)	27,8249	27,645	1,38
121	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	19,5707	18,5425	1,38
122	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	19,5707	20,0672	1,38
123	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	22,1602	23,623	1,38
131	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	10,2243	9,471	1,5
132	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	10,2243	10,2808	1,5
133	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	13,0692	13,5331	1,5
141	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC	7,8944	3,3697	3,9
142	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC	8,1651	3,3697	3,9
143	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC	9,2647	8,8331	3,9
151	SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC	1,4268	1,5074	3,9
152	SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC	2,4802	2,4943	3,9
153	SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC	4,2044	3,6624	3,9
161	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM BEZ CC	26,355	6,2386	3,9
162	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM S CC	26,355	6,2386	3,9
163	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM S MCC	26,355	16,2219	3,9
171	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY BEZ CC	19,1082	5,9596	3,9
172	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S CC	19,1082	5,9596	3,9
173	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S MCC	19,1082	5,9596	3,9
181	IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU BEZ CC	16,7002		1,7
182	IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU S CC	16,7002		1,7

183	IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU S MCC	16,7002		1,7
1011	KRANIOTOMIE BEZ CC	3,7674	3,3635	1,7
1012	KRANIOTOMIE S CC	4,828	4,2416	1,7
1013	KRANIOTOMIE S MCC	6,5042	6,4048	1,7
1021	SPINÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	2,6284	2,4582	1,7
1022	SPINÁLNÍ VÝKONY S CC	4,8719	3,3653	1,7
1023	SPINÁLNÍ VÝKONY S MCC	8,3574	6,4614	1,7
1031	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH BEZ CC	2,1751	2,0432	1,5
1032	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH S CC	2,5382	2,5773	1,5
1033	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH S MCC	2,9521	3,2833	1,5
1041	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH BEZ CC	0,4954	0,4131	1,5
1042	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH S CC	0,534	0,478	1,5
1043	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH S MCC	0,5545	0,7155	1,5
1051	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU BEZ CC	0,1977	0,1655	1,1
1052	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU S CC	0,2265	0,1931	1,1
1053	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU S MCC	0,2265	0,1931	1,1
1061	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,2569	1,1741	1,5
1062	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,8541	1,7936	1,5
1063	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	3,7757	3,1294	1,5
1301	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY BEZ CC	0,5811	0,6082	1,38
1302	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY S CC	1,0253	0,7768	1,38
1303	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY S MCC	1,6578	1,4572	1,38
1311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,6063	0,5945	1,38
1312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,7254	0,7223	1,38
1313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	0,9713	1,1329	1,38
1321	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE BEZ CC	0,3832	0,4091	1,5
1322	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE S CC	0,4479	0,4458	1,5
1323	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE S MCC	0,6614	0,9835	1,5

1331	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ BEZ CC	1,1168	1,0395	1,38
1332	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ S CC	1,5071	1,354	1,38
1333	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ S MCC	2,1488	2,3921	1,38
1341	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM BEZ CC	0,7722	0,7394	1,38
1342	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM S CC	0,9236	0,8977	1,38
1343	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM S MCC	1,4035	1,5303	1,38
1351	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU BEZ CC	0,5815	0,5915	1,1
1352	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S CC	0,6842	0,7029	1,1
1353	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S MCC	0,9607	1,139	1,1
1361	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA BEZ CC	0,4122	0,4194	1,1
1362	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S CC	0,4628	0,4767	1,1
1363	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S MCC	0,5589	0,6246	1,1
1371	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ BEZ CC	0,4885	0,4798	1,1
1372	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ S CC	0,5517	0,5438	1,1
1373	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ S MCC	0,659	1,0409	1,1
1381	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,5098	1,3279	1,5
1382	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	2,0455	1,8002	1,5
1383	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	2,887	3,0761	1,5
1391	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY BEZ CC	0,9543	0,8903	1,38
1392	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY S CC	1,4245	1,2776	1,38
1393	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY S MCC	2,213	2,5203	1,38
1401	VIROVÁ MENINGITIDA BEZ CC	1,1762	1,0897	1,5
1402	VIROVÁ MENINGITIDA S CC	1,3712	1,1996	1,5
1403	VIROVÁ MENINGITIDA S MCC	1,9606	1,9426	1,5
1411	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA BEZ CC	0,4315	0,4439	1,38
1412	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA S CC	0,6303	0,6706	1,38
1413	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA S MCC	1,1964	1,3956	1,38
1421	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT BEZ CC	0,4562	0,4465	1,38

1422	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S CC	0,5435	0,5452	1,38
1423	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S MCC	0,8679	0,9674	1,38
1431	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY BEZ CC	0,3766	0,3889	1,38
1432	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY S CC	0,4898	0,5115	1,38
1433	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY S MCC	0,6312	0,7633	1,38
1441	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ BEZ CC	0,7749	0,7038	1,38
1442	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ S CC	1,2581	1,1114	1,38
1443	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ S MCC	2,2412	2,3874	1,38
1451	OTŘES MOZKU BEZ CC	0,2421	0,22	1,38
1452	OTŘES MOZKU S CC	0,2694	0,2506	1,38
1453	OTŘES MOZKU S MCC	0,4573	0,439	1,38
1461	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3686	0,3765	1,38
1462	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,4921	0,5087	1,38
1463	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	0,6945	0,8054	1,38
2011	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI BEZ CC	1,099	0,902	1,5
2012	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI S CC	1,349	1,1793	1,5
2013	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI S MCC	1,5722	1,4158	1,5
2021	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE BEZ CC	0,4223	0,358	1,5
2022	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE S CC	0,5703	0,4682	1,5
2023	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE S MCC	0,5722	0,54	1,5
2031	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY BEZ CC	1,2111	0,7382	1,5
2032	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S CC	1,272	0,9164	1,5
2033	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S MCC	1,2936	0,9164	1,5
2041	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE BEZ CC	0,7141	0,3356	1,38
2042	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE S CC	0,7438	0,361	1,38
2043	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE S MCC	0,7438	0,361	1,38
2301	AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA BEZ CC	0,6119	0,4164	1,38
2302	AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA S CC	0,6524	0,4592	1,38
2303	AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA S MCC	0,7945	1,0647	1,38
2311	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA BEZ CC	0,5294	0,4175	1,38
2312	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA S CC	0,5583	0,4433	1,38
2313	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA S MCC	0,6595	0,7062	1,38
2321	JINÉ PORUCHY OKA BEZ CC	0,3734	0,2617	1,38
2322	JINÉ PORUCHY OKA S CC	0,4267	0,3153	1,38
2323	JINÉ PORUCHY OKA S MCC	0,4483	0,4041	1,38
3011	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI BEZ CC	4,0185	2,9187	1,5
3012	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI S CC	4,7985	3,7098	1,5
3013	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI S MCC	5,7697	5,2102	1,5
3021	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU BEZ CC	1,503	1,6354	1,5
3022	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU S CC	2,7526	3,0449	1,5

3023	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU S MCC	4,1606	4,5078	1,5
3031	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU BEZ CC	1,304	1,275	1,7
3032	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU S CC	1,304	1,3504	1,7
3033	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU S MCC	2,3431	2,3205	1,7
3041	VÝKONY NA ÚSTECH BEZ CC	0,6182	0,685	1,5
3042	VÝKONY NA ÚSTECH S CC	0,8576	0,9758	1,5
3043	VÝKONY NA ÚSTECH S MCC	1,1573	1,0239	1,5
3051	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU BEZ CC	1,0912	0,9428	1,5
3052	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU S CC	1,1749	1,0356	1,5
3053	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU S MCC	1,2587	1,1375	1,5
3061	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE BEZ CC	0,8642	0,8532	1,5
3062	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S CC	0,9708	0,9504	1,5
3063	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S MCC	1,2241	1,1096	1,5
3071	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA BEZ CC	1,3857	1,2484	3,9
3072	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA S CC	2,0858	1,2484	3,9
3073	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA S MCC	2,0858	1,2484	3,9
3081	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH BEZ CC	0,4336	0,4129	1,5
3082	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S CC	0,5282	0,531	1,5
3083	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S MCC	0,643	0,5799	1,5
3091	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,5142	0,4117	1,5
3092	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,6913	0,5328	1,5
3093	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	1,1458	0,854	1,5
3100	KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT	22,54	23,0389	3,9
3301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,5675	0,5266	1,5
3302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,6096	0,5369	1,5
3303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	0,7411	0,7291	1,5
3311	PORUCHY ROVNOVÁHY BEZ CC	0,4024	0,3984	1,38
3312	PORUCHY ROVNOVÁHY S CC	0,4616	0,4497	1,38
3313	PORUCHY ROVNOVÁHY S MCC	0,5162	0,5906	1,38
3321	EPISTAXE BEZ CC	0,3113	0,2644	1,38
3322	EPISTAXE S CC	0,3561	0,3033	1,38
3323	EPISTAXE S MCC	0,4103	0,3678	1,38

3331	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS BEZ CC	0,3515	0,2968	1,38
3332	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS S CC	0,4658	0,3869	1,38
3333	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS S MCC	0,5875	0,5453	1,38
3341	NEMOCI ZUBŮ A ÚST BEZ CC	0,4311	0,4844	1,38
3342	NEMOCI ZUBŮ A ÚST S CC	0,5244	0,559	1,38
3343	NEMOCI ZUBŮ A ÚST S MCC	0,6741	0,7861	1,38
3351	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,3676	0,324	1,38
3352	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,4753	0,3922	1,38
3353	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	0,5102	0,4509	1,38
4011	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY BEZ CC	3,1521	3,1129	1,7
4012	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY S CC	3,8248	3,7317	1,7
4013	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY S MCC	4,7381	5,2131	1,7
4021	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY BEZ CC	2,8557	2,5833	1,7
4022	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY S CC	2,8557	2,5833	1,7
4023	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY S MCC	3,3892	3,5263	1,7
4031	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	1,0298	1,1106	1,5
4032	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	1,4176	1,4817	1,5
4033	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	2,699	3,1355	1,5
4301	CYSTICKÁ FIBRÓZA BEZ CC	1,9596	1,7392	1,5
4302	CYSTICKÁ FIBRÓZA S CC	1,9596	1,7392	1,5
4303	CYSTICKÁ FIBRÓZA S MCC	2,4827	2,4898	1,5
4310	RESPIRAČNÍ SELHÁNÍ	1,8086	1,8379	1,38
4321	PLICNÍ EMBOLIE BEZ CC	0,8367	0,8624	1,38
4322	PLICNÍ EMBOLIE S CC	0,9258	0,9606	1,38
4323	PLICNÍ EMBOLIE S MCC	1,0467	1,1092	1,38
4331	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU BEZ CC	0,418	0,375	1,38
4332	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU S CC	0,667	0,5822	1,38
4333	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU S MCC	1,0392	1,1834	1,38
4341	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,6648	0,6493	1,38
4342	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,7552	0,7336	1,38
4343	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	0,9208	0,9149	1,38
4351	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,8771	0,8245	1,38
4352	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,9708	0,9536	1,38
4353	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	1,4166	1,4623	1,38
4361	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL BEZ CC	0,6743	0,6336	1,1

4362	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL S CC	0,8142	0,8153	1,1
4363	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL S MCC	1,122	1,2048	1,1
4371	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC BEZ CC	0,5355	0,5061	1,1
4372	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC S CC	0,6426	0,6172	1,1
4373	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC S MCC	0,8163	0,8347	1,1
4381	ASTMA A BRONCHIOLITIDA BEZ CC	0,4454	0,403	1,38
4382	ASTMA A BRONCHIOLITIDA S CC	0,5501	0,52	1,38
4383	ASTMA A BRONCHIOLITIDA S MCC	0,7245	0,7078	1,38
4391	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC BEZ CC	0,631	0,6486	1,38
4392	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S CC	0,7517	0,7289	1,38
4393	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S MCC	1,0008	1,0508	1,38
4401	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK BEZ CC	0,8924	0,8332	1,38
4402	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK S CC	0,9137	0,8893	1,38
4403	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK S MCC	1,248	1,2888	1,38
4411	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4666	0,414	1,38
4412	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,585	0,5689	1,38
4413	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	0,7933	0,7837	1,38
5000	ÚMRTÍ DO 5 DNÍ OD PŘÍJMU PŘI HLAVNÍ DIAGNÓZE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU	0,4051	0,4511	1,1
5021	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC	15,2923	13,4427	1,7
5022	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC	16,1487	14,2702	1,7
5023	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC	18,4394	18,7505	1,7
5031	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA OTEVŘENÉM SRDCI BEZ CC	13,1692	10,1871	3,9
5032	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA OTEVŘENÉM SRDCI S CC	13,1692	10,8189	3,9
5033	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA OTEVŘENÉM SRDCI S MCC	13,1692	20,0593	3,9
5041	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC	12,7006	10,8503	1,7
5042	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC	13,2276	11,7978	1,7
5043	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC	16,5941	16,6765	1,7
5051	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC	10,9661	9,3611	1,7
5052	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC	11,4452	9,8107	1,7

5053	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC	12,2784	13,2823	1,7
5061	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC	9,5387	8,1477	1,7
5062	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC	9,7976	8,512	1,7
5063	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC	10,9984	10,4874	1,7
5081	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA ZAVŘENÉM SRDCI BEZ CC	3,6121	5,6667	3,9
5082	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA ZAVŘENÉM SRDCI S CC	7,4545	6,6091	3,9
5083	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA ZAVŘENÉM SRDCI S MCC	9,7429	16,7915	3,9
5091	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	4,6396	4,4977	1,5
5092	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	6,5739	6,4571	1,5
5093	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	8,162	8,2821	1,5
5101	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	3,6723	3,6996	1,7
5102	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	3,9622	3,8394	1,7
5103	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	5,1142	5,2074	1,7
5121	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	9,9067	8,0771	1,7
5122	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	11,4811	9,5665	1,7
5123	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	13,2749	12,9493	1,7
5131	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	3,2569	3,0743	1,7
5132	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	3,3305	3,2475	1,7
5133	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	3,9691	3,4204	1,7
5141	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	2,0351	1,9097	1,5
5142	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	2,3788	2,2589	1,5
5143	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	3,4323	3,5512	1,5
5151	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY BEZ CC	1,9128	1,8032	1,38
5152	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S CC	2,1881	2,1795	1,38
5153	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S MCC	3,163	3,175	1,38

5171	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,2969	1,2117	1,38
5172	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,426	1,3029	1,38
5173	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	1,7969	1,8852	1,38
5181	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ BEZ CC	1,0552	0,9674	1,5
5182	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ S CC	1,5999	1,2148	1,5
5183	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ S MCC	1,797	1,9359	1,5
5191	LIGATURA A STRIPPING CĚV BEZ CC	0,442	0,5102	1,1
5192	LIGATURA A STRIPPING CĚV S CC	0,4712	0,5452	1,1
5193	LIGATURA A STRIPPING CĚV S MCC	0,5074	0,5741	1,1
5201	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,9507	0,9486	1,1
5202	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,6615	1,6369	1,1
5203	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	3,3265	3,3085	1,1
5221	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	9,3137	9,8565	1,5
5222	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	10,2001	10,5829	1,5
5223	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	10,2001	10,5829	1,5
5231	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	5,0872	5,2097	1,5
5232	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	5,7403	5,8352	1,5
5233	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	5,8594	6,0637	1,5
5241	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	6,8828	7,215	1,7

5242	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	7,3906	7,6529	1,7
5243	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	8,7989	9,9539	1,7
5261	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	8,5971	8,9033	1,5
5262	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	9,4074	9,8071	1,5
5263	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	9,5117	11,9823	1,5
5271	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	4,4563	4,6655	1,5
5272	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	4,8342	5,0327	1,5
5273	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	5,6915	6,029	1,5
5281	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	6,1099	6,4633	1,5
5282	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	6,1099	6,7762	1,5
5283	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	8,1371	8,0162	1,5
5291	SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	7,9382	7,5377	1,7
5292	SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	8,4125	7,9889	1,7
5293	SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	8,6777	8,0393	1,7
5301	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	0,9841	0,9252	1,5
5302	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	1,3169	1,1722	1,5

5303	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	1,8099	1,8741	1,5
5311	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ BEZ CC	0,5642	0,5308	1,5
5312	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ S CC	0,8092	0,7522	1,5
5313	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ S MCC	0,9537	0,9014	1,5
5321	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,7403	0,6907	1,5
5322	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,0604	0,9862	1,5
5323	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	1,3601	1,4109	1,5
5331	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU BEZ CC	0,5232	0,5322	1,1
5332	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S CC	0,7688	0,8145	1,1
5333	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S MCC	1,2491	1,4087	1,1
5341	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA BEZ CC	1,2667	1,2123	1,38
5342	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA S CC	2,1399	2,0224	1,38
5343	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA S MCC	3,1517	3,3147	1,38
5351	SRDEČNÍ SELHÁNÍ BEZ CC	0,6225	0,6523	1,1
5352	SRDEČNÍ SELHÁNÍ S CC	0,7126	0,7505	1,1
5353	SRDEČNÍ SELHÁNÍ S MCC	0,9819	1,1227	1,1
5361	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA BEZ CC	0,4488	0,4582	1,1
5362	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA S CC	0,5071	0,5266	1,1
5363	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA S MCC	0,6193	0,6457	1,1
5371	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA BEZ CC	1,4058	1,3627	1,38
5372	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA S CC	1,5188	1,6676	1,38
5373	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA S MCC	2,8106	3,166	1,38
5381	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY BEZ CC	0,4645	0,4949	1,1
5382	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY S CC	0,5921	0,6034	1,1
5383	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY S MCC	0,6797	0,7291	1,1
5391	ATEROSKLERÓZA BEZ CC	0,3465	0,4145	1,1
5392	ATEROSKLERÓZA S CC	0,5234	0,5651	1,1
5393	ATEROSKLERÓZA S MCC	0,723	0,8565	1,1
5401	HYPERTENZE BEZ CC	0,3266	0,3481	1,1
5402	HYPERTENZE S CC	0,4086	0,4275	1,1
5403	HYPERTENZE S MCC	0,5327	0,5823	1,1
5411	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY BEZ CC	0,4023	0,4268	1,1
5412	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY S CC	0,6238	0,6433	1,1
5413	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY S MCC	0,9302	1,2176	1,1
5421	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ BEZ CC	0,3931	0,413	1,1

5422	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ S CC	0,561	0,5888	1,1
5423	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ S MCC	0,7635	0,8039	1,1
5431	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU BEZ CC	0,3268	0,356	1,1
5432	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU S CC	0,4179	0,4593	1,1
5433	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU S MCC	0,5159	0,5707	1,1
5441	SYNKOPA A KOLAPS BEZ CC	0,3529	0,3598	1,1
5442	SYNKOPA A KOLAPS S CC	0,4534	0,4715	1,1
5443	SYNKOPA A KOLAPS S MCC	0,5848	0,6548	1,1
5451	KARDIOMYOPATIE BEZ CC	0,4345	0,473	1,1
5452	KARDIOMYOPATIE S CC	0,6934	0,7187	1,1
5453	KARDIOMYOPATIE S MCC	1,0881	1,2239	1,1
5461	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU BEZ CC	0,6556	0,5968	1,5
5462	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU S CC	0,8337	0,847	1,5
5463	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU S MCC	0,8337	0,847	1,5
5471	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3865	0,4116	1,1
5472	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,5254	0,5656	1,1
5473	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	0,7319	0,7805	1,1
5481	ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍHO CÉVNÍHO ŘEČIŠTĚ BEZ CC	3,1956	3,0983	1,5
5482	ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍHO CÉVNÍHO ŘEČIŠTĚ S CC	3,5231	3,4008	1,5
5483	ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍHO CÉVNÍHO ŘEČIŠTĚ S MCC	4,2119	4,4106	1,5
6011	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU BEZ CC	3,1926	3,274	1,38
6012	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S CC	3,7627	3,9194	1,38
6013	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S MCC	5,3364	5,8634	1,38
6021	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU BEZ CC	2,8631	2,9183	1,38
6022	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S CC	4,1546	4,3616	1,38
6023	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S MCC	4,6206	4,4533	1,38
6031	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU BEZ CC	1,5571	1,5617	1,38
6032	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S CC	2,1229	2,1795	1,38

6033	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S MCC	3,6205	3,7071	1,38
6041	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘIŠNICE BEZ CC	0,9056	0,9554	1,1
6042	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘIŠNICE S CC	1,0146	1,1203	1,1
6043	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘIŠNICE S MCC	1,5014	1,4718	1,1
6051	VÝKONY NA APENDIXU BEZ CC	0,8376	0,8574	1,1
6052	VÝKONY NA APENDIXU S CC	1,0367	1,0564	1,1
6053	VÝKONY NA APENDIXU S MCC	1,4413	1,4343	1,1
6061	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE BEZ CC	1,0157	1,0579	1,1
6062	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S CC	1,1029	1,1577	1,1
6063	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S MCC	1,2647	1,3609	1,1
6071	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU BEZ CC	1,7472	1,7107	1,38
6072	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S CC	2,07	2,0925	1,38
6073	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S MCC	2,5418	2,6807	1,38
6081	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE BEZ CC	0,5627	0,5808	1,1
6082	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S CC	0,761	0,806	1,1
6083	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S MCC	1,0276	1,0848	1,1
6091	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY BEZ CC	0,5025	0,5257	1,1
6092	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY S CC	0,6291	0,6475	1,1
6093	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY S MCC	0,8678	0,9445	1,1
6101	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,8733	0,9291	1,38
6102	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	1,4005	1,5043	1,38
6103	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	2,6455	2,6533	1,38
6111	VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE BEZ CC	1,2466	1,2669	1,38
6112	VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE S CC	1,9509	1,943	1,38

6113	VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE S MCC	2,0041	1,943	1,38
6301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4811	0,4698	1,38
6302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	0,6157	0,6105	1,38
6303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	0,8093	0,8449	1,38
6311	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA BEZ CC	0,4106	0,3949	1,1
6312	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA S CC	0,6188	0,6376	1,1
6313	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA S MCC	0,9919	1,0695	1,1
6321	PORUCHY JÍCNU BEZ CC	0,3685	0,3646	1,38
6322	PORUCHY JÍCNU S CC	0,5578	0,5748	1,38
6323	PORUCHY JÍCNU S MCC	0,8803	0,9514	1,38
6331	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA BEZ CC	0,4484	0,4831	1,38
6332	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA S CC	0,5441	0,5695	1,38
6333	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA S MCC	0,6335	1,0721	1,38
6341	VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,6019	0,6465	1,38
6342	VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	1,1277	1,0302	1,38
6343	VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,3396	1,4423	1,38
6351	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4334	0,3997	1,38
6352	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	0,6229	0,5824	1,38
6353	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,0214	0,9869	1,38
6361	ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,8669	0,8477	1,1
6362	ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	0,9669	1,0214	1,1
6363	ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,6889	1,8128	1,1
6371	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA BEZ CC	0,3071	0,2656	1,38
6372	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA S CC	0,4094	0,3752	1,38
6373	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA S MCC	0,5347	0,4926	1,38
6381	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3128	0,2986	1,1
6382	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	0,4434	0,4393	1,1
6383	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	0,6517	0,6896	1,1
7011	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY BEZ CC	3,6363	3,6183	1,5
7012	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY S CC	4,6369	4,707	1,5

7013	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY S MCC	6,9933	8,5695	1,5
7021	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	2,5084	2,5924	1,38
7022	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH S CC	3,3461	3,4094	1,38
7023	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH S MCC	4,6923	5,11	1,38
7031	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ BEZ CC	1,3581	1,3902	1,38
7032	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S CC	1,8978	1,9484	1,38
7033	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S MCC	3,1213	3,5187	1,38
7041	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE BEZ CC	1,099	1,1271	1,1
7042	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE S CC	1,2513	1,2974	1,1
7043	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE S MCC	1,635	1,7831	1,1
7051	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU BEZ CC	1,5519	1,5328	1,38
7052	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S CC	2,0497	2,1029	1,38
7053	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S MCC	3,3047	3,781	1,38
7301	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA BEZ CC	0,5365	0,5731	1,1
7302	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA S CC	0,648	0,6949	1,1
7303	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA S MCC	0,9549	1,0112	1,1
7311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU BEZ CC	0,5355	0,5457	1,38
7312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S CC	0,677	0,6912	1,38
7313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S MCC	0,7615	0,8102	1,38
7321	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,6975	0,692	1,1
7322	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S CC	0,9046	0,9334	1,1
7323	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S MCC	1,9195	2,0646	1,1
7331	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY BEZ CC	0,5204	0,4965	1,38
7332	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY S CC	0,6259	0,6516	1,38
7333	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY S MCC	0,9753	0,999	1,38
7341	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST BEZ CC	0,4686	0,4865	1,1
7342	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S CC	0,6143	0,6678	1,1

7343	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S MCC	0,9456	1,018	1,1
8011	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE BEZ CC	10,8644	10,9531	1,1
8012	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE S CC	14,6524	13,5254	1,1
8013	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE S MCC	20,9642	13,5254	1,1
8021	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN BEZ CC	3,3423	3,1672	1,1
8022	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN S CC	4,6732	3,8072	1,1
8023	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN S MCC	5,0795	6,4456	1,1
8031	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY BEZ CC	4,7922	4,3285	1,7
8032	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S CC	5,2492	4,585	1,7
8033	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S MCC	5,9305	6,6406	1,7
8041	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ BEZ CC	2,9981	2,9401	1,38
8042	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S CC	3,0819	2,9954	1,38
8043	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S MCC	3,5088	3,9954	1,38
8051	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ BEZ CC	2,6799	5,0547	1,7
8052	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ S CC	2,6799	5,0547	1,7
8053	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ S MCC	5,7667	5,9965	1,7
8061	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ BEZ CC	2,981	2,9566	1,5
8062	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S CC	3,4953	3,4289	1,5
8063	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S MCC	4,5602	4,9591	1,5
8071	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	1,9842	1,7207	1,38
8072	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	2,3061	2,1167	1,38
8073	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	4,1	4,2738	1,38
8081	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ BEZ CC	2,1808	2,0261	1,38

8082	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S CC	2,5265	2,357	1,38
8083	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S MCC	3,2354	3,453	1,38
8091	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY BEZ CC	0,7906	0,6624	1,5
8092	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY S CC	1,7818	1,483	1,5
8093	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY S MCC	3,5543	4,5582	1,5
8101	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE BEZ CC	1,5429	1,3357	1,7
8102	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S CC	2,1375	1,8128	1,7
8103	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S MCC	2,5871	2,3462	1,7
8111	VÝKONY NA KOLENU, BÉRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA BEZ CC	1,0592	1,0611	1,38
8112	VÝKONY NA KOLENU, BÉRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA S CC	1,2503	1,2157	1,38
8113	VÝKONY NA KOLENU, BÉRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA S MCC	1,5	1,9429	1,38
8121	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ BEZ CC	0,3573	0,39	1,38
8122	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S CC	0,4059	0,4458	1,38
8123	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S MCC	0,4874	0,602	1,38
8131	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,654	0,6595	1,38
8132	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU S CC	1,1177	1,0518	1,38
8133	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU S MCC	2,0254	2,1974	1,38
8141	VÝKONY NA CHODIDLE BEZ CC	0,5536	0,5703	1,38
8142	VÝKONY NA CHODIDLE S CC	0,6031	0,6184	1,38
8143	VÝKONY NA CHODIDLE S MCC	0,7967	0,9787	1,38
8151	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH BEZ CC	0,8092	0,8056	1,38
8152	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH S CC	1,1342	1,1247	1,38
8153	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH S MCC	1,402	1,5758	1,38
8161	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI BEZ CC	0,4969	0,5125	1,1
8162	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI S CC	0,7513	0,736	1,1
8163	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI S MCC	1,3346	1,6449	1,1

8171	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇE BEZ CC	0,5515	0,5509	1,38
8172	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇE S CC	1,0243	0,9553	1,38
8173	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇE S MCC	1,6976	2,0359	1,38
8181	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU BEZ CC	3,5812	3,54	1,1
8182	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU S CC	3,7839	3,7009	1,1
8183	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU S MCC	3,9191	4,1049	1,1
8191	ARTROSKOPIE BEZ CC	0,4971	0,489	1,1
8192	ARTROSKOPIE S CC	0,5422	0,5313	1,1
8193	ARTROSKOPIE S MCC	0,5541	0,5571	1,1
8301	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ BEZ CC	0,5936	0,5413	1,1
8302	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ S CC	0,692	0,626	1,1
8303	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ S MCC	1,1041	1,2612	1,1
8311	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE BEZ CC	0,5813	0,5051	1,38
8312	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE S CC	0,7088	0,5956	1,38
8313	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE S MCC	0,8807	1,2579	1,38
8321	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE BEZ CC	0,3297	0,3246	1,38
8322	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE S CC	0,4797	0,4378	1,38
8323	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE S MCC	0,5739	0,65	1,38
8331	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇE, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY BEZ CC	0,6049	0,5739	1,38
8332	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇE, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY S CC	0,9224	0,8445	1,38
8333	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇE, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY S MCC	1,1115	1,1413	1,38
8341	OSTEOMYELITIDA BEZ CC	0,7692	0,6534	1,38
8342	OSTEOMYELITIDA S CC	0,8774	0,825	1,38
8343	OSTEOMYELITIDA S MCC	1,1952	1,6282	1,38
8351	SEPTICKÁ ARTRITIDA BEZ CC	0,9466	0,8802	1,38
8352	SEPTICKÁ ARTRITIDA S CC	1,0748	0,9937	1,38
8353	SEPTICKÁ ARTRITIDA S MCC	2,01	1,9164	1,38

8361	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	0,5914	0,5881	1,5
8362	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	0,6563	0,7207	1,5
8363	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	0,8199	1,342	1,5
8371	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY BEZ CC	0,4479	0,4241	1,1
8372	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S CC	0,5225	0,4965	1,1
8373	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S MCC	0,5881	0,7236	1,1
8381	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ BEZ CC	0,4639	0,424	1,1
8382	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ S CC	0,5322	0,5143	1,1
8383	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ S MCC	0,6107	0,9399	1,1
8391	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU BEZ CC	0,5341	0,5155	1,38
8392	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU S CC	0,7265	0,648	1,38
8393	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU S MCC	1,2407	1,4792	1,38
8401	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MĚNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY BEZ CC	0,3659	0,3504	1,38
8402	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MĚNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY S CC	0,4896	0,4687	1,38
8403	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MĚNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY S MCC	0,5629	0,8512	1,38
8411	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	0,3392	0,3203	1,38
8412	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	0,5189	0,4879	1,38
8413	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	0,7221	1,0219	1,38
9011	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT BEZ CC	0,6718	0,6432	1,38
9012	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT S CC	1,0534	0,9547	1,38
9013	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT S MCC	1,9273	2,2606	1,38
9021	VÝKONY NA PRSECH BEZ CC	0,8253	0,8987	1,38
9022	VÝKONY NA PRSECH S CC	1,0123	1,1172	1,38
9023	VÝKONY NA PRSECH S MCC	1,0674	1,2539	1,38
9031	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU BEZ CC	0,4633	0,4773	1,38
9032	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S CC	0,7848	0,7743	1,38
9033	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S MCC	1,2401	1,2723	1,38
9301	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE BEZ CC	0,7673	0,7443	1,38

9302	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S CC	0,7673	0,7443	1,38
9303	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S MCC	0,9391	0,9261	1,38
9311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ BEZ CC	0,474	0,4403	1,38
9312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ S CC	0,5897	0,5682	1,38
9313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ S MCC	0,7213	0,6987	1,38
9321	FLEGMÓNA BEZ CC	0,5569	0,5097	1,38
9322	FLEGMÓNA S CC	0,7445	0,6851	1,38
9323	FLEGMÓNA S MCC	0,933	0,9204	1,38
9331	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁŇ A PRSU BEZ CC	0,2633	0,2325	1,1
9332	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁŇ A PRSU S CC	0,3429	0,3068	1,1
9333	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁŇ A PRSU S MCC	0,5339	0,5512	1,1
9341	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU BEZ CC	0,4232	0,3904	1,38
9342	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S CC	0,6158	0,5641	1,38
9343	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S MCC	0,6939	0,7644	1,38
10011	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM BEZ CC	2,835	2,4895	1,7
10012	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM S CC	2,8889	2,692	1,7
10013	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM S MCC	4,3757	4,6155	1,7
10021	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,6178	1,5342	1,38
10022	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	1,8964	1,9745	1,38
10023	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	2,5781	2,8642	1,38
10031	VÝKONY PRO OBEZITU BEZ CC	2,5735	2,5427	1,38
10032	VÝKONY PRO OBEZITU S CC	2,944	3,0195	1,38
10033	VÝKONY PRO OBEZITU S MCC	5,3767	11,4603	1,38
10041	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,6803	1,6262	1,38
10042	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	2,1123	2,0063	1,38
10043	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	3,5979	3,5973	1,38
10051	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	1,0794	1,1038	1,1

10052	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S CC	1,2365	1,2607	1,1
10053	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S MCC	1,6347	1,5583	1,1
10061	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,5102	1,4625	1,38
10062	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	1,9343	1,9251	1,38
10063	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	4,0151	4,1708	1,38
10301	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY BEZ CC	0,4219	0,4371	1,1
10302	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S CC	0,5069	0,5291	1,1
10303	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S MCC	0,7403	0,841	1,1
10311	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ BEZ CC	0,4255	0,3865	1,38
10312	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ S CC	0,4936	0,4283	1,38
10313	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ S MCC	0,6188	0,5766	1,38
10321	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU BEZ CC	0,3882	0,4206	1,38
10322	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU S CC	0,5142	0,5547	1,38
10323	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU S MCC	0,709	0,8823	1,38
10331	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY BEZ CC	0,5916	0,5736	1,38
10332	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY S CC	0,5916	0,5736	1,38
10333	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY S MCC	0,6994	0,7831	1,38
11011	TRANSPLANTACE LEDVIN BEZ CC	5,855	7,3443	3,9
11012	TRANSPLANTACE LEDVIN S CC	6,5808	7,3443	3,9
11013	TRANSPLANTACE LEDVIN S MCC	7,5387	8,4571	3,9
11021	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI BEZ CC	4,5478	4,9977	1,5
11022	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI S CC	5,5534	5,4633	1,5
11023	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI S MCC	7,1694	8,1819	1,5
11031	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	1,9765	1,9112	1,5
11032	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S CC	2,2209	2,1963	1,5
11033	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S MCC	3,1174	3,4808	1,5
11041	DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY BEZ CC	1,2109	1,2671	1,38
11042	DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY S CC	1,4271	1,5331	1,38
11043	DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY S MCC	2,6898	3,0871	1,38
11051	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI BEZ CC	0,8603	0,8544	1,38

11052	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S CC	0,9837	0,9258	1,38
11053	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S MCC	1,4642	1,4447	1,38
11061	PROSTATEKTOMIE BEZ CC	1,1884	1,0909	1,38
11062	PROSTATEKTOMIE S CC	1,3365	1,1842	1,38
11063	PROSTATEKTOMIE S MCC	1,4211	1,301	1,38
11071	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	0,5401	0,516	1,38
11072	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S CC	0,6538	0,624	1,38
11073	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S MCC	0,808	0,7912	1,38
11081	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,5399	0,4954	1,38
11082	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,7804	0,7708	1,38
11083	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	1,3165	1,5658	1,38
11301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ BEZ CC	0,4065	0,4209	1,38
11302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ S CC	0,5836	0,5852	1,38
11303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ S MCC	0,8794	0,9738	1,38
11311	NEFRITIDA BEZ CC	0,4345	0,4776	1,38
11312	NEFRITIDA S CC	0,489	0,5553	1,38
11313	NEFRITIDA S MCC	0,902	0,9825	1,38
11321	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,4599	0,4137	1,38
11322	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,5616	0,5302	1,38
11323	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	0,7493	0,7862	1,38
11331	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU BEZ CC	0,5817	0,3682	1,5
11332	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S CC	0,8437	0,5117	1,5
11333	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S MCC	0,8437	0,5584	1,5
11341	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE BEZ CC	0,2839	0,2602	1,38
11342	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S CC	0,3935	0,3626	1,38
11343	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S MCC	0,599	0,632	1,38
11351	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURĚTRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU BEZ CC	0,2296	0,2403	1,38

11352	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURETRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU S CC	0,3927	0,4774	1,38
11353	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURETRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU S MCC	0,456	0,5565	1,38
11361	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	0,3207	0,2892	1,38
11362	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S CC	0,3999	0,3567	1,38
11363	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S MCC	0,4954	0,4685	1,38
11371	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,3024	0,2888	1,38
11372	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,411	0,4062	1,38
11373	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	0,6673	0,7075	1,38
12011	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE BEZ CC	1,9219	1,9482	1,38
12012	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE S CC	1,9777	1,9917	1,38
12013	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE S MCC	2,5231	2,8852	1,38
12021	VÝKONY NA PENISU BEZ CC	0,4584	0,4522	1,38
12022	VÝKONY NA PENISU S CC	0,6167	0,6118	1,38
12023	VÝKONY NA PENISU S MCC	0,7059	0,6118	1,38
12031	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE BEZ CC	1,0052	0,941	1,38
12032	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S CC	1,0935	1,037	1,38
12033	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S MCC	1,3195	1,3115	1,38
12041	VÝKONY NA VARLATECH BEZ CC	0,4607	0,4806	1,38
12042	VÝKONY NA VARLATECH S CC	0,5818	0,5962	1,38
12043	VÝKONY NA VARLATECH S MCC	0,7057	0,7906	1,38
12051	CIRKUMCIZE BEZ CC	0,3135	0,3603	1,38
12052	CIRKUMCIZE S CC	0,3355	0,3823	1,38
12053	CIRKUMCIZE S MCC	0,3842	0,4651	1,38
12061	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,6298	0,6132	1,38
12062	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S CC	0,9668	0,9425	1,38
12063	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S MCC	1,202	1,4005	1,38
12301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3767	0,3276	1,38
12302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,5506	0,5173	1,38
12303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,6952	0,7094	1,38

12311	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,2572	0,249	1,38
12312	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S CC	0,3327	0,3254	1,38
12313	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S MCC	0,3987	0,4404	1,38
13011	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE BEZ CC	2,2554	2,7509	1,5
13012	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S CC	2,7714	3,211	1,5
13013	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S MCC	2,9505	3,6068	1,5
13021	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH BEZ CC	1,496	1,7212	1,38
13022	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S CC	1,8794	2,2918	1,38
13023	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S MCC	2,8503	3,275	1,38
13031	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH BEZ CC	1,3462	1,6537	1,38
13032	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH S CC	1,5991	1,9614	1,38
13033	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH S MCC	2,2615	2,7509	1,38
13041	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH BEZ CC	0,9845	1,1722	1,1
13042	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH S CC	1,1045	1,3283	1,1
13043	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH S MCC	1,2585	1,4585	1,1
13051	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE BEZ CC	0,6077	0,5347	1,38
13052	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S CC	0,9245	0,7605	1,38
13053	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S MCC	0,9245	0,9155	1,38
13061	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,768	0,8958	1,1
13062	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S CC	0,8998	1,0582	1,1

13063	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S MCC	1,0647	1,2296	1,1
13071	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY BEZ CC	0,2285	0,3005	1,1
13072	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S CC	0,3191	0,4167	1,1
13073	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S MCC	0,3579	0,4167	1,1
13081	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU BEZ CC	0,5093	0,5756	1,1
13082	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S CC	0,5401	0,6161	1,1
13083	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S MCC	0,5579	0,6388	1,1
13091	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE BEZ CC	0,2111	0,2657	1,1
13092	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE S CC	0,2437	0,3048	1,1
13093	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE S MCC	0,284	0,3403	1,1
13101	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,6601	0,8941	1,1
13102	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,9317	1,15	1,1
13103	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,6179	2,2083	1,1
13301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4272	0,3902	1,38
13302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,5415	0,5022	1,38
13303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,7416	0,7639	1,38
13311	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,291	0,2874	1,38
13312	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,4104	0,4048	1,38
13313	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,7529	0,7323	1,38
13321	MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,1708	0,1853	1,38
13322	MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,2824	0,2893	1,38
13323	MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,3945	0,4287	1,38
14601	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM BEZ CC	0,8797	0,9802	1,38
14602	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S CC	1,0843	1,1486	1,38
14603	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S MCC	1,3397	1,2543	1,38
14611	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ BEZ CC	0,6465	0,6261	1,38

14612	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S CC	0,7399	0,6959	1,38
14613	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S MCC	0,8864	0,9103	1,38
14621	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE BEZ CC	0,6914	0,8637	1,38
14622	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE S CC	2,4881	1,2136	1,38
14623	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE S MCC	3,4167	4,2071	1,38
14631	VAGINÁLNÍ POROD BEZ CC	0,507	0,435	1,38
14632	VAGINÁLNÍ POROD S CC	0,5593	0,4836	1,38
14633	VAGINÁLNÍ POROD S MCC	0,5593	0,4836	1,38
14641	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ BEZ CC	0,1719	0,2325	1,38
14642	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ S CC	0,2228	0,2716	1,38
14643	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ S MCC	0,2228	0,2716	1,38
14651	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE BEZ CC	0,1089	0,123	1,38
14652	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S CC	0,2275	0,2177	1,38
14653	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S MCC	0,4523	0,4866	1,38
14661	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM BEZ CC	0,1691	0,2318	1,38
14662	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM S CC	0,3198	0,3818	1,38
14663	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM S MCC	0,7325	0,8205	1,38
14671	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC	0,1786	0,184	1,38
14672	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC	0,4854	0,5259	1,38
14673	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC	0,4854	0,7813	1,38
14681	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM BEZ CC	0,822	0,9538	1,38
14682	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM S CC	0,889	1,0439	1,38
14683	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM S MCC	0,889	1,0439	1,38
14691	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU BEZ CC	0,3062	0,3361	1,38
14692	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU S CC	0,4076	0,6337	1,38

14693	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU S MCC	1,1938	1,4082	1,38
14701	HROZÍCÍ POTRAT BEZ CC	0,2829	0,2749	1,38
14702	HROZÍCÍ POTRAT S CC	0,4864	0,3961	1,38
14703	HROZÍCÍ POTRAT S MCC	0,4864	0,3961	1,38
14711	FALEŠNÝ POROD BEZ CC	0,128	0,1316	1,38
14712	FALEŠNÝ POROD S CC	0,1955	0,1635	1,38
14713	FALEŠNÝ POROD S MCC	0,2118	0,224	1,38
14721	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM BEZ CC	0,2223	0,2892	1,38
14722	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM S CC	0,4393	0,5772	1,38
14723	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM S MCC	0,6339	0,6105	1,38
14731	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC	0,2324	0,2301	1,38
14732	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC	0,4111	0,3386	1,38
14733	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC	0,4492	0,4206	1,38
15601	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ BEZ CC	0,1952	0,2051	1,38
15602	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ S CC	0,3219	0,4294	1,38
15603	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ S MCC	0,5458	0,6055	1,38
15611	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ BEZ CC	9,3056	9,3056	3,9
15612	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ S CC	13,0304	13,0304	3,9
15613	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ S MCC	20,7049	20,7049	3,9
15621	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	54,0693	54,734	3,9
15622	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	54,0693	54,734	3,9
15623	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	54,0693	54,734	3,9
15631	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	7,5241	11,5664	1,7
15632	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	12,8842	24,8619	1,7
15633	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	32,3429	36,3792	1,7
15641	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	28,431	18,3537	3,9
15642	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	34,9525	18,3537	3,9
15643	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	37,0756	33,8645	3,9

15651	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	8,171	8,9283	1,5
15652	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	9,8328	11,921	1,5
15653	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	16,7664	17,2701	1,5
15661	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	16,0373	15,9195	3,9
15662	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	16,0373	15,9195	3,9
15663	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	16,0373	23,369	3,9
15671	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	3,439	3,6252	1,5
15672	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	5,073	5,5238	1,5
15673	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	8,5157	7,9346	1,5
15681	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	15,9115	14,2082	3,9
15682	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	15,9115	14,4461	3,9
15683	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	15,9115	23,6192	3,9
15691	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	0,6326	0,7465	1,38
15692	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	1,6889	2,1226	1,38
15693	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	4,1192	4,3172	1,38
15701	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	4,5128	6,6764	3,9
15702	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	5,6477	6,6764	3,9
15703	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	14,9648	17,5622	3,9
15711	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM BEZ CC	0,422	0,4008	1,38
15712	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM S CC	0,918	0,8429	1,38
15713	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM S MCC	3,8517	4,3205	1,38

15720	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, SE SYNDROMEM DÝCHACÍCH POTÍŽÍ	9,0891	3,5853	1,38
15731	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM BEZ CC	0,6247	0,5579	1,38
15732	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM S CC	1,4767	1,416	1,38
15733	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM S MCC	3,104	4,1822	1,38
15741	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKČÍ BEZ CC	0,9857	0,8619	1,38
15742	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKČÍ S CC	1,0461	0,8619	1,38
15743	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKČÍ S MCC	3,4225	3,0088	1,38
15751	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	0,3147	0,2815	1,38
15752	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	0,4121	0,3404	1,38
15753	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	0,6721	0,8483	1,38
16011	VÝKONY NA SLEZINĚ BEZ CC	2,4494	2,3503	1,38
16012	VÝKONY NA SLEZINĚ S CC	2,9075	2,9515	1,38
16013	VÝKONY NA SLEZINĚ S MCC	3,3075	3,2927	1,38
16021	JINÉ VÝKONY PRO KREVŇÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH BEZ CC	0,5996	0,6162	1,38
16022	JINÉ VÝKONY PRO KREVŇÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH S CC	0,8057	0,8421	1,38
16023	JINÉ VÝKONY PRO KREVŇÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH S MCC	1,5261	1,5841	1,38
16301	AGRANULOCYTÓZA BEZ CC	0,7098	0,6786	1,5
16302	AGRANULOCYTÓZA S CC	1,1564	1,0577	1,5
16303	AGRANULOCYTÓZA S MCC	1,6275	1,3797	1,5
16311	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI BEZ CC	0,5952	0,6344	1,38
16312	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI S CC	0,7106	0,7161	1,38
16313	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI S MCC	1,1432	1,1335	1,38
16321	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST BEZ CC	0,4884	0,4544	3,9
16322	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST S CC	0,4884	0,4544	3,9
16323	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST S MCC	0,4884	0,4544	3,9
16331	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI BEZ CC	0,5702	0,6027	1,1
16332	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI S CC	0,7052	0,738	1,1

16333	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI S MCC	0,9069	0,9687	1,1
16341	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ BEZ CC	0,5223	0,5013	1,38
16342	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ S CC	0,7172	0,6955	1,38
16343	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ S MCC	1,0482	1,0039	1,38
17011	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM BEZ CC	1,5335	1,1528	1,5
17012	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM S CC	2,7138	2,3407	1,5
17013	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM S MCC	8,6057	5,5698	1,5
17021	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM BEZ CC	0,7324	3,6685	1,5
17022	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM S CC	1,8183	3,6685	1,5
17023	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM S MCC	2,7738	6,6897	1,5
17031	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM BEZ CC	2,5347	1,5208	1,5
17032	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM S CC	4,2214	2,8235	1,5
17033	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM S MCC	5,5796	4,6291	1,5
17041	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM BEZ CC	0,9917	1,0689	1,5
17042	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM S CC	1,6797	1,8798	1,5
17043	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM S MCC	3,8397	3,5491	1,5
17301	AKUTNÍ LEUKÉMIE BEZ CC	0,8712	0,8112	1,5
17302	AKUTNÍ LEUKÉMIE S CC	0,9602	0,957	1,5
17303	AKUTNÍ LEUKÉMIE S MCC	4,2378	2,0529	1,5
17311	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE BEZ CC	0,7735	0,8635	1,5
17312	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE S CC	1,3391	1,3554	1,5
17313	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE S MCC	2,1317	1,8733	1,5
17321	RADIOTERAPIE BEZ CC	1,3582	1,2552	1,5
17322	RADIOTERAPIE S CC	1,8659	1,6804	1,5
17323	RADIOTERAPIE S MCC	2,2157	2,3723	1,5
17331	CHEMOTERAPIE BEZ CC	0,7613	0,6824	1,5
17332	CHEMOTERAPIE S CC	0,7613	0,6824	1,5
17333	CHEMOTERAPIE S MCC	0,8816	0,8171	1,5

17341	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ BEZ CC	0,5628	0,5696	1,1
17342	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ S CC	0,6947	0,694	1,1
17343	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ S MCC	0,9231	0,9732	1,1
17351	CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII BEZ CC	1,3067	0,9015	3,9
17352	CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII S CC	1,5025	1,0958	3,9
17353	CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII S MCC	13,0084	6,6935	3,9
18011	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI BEZ CC	0,7533	0,7653	1,38
18012	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S CC	3,1328	3,2022	1,38
18013	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S MCC	6,6005	6,7357	1,38
18021	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE BEZ CC	1,2443	1,1659	1,38
18022	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S CC	1,8818	1,7912	1,38
18023	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S MCC	4,1175	3,8982	1,38
18301	SEPTIKÉMIE BEZ CC	0,9273	0,9066	1,38
18302	SEPTIKÉMIE S CC	1,139	1,1622	1,38
18303	SEPTIKÉMIE S MCC	2,1669	2,1446	1,38
18311	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE BEZ CC	0,7108	0,6465	1,38
18312	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S CC	0,8137	0,7868	1,38
18313	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S MCC	1,4142	1,4133	1,38
18321	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU BEZ CC	0,4541	0,4193	1,38
18322	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU S CC	0,6285	0,6027	1,38
18323	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU S MCC	0,7856	0,783	1,38
18331	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,455	0,3805	1,38
18332	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S CC	0,6013	0,5023	1,38
18333	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S MCC	0,7587	0,6581	1,38
18341	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI BEZ CC	0,6222	0,5627	1,38
18342	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S CC	0,8823	0,7838	1,38
18343	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S MCC	1,3825	1,4088	1,38
19011	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI BEZ CC	1,2148	1,3036	1,5
19012	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI S CC	1,8852	1,7774	1,5
19013	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI S MCC	4,9667	5,7596	1,5
19301	SCHIZOFRENIE BEZ CC	1,4458	1,5114	1,1

19302	SCHIZOFRENIE S CC	1,4458	1,5114	1,1
19303	SCHIZOFRENIE S MCC	1,5652	2,7376	1,1
19311	PSYCHÓZY BEZ CC	1,2005	1,2315	1,1
19312	PSYCHÓZY S CC	1,2005	1,2315	1,1
19313	PSYCHÓZY S MCC	1,321	2,5704	1,1
19321	PORUCHY OSOBNOSTI BEZ CC	0,868	0,9164	1,1
19322	PORUCHY OSOBNOSTI S CC	0,868	0,9253	1,1
19323	PORUCHY OSOBNOSTI S MCC	1,2557	2,1773	1,1
19331	BIPOLÁRNÍ PORUCHY BEZ CC	1,4456	1,4972	1,1
19332	BIPOLÁRNÍ PORUCHY S CC	1,4456	1,4972	1,1
19333	BIPOLÁRNÍ PORUCHY S MCC	1,4456	2,6224	1,1
19341	DEPRESE BEZ CC	0,8451	0,9175	1,1
19342	DEPRESE S CC	1,0718	1,1392	1,1
19343	DEPRESE S MCC	1,6553	2,2441	1,1
19351	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH BEZ CC	0,5708	0,5845	1,1
19352	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH S CC	0,5708	0,5845	1,1
19353	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH S MCC	0,6949	1,2016	1,1
19361	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE BEZ CC	0,6784	0,716	1,1
19362	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE S CC	0,6784	0,716	1,1
19363	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE S MCC	0,806	1,042	1,1
19371	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY BEZ CC	0,8207	0,8336	1,5
19372	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S CC	0,8207	0,8336	1,5
19373	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S MCC	0,8207	1,0009	1,5
19381	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY BEZ CC	1,9308	2,0551	1,38
19382	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY S CC	1,9308	2,0551	1,38
19383	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY S MCC	2,445	3,2679	1,38
19391	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY BEZ CC	0,5105	0,4989	1,38
19392	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S CC	0,5247	0,5485	1,38
19393	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S MCC	0,7918	1,596	1,38
20301	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE BEZ CC	0,1111	0,121	1,1
20302	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S CC	0,1111	0,121	1,1

20303	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S MCC	0,2041	0,2475	1,1
20311	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ BEZ CC	0,9051	1,1296	1,1
20312	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ S CC	0,9051	1,1296	1,1
20313	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ S MCC	0,9051	1,1296	1,1
20321	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU BEZ CC	0,4522	0,5057	1,38
20322	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU S CC	0,5616	0,6615	1,38
20323	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU S MCC	0,9535	1,1987	1,38
20331	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU BEZ CC	0,3092	0,3296	1,1
20332	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S CC	0,3731	0,3967	1,1
20333	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S MCC	0,6151	0,7804	1,1
20341	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH BEZ CC	0,4927	0,5507	1,1
20342	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH S CC	0,6216	0,6897	1,1
20343	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH S MCC	0,8149	1,2972	1,1
21011	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH BEZ CC	1,6047	1,3337	1,5
21012	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH S CC	2,7138	2,3739	1,5
21013	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH S MCC	7,2275	7,1876	1,5
21021	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH BEZ CC	1,1904	1,2436	1,38
21022	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH S CC	2,2991	2,2372	1,38
21023	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH S MCC	4,7288	5,1512	1,38
21301	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH BEZ CC	0,6534	0,5782	1,38
21302	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH S CC	1,0895	0,8812	1,38

21303	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH S MCC	3,2779	3,6246	1,38
21311	ALERGICKÉ REAKCE BEZ CC	0,2027	0,2008	1,1
21312	ALERGICKÉ REAKCE S CC	0,2492	0,2491	1,1
21313	ALERGICKÉ REAKCE S MCC	0,2492	0,3214	1,1
21321	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) BEZ CC	0,2925	0,2948	1,38
21322	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) S CC	0,4294	0,49	1,38
21323	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) S MCC	0,9864	1,1931	1,38
21331	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ BEZ CC	0,2623	0,2594	1,38
21332	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ S CC	0,4727	0,4042	1,38
21333	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ S MCC	1,0086	1,101	1,38
21341	SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO BEZ CC	0,5098	0,4494	1,38
21342	SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO S CC	1,8439	1,6498	1,38
21343	SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO S MCC	5,5155	4,5941	1,38
21351	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ BEZ CC	0,2924	0,2696	1,38
21352	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ S CC	0,4392	0,4179	1,38
21353	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ S MCC	1,0585	1,2139	1,38
22501	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE BEZ CC	0,338	0,3046	1,38
22502	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE S CC	0,338	0,3046	1,38
22503	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE S MCC	0,338	0,3046	1,38
22510	ROZSÁHLÉ POPÁLENINY S KOŽNÍM ŠTĚPEM	5,9817	5,3522	3,9
22521	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM BEZ CC	2,2478	1,9184	1,7
22522	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM S CC	6,6398	3,9645	1,7
22523	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM S MCC	6,6398	7,6972	1,7
22530	ROZSÁHLÉ POPÁLENINY BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU	1,5518	1,3026	3,9
22541	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ BEZ CC	0,8202	0,7014	1,38
22542	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ S CC	1,2211	0,8914	1,38

22543	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ S MCC	3,438	3,4641	1,38
22551	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE BEZ CC	0,5835	0,4898	1,38
22552	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE S CC	1,1567	0,9362	1,38
22553	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE S MCC	1,2166	1,7097	1,38
23011	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI BEZ CC	0,6618	0,6995	1,38
23012	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI S CC	1,3169	1,4225	1,38
23013	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI S MCC	4,1765	4,0078	1,38
23301	REHABILITACE BEZ CC	0,9678	0,9939	1,1
23302	REHABILITACE S CC	1,0445	1,0911	1,1
23303	REHABILITACE S MCC	1,2603	1,1902	1,1
23311	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY BEZ CC	0,3314	0,3391	1,38
23312	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY S CC	0,464	0,4818	1,38
23313	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY S MCC	0,6003	0,5718	1,38
23321	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV BEZ CC	0,2408	0,2363	1,38
23322	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV S CC	0,4634	0,4496	1,38
23323	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV S MCC	0,9781	1,0167	1,38
23330	REHABILITACE > 55 DNÍ	5,5985		1,38
23340	REHABILITACE 49-55 DNÍ	4,1696		1,38
23351	REHABILITACE 42-48 DNÍ BEZ CC	2,9946		1,5
23352	REHABILITACE 42-48 DNÍ S CC	2,9946		1,5
23353	REHABILITACE 42-48 DNÍ S MCC	3,8618		1,5
23361	REHABILITACE 35-41 DNÍ BEZ CC	2,539		1,5
23362	REHABILITACE 35-41 DNÍ S CC	2,539		1,5
23363	REHABILITACE 35-41 DNÍ S MCC	3,0212		1,5
23371	REHABILITACE 28-34 DNÍ BEZ CC	2,0613		1,38
23372	REHABILITACE 28-34 DNÍ S CC	2,0613		1,38
23373	REHABILITACE 28-34 DNÍ S MCC	2,4106		1,38
23381	REHABILITACE 21-27 DNÍ BEZ CC	1,5975		1,1
23382	REHABILITACE 21-27 DNÍ S CC	1,6431		1,1
23383	REHABILITACE 21-27 DNÍ S MCC	1,8578		1,1
23391	REHABILITACE 14-20 DNÍ BEZ CC	1,2229		1,5
23392	REHABILITACE 14-20 DNÍ S CC	1,236		1,5

23393	REHABILITACE 14-20 DNÍ S MCC	1,316		1,5
23401	REHABILITACE 5-13 DNÍ BEZ CC	0,7601		1,5
23402	REHABILITACE 5-13 DNÍ S CC	0,7601		1,5
23403	REHABILITACE 5-13 DNÍ S MCC	0,7841		1,5
24010	HIV S VÝKONEM, S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV	0,9544	0,9874	3,9
24020	HIV S VÝKONEM, S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV	1,2227	1,1562	3,9
24031	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV BEZ CC	0,3839	0,3577	1,7
24032	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV S CC	0,3839	0,3577	1,7
24033	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV S MCC	0,3839	0,3577	1,7
24301	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU BEZ CC	1,9657	1,7321	1,7
24302	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU S CC	2,1118	1,9066	1,7
24303	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU S MCC	4,8796	4,894	1,7
24311	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ BEZ CC	0,1349	0,1349	1,7
24312	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ S CC	0,1349	0,1349	1,7
24313	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ S MCC	0,1349	0,1349	1,7
24320	HIV S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV	0,6034	0,5171	3,9
24331	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU BEZ CC	5,0005	4,6813	1,7
24332	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU S CC	5,0005	4,6813	1,7
24333	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU S MCC	5,0005	4,6813	1,7
24341	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY BEZ CC	0,8918	0,6939	1,7
24342	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY S CC	0,8918	0,6939	1,7

24343	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY S MCC	0,8918	0,8274	1,7
24350	HIV BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV	0,9842	1,0693	3,9
25011	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	4,2617	3,8927	1,5
25012	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	4,2617	3,8927	1,5
25013	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	7,442	7,3516	1,5
25021	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	3,4375	3,1578	1,5
25022	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	3,4375	3,1578	1,5
25023	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	5,7591	5,646	1,5
25030	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	65,4383	63,2752	1,38
25040	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 504 HODIN (22-42 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	37,2718	37,725	1,7
25051	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	23,0031	19,0766	1,7
25052	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	23,0031	22,2583	1,7
25053	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	23,0031	24,5104	1,7
25061	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN BEZ CC	13,999	13,8626	1,7
25062	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN S CC	13,999	13,8626	1,7
25063	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN S MCC	13,999	13,8626	1,7
25071	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	11,9123	15,121	1,5

25072	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	11,9123	15,121	1,5
25073	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	16,2326	16,935	1,5
25301	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	0,9717	0,8649	1,38
25302	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	0,9717	0,8649	1,38
25303	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	1,7608	1,7024	1,38
25311	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU BEZ CC	0,9612	0,9391	1,38
25312	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU S CC	0,9612	0,9391	1,38
25313	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU S MCC	1,2251	0,9391	1,38
25320	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ)	47,2581	45,0809	1,5
25330	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 504 HODIN (22-42 DNÍ)	20,2993	28,547	1,5
25341	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) BEZ CC	8,3209	8,0438	1,5
25342	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S CC	15,3846	14,481	1,5
25343	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S MCC	16,3254	15,1345	1,5
25361	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) BEZ CC	7,6528	8,2376	1,5
25362	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S CC	7,6528	8,2376	1,5
25363	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S MCC	7,6528	8,2376	1,5
25370	ÚMRTÍ DO 5 DNÍ OD PŘÍJMU PŘI POLYTRAUMATU	2,2333	2,6616	1,5
88871	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	0,9886	0,9956	1,38
88872	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	1,9972	2,0358	1,38
88873	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC	4,1014	4,2478	1,38

88881	PROSTATICKE VYKONY, KTERE SE NETYKAJI HLAVNI DIAGNOZY BEZ CC	2,0442	2,019	1,1
88882	PROSTATICKE VYKONY, KTERE SE NETYKAJI HLAVNI DIAGNOZY S CC	3,6132	3,2408	1,1
88883	PROSTATICKE VYKONY, KTERE SE NETYKAJI HLAVNI DIAGNOZY S MCC	4,4708	5,087	1,1
88891	VYKONY OMEZENEHOU ROZSAHU, KTERE SE NETYKAJI HLAVNI DIAGNOZY BEZ CC	0,6161	0,5826	1,1
88892	VYKONY OMEZENEHOU ROZSAHU, KTERE SE NETYKAJI HLAVNI DIAGNOZY S CC	1,1071	1,0843	1,1
88893	VYKONY OMEZENEHOU ROZSAHU, KTERE SE NETYKAJI HLAVNI DIAGNOZY S MCC	1,9772	1,9506	1,1
99980	HLAVNI DIAGNOZA NEPLATNA JAKO PROPOUSTECI DIAGNOZA	0,1	0,11	1,38
99990	NEZARADITELNE	0,1	0,11	1,38

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 (dále jen „ZP“). 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 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 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 způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace</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>	368 Kč

	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, interdentalní 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.	Nelze kombinovat s kódem 00908. 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 vyšetření. Odbornost – 014	105 Kč
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	Lze vykázat 1/1 den. Odbornost – 014	95 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.

	stomatologickými výkony, nikoliv s výrobky. U dětí lze vykázat i bez kurativního výkonu.	Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE ⁵⁾ lze vykázat i při vyžádané péči neregistrovaného pojištěnce.	
00907	<u>Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do 15 let</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce.	Lze vykázat 1/1 den Pouze při kurativní návštěvě (nelze vykázat 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 vykázat 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 vykázat 1/1 den. Odbornost – 014	295 Kč
00909	<u>Klinické stomatologické vyšetření</u> Vyšetření odborníkem na klinickém pracovišti na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření.	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 i pro poskytování lůžkové péče poskytovateli zubního lékařství nebo Ústavem klinické a experimentální stomatologie. 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	410 Kč
00910	<u>Zhotovení intraorálního rentgenového snímku</u>	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	70 Kč

	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).		
00911	<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).	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	225 Kč
00912	<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.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE ⁵ ; 605	581 Kč
00913	<u>Zhotovení ortopantomogramu</u> Zhotovení extraorálního panoramatického snímku na speciálním rentgenovém přístroji. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval.	Lze vykázat 1/2 roky Odbornost 014; 015; 605 (omezení frekvencí neplatí pro odbornost 605, 015 a pro odbornost 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE ⁵);	275 Kč
00914	<u>Vyhodnocení ortopantomogramu</u> Vyhodnocení panoramatického rentgenového snímku zubních oblouků a skeletu čelistí nebo ostatních extraorálních snímků. 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 lékařů ⁵), může kód vykázat i tento zubní lékař.	Lze vykázat 1/1 snímek/1 poskytovatel Odbornost – 014; 015; 605	70 Kč
00915	<u>Zhotovení telerentgenového snímku lbi</u> Zhotovení dálkového rentgenového snímku lbi na speciálním rentgenovém přístroji. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH; PE ⁵ ; 015; 605	270 Kč
00916	<u>Anestézie na foramen mandibulae</u>	Lze vykázat – bez omezení.	100 Kč

	<u>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.	Odbornost – 014; 015; 605	
00917	<u>Anestézie infiltrační</u> Aplikace injekční anestézie pro každý sextant, včetně anestézie na foramen mentale, foramen palatinum maius a foramen incisivum. Počítá se anestezovaná oblast, nikoli počet vpichů; ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	80 Kč
00920	<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.	Lze vykázat 1 zub/6 měsíců Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	315 Kč
00921	<u>Ošetření zubního kazu – stálý zub</u> Ošetření zubního kazu definitivní 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 nedózovaného amalgámu v celém rozsahu).	Lze vykázat 1 zub/365 dní 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 1 rok lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	220 Kč
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	Nelze kombinovat s kódem 00925. Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub pouze tehdy, pokud následuje konzervačně – chirurgická léčba komplikací zubního kazu.	181 Kč

	a provizorní výplně. Po definitivním endodontickém ošetření zubu za každý zaplněný kořenový kanálek zinkoxydfosfátovým cementem. Počet návštěv nerozhoduje.	Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	
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 ošetření zubu metodou apexifikace.	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
00931	<u>Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu</u> Odborné vyšetření parodontu, vyšetření pomocí parodontologického indexu CPITN, stanovení individuálního léčebného postupu, zahájení konzervativní léčby – odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), instruktáž a motivace orální hygieny.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE ⁵⁾	700 Kč
00932	<u>Léčba chronických onemocnění parodontu</u> Vyšetření parodontu na základě zařazení onemocnění při vyšetření pomocí indexu CPITN, kdy je stanoven index CPI 2-3, případně dalších parodontologických indexů a vyšetřovacích metod v průběhu parodontologické léčby. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče. Pokračování konzervativní léčby (fáze iniciální nebo udržovací) – kontrola orální hygieny pomocí k tomu určených indexů (například PBI, API), jejichž hodnoty musí být zaznamenány v dokumentaci, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), remotivace a korekce konkrétní metody orální hygieny,	Lze vykázat 3/1 kalendářní rok Při třetím vykázání kódu v roce nutno zhodnotit léčbu pomocí indexu CPITN. Odbornost – 014	243 Kč

	odstranění lokálního dráždění parodontu. Odstup mezi vykázáním kódů 00932 musí být v takovém minimálním intervalu, aby bylo možno prokázat účelnost léčby. Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem (kód 00938) a subgingivální ošetření (kód 00935) se vykazuje zvlášť.		
00933	<u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu</u> Provedený chirurgický výkon v mukogingivální oblasti navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu (gingivektomie s plastikou) za každý zub.	Lze vykázat – bez omezení Lokalizace – zub Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE ⁵⁾	420 Kč
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 stomatognátního 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	Lze vykázat 1/1 zub/365 dní Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015	44 Kč

	stabilizaci zubů s oslabeným parodontem zhotovené podle přílohy č. 1 zákona (samopolymerující kompozitní pryskyřice). Vykazuje se za každý zub.		
00940	<u>Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice</u> Při komplexním vyšetření ústní sliznice, stanovení diagnózy.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;PE ⁵⁾	700 Kč
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 školicích 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 školicích 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. 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 způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle	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

	přílohy č. 1 zákona.		
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, kombinací 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	168 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	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

	kloubu nebo antrotomie a podobně.		
00953	<u>Chirurgické ošetřování retence zubů</u> 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).	Lze vykázat 1/1 zub Lokalizace – zub Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH;PE ⁵); 015; 605	630 Kč
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);	750 Kč

		605	
00959	<u>Intraorální incize</u> Léčba zánětu intraorální incizí s případnou dilatací, vypuštěním exsudátu a zavedením drénu.	Lze vykázat – bez omezení Lokalizace – kvadrant Odbornost – 014; 015; 605	105 Kč
00960	<u>Zevní incize</u> Léčba kolemčelistního zánětu zevní incizí, 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	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014	5 Kč

	Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti, případně Rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování (péče), vystavil.		
00968	Stomatologické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL stomatologem 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. Kód nelze načítovat 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). Kód 00968 bude v roce 2014 hrazen pouze poskytovatelům, kteří jsou uvedeni na seznamu garantovaném odbornou společností a dohodnutém se zdravotními pojišťovnami.	Lze vykázat 1/1 den pouze v souvislosti s kódy 00951, 00952, 00953, 00954, 00955, 00956, 00957, 00958, 00960, 00962. 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).	1 000 Kč
00970	<u>Sejmutí fixní náhrady – za každou piliřovou konstrukci</u> Sejmutí fixní náhrady rázovým nástrojem nebo rozbroušením korunky a její deformací.	Lze vykázat 1/730 dní Nelze vykázat u provizorních náhrad. Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	91 Kč
00971	<u>Provizorní ochranná korunka</u> Adaptace a fixace konfekční korunky k ochraně preparovaného, frangovaného nebo jinak destruovaného zubu, nebo individuální ochranná korunka zhotovená razidlovou metodou v ústech pacienta. Zahrnuje i opakované nasazení.	Lze vykázat 1/730 dní Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	69 Kč
00973	<u>Oprava nebo úprava snímatelné náhrady v ordinaci</u> Oprava nebo jednoduchá úprava snímatelné náhrady v ordinaci bez návaznosti na další laboratorní zpracování.	Lze vykázat 5/1kalendářní rok Nelze vykázat při odevzdání nové snímatelné náhrady (nejdříve dva měsíce po odevzdání nové snímatelné náhrady). Lokalizace – čelist Odbornost – 014; 015; 605	39 Kč
00974	<u>Odevzdání stomatologického výrobku</u> Poskytovatel vykazuje při odevzdání stomatologického výrobku (kód slouží pouze pro vykazování zvlášť účtovaných léčivých přípravků a stomatologických výrobků (dokladem 03s).	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	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	Lze vykázat 1/1 pojištěnce a poskytovatele Odbornost – 015	600 Kč

	nutné zahájit vlastní ortodontickou léčbu vstupním vyšetřením, založením vlastní dokumentace a vykázáním kódu 00981.		
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 vykázání 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 čtvrtletí po dobu 4 let. 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 po dobu 4 let. 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 pojištění před začátkem nebo po ukončení aktivní fáze ortodontické léčby snímacími nebo fixními aparáty podle individuálního léčebného postupu. Součástí může být i použití pevných, nebo snímacích dlah, retainerů nebo jiných retenčních aparátů.	Lze vykázat 1/1 kalendářní pololetí, maximálně po dobu 4 let. Odbornost – 015	220 Kč
00987	<u>Stanovení fáze růstu</u>	Lze vykázat 2/1 pojištění	53 Kč

	Určení růstové fáze pojištěnce – skeletální věk, zhodnocením rentgenového snímku ruky nebo krčních obratlů.	Odbornost – 015	
00988	<u>Analýza telerentgenového 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 pásy 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 aparátem 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.	Lze vykázat 1/1 čelist do věku 10 let. Lokalizace – čelist Odbornost – 015	900 Kč

Vysvětlení zkratk:

PZL praktický zubní lékař
PA parodontolog
CH stomatochirurg
PE pedostomatolog

Koeficienty vážené změny počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle krajů České republiky pro akutní lůžkovou péči

Index vážené změny počtu pojištěnců mezi 1.1.2014 a 1.1.2012							
kraj / ZP	VZP ČR	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZP ČR	MV RBP
Hlavní město Praha	0,960	1,096	1,619	1,028	1,000	1,068	1,000
Jihočeský	1,004	1,041	1,125	1,071	1,000	1,073	1,000
Jihomoravský	0,976	1,203	1,067	1,031	1,000	1,071	1,046
Karlovarský	0,969	1,179	1,079	1,106	1,000	1,060	1,000
Kraj Vysočina	0,978	1,169	1,057	1,145	1,000	1,066	1,000
Královehradecký	0,989	1,065	1,068	1,143	1,051	1,085	1,000
Liberecký	0,996	1,111	1,063	1,154	1,122	1,092	1,000
Moravskoslezský	0,944	1,085	1,048	1,090	1,000	1,093	1,086
Olomoucký	0,976	1,096	1,047	1,091	1,000	1,096	0,989
Pardubický	0,986	1,119	1,073	1,164	1,000	1,081	1,000
Plzeňský	0,972	1,224	1,033	1,078	1,000	1,075	1,000
Středočeský	0,991	1,182	1,049	1,092	1,033	1,091	1,000
Ústecký	0,971	1,196	1,063	1,040	1,000	1,086	1,000
Zlínský	0,983	1,179	1,063	1,059	1,000	1,100	1,052

Vysvětlení zkratk:

VZP ČR – Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

VoZP – Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky

ČPZP – Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

OZP – Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

ZPŠ – Zdravotní pojišťovna Škoda

ZP MV ČR – Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky

RBP – Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

Koeficienty vážené změny počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle krajů České republiky pro ambulantní péči

Index vážené změny počtu pojištěnců mezi 1.1.2014 a 1.1.2012							
kraj / ZP	VZP ČR	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZP ČR	MV RBP
Hlavní město Praha	0,960	1,106	1,777	1,005	1,000	1,057	1,000
Jihočeský	0,991	1,021	1,141	1,054	1,000	1,051	1,000
Jihomoravský	0,976	1,201	1,055	1,011	1,000	1,049	1,007
Karlovarský	0,962	1,164	1,070	1,087	1,000	1,037	1,000
Kraj Vysočina	0,996	1,161	1,034	1,147	1,000	1,043	1,000
Královehradecký	0,978	1,055	1,052	1,144	1,035	1,059	1,000
Liberecký	0,990	1,104	1,037	1,151	1,106	1,070	1,000
Moravskoslezský	0,931	1,059	1,027	1,079	1,000	1,066	1,054
Olomoucký	0,967	1,084	1,022	1,078	1,000	1,077	0,939
Pardubický	0,985	1,109	1,064	1,167	1,000	1,058	1,000
Plzeňský	0,967	1,209	1,013	1,069	1,000	1,052	1,000
Středočeský	1,006	1,182	1,031	1,079	1,015	1,073	1,000
Ústecký	0,981	1,195	1,043	1,017	1,000	1,062	1,000
Zlínský	0,986	1,161	1,043	1,038	1,000	1,077	1,016

Vysvětlení zkratk:

VZP ČR – Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

VoZP – Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky

ČPZP – Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

OZP – Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

ZPŠ – Zdravotní pojišťovna Škoda

ZP MV ČR – Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky

RBP – Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

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)