425

VYHLÁŠKA

ze dne 15. prosince 2011

o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2012

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 17 odst. 6 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. a zákona č. 298/2011 Sb.:

§ 1

Tato vyhláška stanoví pro rok 2012 hodnoty bodu, výši úhrad zdravotní péče poskytované 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 zdravotní péče poskytované pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska podle přímo použitelných předpisů Evropské unie[1]) a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast zdravotní péče[2]) (dále jen „zahraniční pojištěnec"), hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulační omezení objemu této zdravotní péče pro způsoby úhrady uvedené v § 3 až 17, poskytované

a) ve smluvních zdravotnických zařízeních ústavní péče, včetně odborných léčebných ústavů, léčeben dlouhodobě nemocných, zdravotnických zařízení vykazujících ošetřovací den č. 00005 podle vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami[3]) (dále jen „seznam výkonů"), a zdravotnických zařízení hospicového typu podle § 22a zákona,

b) smluvními praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost,

c) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících specializovanou ambulantní zdravotní péči, včetně ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících hemodialyzační zdravotní péči a ortoptickou zdravotní péči,

d) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů,

e) smluvními zubními lékaři,

f) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen „vyjmenovaná odbornost"),

g) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornos-

---

[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.
Nařízení Rady (EHS) č. 1408/71 ze dne 14. června 1971, o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství.
Nařízení Rady (EHS) č. 574/72 ze dne 21. března 1972, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (EHS) č. 1408/71, o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství.

[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. 82/2000 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Chorvatskou republikou 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.

tech 911, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů,

h) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů,

i) smluvními zdravotnickými zařízeními zdravotnické záchranné služby, smluvními zdravotnickými zařízeními poskytujícími dopravní zdravotní službu a lékařskou službu první pomoci,

j) smluvními zdravotnickými zařízeními lázeňské péče a ozdravovnami,

k) v rámci neodkladné zdravotní péče v nesmluvních zdravotnických zařízeních.

§ 2

(1) Referenčním obdobím se rozumí pro účely příloh č. 1, 4 a 8 k této vyhlášce rok 2010 a pro účely příloh č. 3, 5, 6 a 7 k této vyhlášce příslušné pololetí roku 2010.

(2) Hodnoceným obdobím se rozumí pro účely příloh č. 1, 4 a 8 k této vyhlášce rok 2012 a pro účely příloh č. 3, 5, 6 a 7 k této vyhlášce příslušné pololetí roku 2012.

(3) Unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí jeden pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny ošetřený zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jednou, s tím, že není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastní péče nebo péče vyžádané. Pokud byl tento pojištěnec zdravotnickým zařízením 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 zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za výkony za referenční období podle příloh č. 3, 5 až 8 k této vyhlášce se těmito body rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2012.

§ 3

Pro zdravotní péči poskytovanou zahraničním pojištěncům hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu v § 8, 12 a 14 a v přílohách č. 1 až 8 k této vyhlášce.

§ 4

(1) Pro zdravotní péči poskytovanou zdravotnickými zařízeními ústavní péče, s výjimkou zdravotní péče poskytované v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných, ve zdravotnických zařízeních vykazujících ošetřovací den č. 00005 podle seznamu výkonů a ve zdravotnických zařízeních hospicového typu, se hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení stanoví v přílohách č. 1, 9 až 11 k této vyhlášce.

(2) Pro zdravotní péči poskytovanou v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných, ve zdravotnických zařízeních vykazujících ošetřovací den č. 00005 podle seznamu výkonů a ve zdravotnických zařízeních hospicového typu, hrazenou paušální sazbou za jeden den hospitalizace nebo podle seznamu výkonů se hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení stanoví v příloze č. 1 k této vyhlášce.

§ 5

Pro zdravotní péči poskytovanou praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost hrazenou kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace, nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce.

§ 6

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

§ 7

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

§ 8

(1) Pro zdravotní péči poskytovanou zubními lékaři hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 0,95 Kč.

(2) Výše úhrad zdravotní péče v korunách českých poskytované zubními lékaři nehrazené podle odstavce 1 a příslušná regulační omezení se stanoví v příloze č. 12 k této vyhlášce.

(3) Zdravotní pojišťovna je oprávněna omezit výši úhrady zdravotnickým zařízením tak, aby celková výše nákladů zdravotní pojišťovny vynaložených na zdravotní péči poskytovanou zubními lékaři v roce 2012 nepřekročila celkovou výši těchto nákladů stanovenou ve zdravotně pojistném plánu zdravotní pojišťovny. Pokud by překročení celkové výše úhrady za zdravotní péči poskytovanou zubními lékaři, stanovené ve zdravotně pojistném plánu zdravotní pojišťovny na tuto zdravotní péči, bylo způsobeno poskytnutím většího objemu nutné a neodkladné zdravotní péče oproti roku 2010, zdravotní pojišťovna tento větší objem zohlední v úhradě.

§ 9

Pro zdravotní péči poskytovanou ambulantními zdravotnickými zařízeními ve vyjmenovaných odbornostech hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 5 k této vyhlášce.

§ 10

Pro zdravotní péči poskytovanou ambulantními zdravotnickými zařízeními v odbornostech 911, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 6 k této vyhlášce.

§ 11

Pro zdravotní péči poskytovanou ambulantními zdravotnickými zařízeními v odbornosti 902 podle seznamu výkonů hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 7 k této vyhlášce.

§ 12

Pro zdravotní péči poskytovanou v rámci zdravotnické záchranné služby hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč.

§ 13

Pro výkony poskytované dopravní zdravotní službou hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 8 k této vyhlášce.

§ 14

Pro zdravotní péči poskytovanou v rámci lékařské služby první pomoci hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,95 Kč.

§ 15

(1) Pro komplexní lázeňskou péči poskytovanou zdravotnickými zařízeními lázeňské péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána k 31. prosinci 2010, nejméně však ve výši 850 Kč.

(2) Pro příspěvkovou lázeňskou péči poskytovanou zdravotnickými zařízeními lázeňské péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána k 31. prosinci 2010, nejméně však ve výši 280 Kč.

(3) Pro zdravotní péči poskytovanou v ozdravovnách se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána k 31. prosinci 2010, nejméně však ve výši 540 Kč.

§ 16

Podle § 3 až 15 se postupuje, pokud se zdravotní pojišťovna a zdravotnické zařízení při dodržení podmínek stanovených v § 17 odst. 6 zákona nedohodnou jinak.

§ 17

Pro neodkladnou zdravotní péči v nesmluvních zdravotnických zařízeních hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 85 % hodnoty bodu stanovené v § 8, 12 a 14 a v přílohách č. 1 až 8 k této vyhlášce. Výsledná hodnota bodu se zaokrouhluje na 2 desetinná místa.

§ 18

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2012.

Ministr:

doc. MUDr. **Heger**, CSc., v. r.

Příloha č. 1 k vyhlášce č. 425/2011 Sb.

Hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení podle § 4

A) Ústavní péče podle § 4 odst. 1

1. Úhrada zdravotnickému zařízení v roce 2012 zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady, úhradu formou případového paušálu, úhradu vyčleněnou z úhrady formou případového paušálu a ambulantní složku úhrady. Do referenčního období je zařazena veškerá zdravotní péče poskytnutá v roce 2010, zdravotnickým zařízením vykázaná do 31. května 2011 a zdravotní pojišťovnou uznaná do 30. září 2011. Do hodnoceného období je zařazena veškerá zdravotní péče poskytnutá v roce 2012, zdravotnickým zařízením vykázaná do 31. března 2013 a zdravotní pojišťovnou uznaná do 30. května 2013.

2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

   2.1 Výši a způsob úhrady zdravotní péče zařazené podle Klasifikace hospitalizovaných pacientů[4)] (dále jen „Klasifikace“) do skupin vztažených k diagnóze:

   a) 08021, 08022, 08023, 08041, 08042, 08043, 08181, 08182, 08183,
   b) 05011, 05012, 05013, 05070, 05161, 05162, 05163, 05111, 05112, 05113,
   c) 02041, 02042, 02043,
   d) 01051, 01052, 01053,
   e) 05191, 05192, 05193,
   f) 06061, 06062, 06063,
   g) 07041, 07042, 07043,
   h) 08191, 08192, 08193,
   i) 13091, 13092, 13093,

   uvedených v příloze č. 9 (dále jen „vyjmenované skupiny“) zdravotní pojišťovna smluvně dohodne se zdravotnickým zařízením. Pokud se zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením dohodnou, individuálně smluvně sjednaná složka úhrady může zahrnovat i úhradu jiné zdravotní péče, než je uvedeno ve větě první; v takovém případě se tato úhrada, stejně jako úhrada za zdravotní péči zařazenou podle Klasifikace[4)] do vyjmenovaných skupin, nezapočítává do úhrady uvedené v bodě 3.

   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“), na jednoho unikátního pojištěnce, kterému byl poskytnut uvedený léčivý přípravek v hodnoceném období, se stanoví ve výši 98 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období vztažené k jednotlivým diagnózám. Celková úhrada vztažená k jednotlivé diagnóze se vypočte násobkem úhrady na jednoho unikátního pojištěnce stanovené podle věty první a počtem unikátních pojištěnců, kterým

4) Sdělení ČSÚ č. 339/2011 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG).

byl poskytnut uvedený léčivý přípravek v rámci dané diagnózy v hodnoceném období. Nejvyšší možná celková úhrada za hodnocené období se vypočítá jako násobek úhrady stanovené podle věty první a 110 % počtu unikátních pojištěnců, kterým byl v rámci dané diagnózy poskytnut výše uvedený léčivý přípravek v referenčním období.

3. Úhrada formou případového paušálu

3.1 Úhrada formou případového paušálu ($PU_{drg2012}$) zahrnuje úhradu za zdravotní péči zařazenou podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a stanoví se takto:

$$PU_{drg2012} = CM_{red} * ZS_{2012}$$

kde:

CM_{red} redukovaná výše $CM_{alfa2012}$, která se stanoví podle následujících podmínek:

a) pokud poměr $CM_{alfa2012}$/ $CM_{alfa2010}$ je větší než 1,05 a zároveň $PP_{alfadrg}$ je větší než 1,03, potom

$$CM_{red} = CM_{alfa2010} * 1,05$$

kde:

$CM_{alfa2012}$ počet případů hospitalizací zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce

$CM_{alfa2010}$ počet případů hospitalizací ukončených a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce

$PP_{alfadrg}$ poměr počtu zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v roce 2012, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce, a zdravotnickým zařízením vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného počtu hospitalizací, ukončených v roce 2010, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce

b) pokud poměr $CM_{alfa2012}$/ $CM_{alfa2010}$ je menší nebo roven než 1,05, a zároveň poměr $CM_{alfa2012}$/ $CM_{alfa2010}$ není větší než ($PP_{alfadrg}$ + 0,02), potom

$CM_{red} = CM_{alfa2012}$

c) pokud nejsou splněny podmínky stanovené v písmenu a) nebo b) a pokud poměr $CM_{alfa2012}/ CM_{alfa2010}$ je vyšší než $(PP_{alfadrg} + 0,02)$, potom

CM_{red} se snižuje o takový počet procentních bodů, který tvoří rozdíl mezi $CM_{alfa2012}/ CM_{alfa2010}$ a $(PP_{alfadrg} + 0,02)$, za následujících podmínek:

1) je-li $CM_{alfa2012}/ CM_{alfa2010}$ menší nebo roven než 1,05, potom

$CM_{red} = CM_{alfa2012}$

2) je-li $CM_{alfa2012}/ CM_{alfa2010}$ větší než 1,05, potom

$CM_{red} = CM_{alfa2010} * 1,05$

ZS_{2012} základní sazba pro úhradu formou případového paušálu, která se vypočte takto:

$$ZS_{2012} = [IZS_{2010} * (1 - Kp) + (ZS_{ref} * Kp)] * Kn$$

kde:

IZS_{2010} referenční individuální základní sazba, která se vypočte takto:

$$IZS_{2010} = U_{all2010} / CM_{all2010}$$

kde:

$U_{all2010}$ celková výše úhrady za zdravotnickým zařízením vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou péči poskytnutou během hospitalizací v referenčním období, včetně vypořádání regulačních omezení a realizovaných navýšení úhrady, s výjimkou doplatku za ambulantní složku úhrady

$CM_{all2010}$ počet případů hospitalizací ukončených v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v přílohách č. 9, 10 a 11 k této vyhlášce

Kp přibližovací koeficient, který se stanoví ve výši 0,25

ZS_{ref} referenční (celostátní) základní sazba, která se stanoví ve výši 29 500 Kč

Kn koeficient navýšení základní sazby ZS_{2012} , který se stanoví na 1,07

4. Úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu

4.1 Úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu zahrnuje úhradu za zdravotní péči zařazenou podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce. Pro úhradu zdravotní péče vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, hrazené podle seznamu výkonů, zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, se stanoví hodnota bodu ve výši ICB_{ref} * 1,07 do limitu (LIM $PU_{betadrg2012}$) vypočteného takto:

$$LIM\ PU_{betadrg2012} = [(V_{betadrg2010} * ICB_{ref}) + ZUM_{betadrg2010} + ZULP_{betadrg2010} + LP_{betadrg2010} + KP_{betadrg2010}] * 1,07$$

kde:

$V_{betadrg2010}$ celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za výkony provedené během hospitalizací, za referenční období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č.11 k této vyhlášce. Počty bodů podle věty první se přepočtou podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2012

ICB_{ref} vypočtená individuální cena bodu zdravotnického zařízení, která se stanoví jako podíl U_{ref}/B_{ref}

kde:

U_{ref} celková úhrada náležející zdravotnickému zařízení za veškerou zdravotní péči poskytnutou v referenčním období, po vypořádání všech regulačních opatření, s výjimkou regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, snížená o úhradu za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál, poskytnuté v referenčním období, vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané v souvislosti s péčí o pacienty, o paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 7 zákona, a dále o úhradu ostatní zdravotní péče hrazené v korunách českých (KP_{ref})

B_{ref} celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů, přepočtených podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2012, za zdravotní péči poskytnutou v referenčním období

$ZUM_{betadrg2010}$ celková výše úhrady za zdravotnickým zařízením vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný zvlášť účtovaný materiál poskytnutý v referenčním období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

$ZULP_{betadrg2010}$ celková výše úhrady za zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zvlášť účtované léčivé přípravky poskytnuté v referenčním období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

$LP_{betadrg2010}$ paušální částka, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 7 zákona, k ošetřovacím dnům vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným za referenční období, vztaženým k hospitalizacím v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č.11 k této vyhlášce.

$KP_{betadrg2010}$ celková výše úhrady za ostatní zdravotní péči hrazenou v korunách českých vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou za referenční období, poskytnutou zdravotnickým zařízením v průběhu hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

4.2 Pro úhradu zdravotní péče vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, hrazené podle seznamu výkonů, zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období nad vypočtený limit ($LIM\ PU_{betadrg2012}$), se stanoví hodnota bodu ve výši (ICB_{ref} * 1,07) * 0,5 a výše úhrady za zvlášť účtovaný materiál, zvlášť účtované léčivé přípravky, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 7 zákona a za ostatní zdravotní péči hrazenou v korunách českých, se vypočte takto:

$$(ZUM_{betadrg2012} + ZULP_{betadrg2012} + LP_{betadrg2012} + KP_{betadrg2012}) * 0,5$$

kde:

$ZUM_{betadrg2012}$ celková výše úhrady za zdravotnickým zařízením vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný zvlášť účtovaný materiál poskytnutý v hodnoceném období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

$ZULP_{betadrg2012}$ celková výše úhrady za zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zvlášť účtované léčivé přípravky poskytnuté v hodnoceném období v souvislosti s výkony,

provedenými během hospitalizací v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

$LP_{betadrg2012}$ paušální částka, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 7 zákona, k ošetřovacím dnům vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným za hodnocené období, vztaženým k hospitalizacím v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

$KP_{betadrg2012}$ celková výše úhrady za ostatní zdravotní péči hrazenou v korunách českých vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou za hodnocené období, poskytnutou zdravotnickým zařízením v průběhu hospitalizací v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

do celkové výše úhrady (MAX $PU_{betadrg2012}$) která se vypočte takto:

$MAX\ PU_{betadrg2012} = LIM\ PU_{betadrg2012} * 1{,}03$

5. Pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů, včetně zdravotní péče poskytované zahraničním pojištěncům, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.

6. Ambulantní složka úhrady zahrnuje úhradu specializované ambulantní zdravotní péče, zdravotní péče v odbornostech 603 a 604, podle seznamu výkonů, zdravotní péče poskytované praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost, zdravotní péče poskytované zubními lékaři, zdravotní péče ve vyjmenovaných odbornostech, zdravotní dopravy, lékařské služby první pomoci a zdravotní péče poskytované v odbornostech 902, 911, 914, 921 a 925 (dále jen „ambulantní péče“) s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření.

6.1. Pro specializovanou ambulantní zdravotní péči, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 3 k této vyhlášce

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

6.3. Pro zdravotní péči poskytovanou všeobecnými praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost, hrazenou kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce.

6.4. Zdravotní péče poskytovaná zubními lékaři se hradí podle § 8 této vyhlášky.

6.5. Pro zdravotní péči poskytovanou ve vyjmenovaných odbornostech, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 5 k této vyhlášce.

6.6. Pro výkony zdravotní dopravy, hrazené podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 8 k této vyhlášce.

6.7. Zdravotní péče poskytovaná v rámci lékařské služby první pomoci se hradí podle § 14 této vyhlášky.

6.8. Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornosti 902, podle seznamu výkonů, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 7 k této vyhlášce.

6.9. Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornostech 911, 914, 921 a 925, podle seznamu výkonů, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 6 k této vyhlášce.

6.10. Pokud součet úhrad vypočtených podle bodů 6.1 až 6.9 bude nižší než 98 % úhrady za ambulantní péči poskytnutou v referenčním období ($U_{amb2010}$), zdravotnickým zařízením vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný počet bodů za výkony ambulantní péče poskytnuté v hodnoceném období bude nejméně 100 % počtu bodů za výkony ambulantní péče poskytnuté v referenčním období, a dále pokud zdravotnické zařízení v hodnoceném období ošetří nejméně 100 % unikátních pojištěnců v porovnání s referenčním obdobím, potom se výsledná úhrada za ambulantní péči poskytnutou v hodnoceném období ($UV_{amb2012}$) stanoví ve výši

$$UV_{amb2012} = U_{amb2010} \times 0{,}98$$

6.11. Pokud zdravotnickým zařízením vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný počet bodů za výkony ambulantní péče poskytnuté v hodnoceném období bude nižší než 100 % počtu bodů za výkony ambulantní péče poskytnuté v referenčním období a zároveň pokud zdravotnické zařízení v hodnoceném období ošetří méně než 100 % unikátních pojištěnců v porovnání s referenčním obdobím, potom se $UV_{amb2012}$ sníží o stejný počet procentních bodů, o který nebylo dosaženo 100 % hodnoty stanovené v bodu 6.10. Pro snížení uvedené ve větě první se použije vyšší z hodnot, o kterou nebylo dosaženo 100 % hodnoty stanovené v bodu 6.10.

6.12. Pro nasmlouvaný výkon 09563, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,91 Kč a pro nasmlouvaný výkon 88101, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.

7. Pokud dojde ve zdravotnickém zařízení ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je ve smlouvě, včetně vyčíslení dopadů do úhrad.

8. V případě, že zdravotnické zařízení poskytne v referenčním nebo hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tato zdravotní péče se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,90 Kč.

9. Zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení poskytnout měsíční předběžnou úhradu ve výši jedné dvanáctiny z objemu úhrady stanoveného podle této vyhlášky z údajů za referenční období. Při stanovení výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zohlední změny v rozsahu a struktuře poskytované péče, včetně změny počtu hospitalizací, počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců. Předběžná úhrada za hodnocené období bude finančně vypořádána v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Ústavní péče podle § 4 odst. 2

1. Paušální sazba za jeden den hospitalizace

a) Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetřovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného ošetřovacího dne včetně režie přiřazené k ošetřovacímu dni a kategorie pacienta podle seznamu výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 7 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 se stanoví ve výši 103 % paušální sazby za jeden den hospitalizace náležející zdravotnickému zařízení v referenčním období.

c) Pokud dojde ve zdravotnickém zařízení ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je v návrhu smlouvy, včetně vyčíslení dopadů do úhrad.

2. Úhrada ambulantní péče, zvláštní ambulantní péče a zvláštní ústavní 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 hodnota bodu ve výši 0,90 Kč do 100 % objemu vypočteného takto:

$$PBro \times \frac{POPho}{POPro}$$

kde:

PBro celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období

POPho počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v hodnoceném období

POPro počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v referenčním období

Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením nad 100 % vypočteného objemu se hradí s hodnotou bodu ve výši 0,40 Kč. Finanční vypořádání se provede nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

c) Pro zvláštní ústavní péči poskytovanou ve zdravotnických 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 úhrady formou případového paušálu

1.1. Pokud zdravotní pojišťovna zjistí odchylky v Klasifikaci[4)] v konkrétním zdravotnickém zařízení ve smyslu účelového kódování, provede cílené nebo náhodné šetření, které potvrdí nebo vyvrátí podezření na účelové chování nebo kódování.

1.2. Cíleným šetřením se rozumí vyhledání konkrétních hospitalizačních případů, které při analýze pomocí informačního systému vykazovaly významné odchylky. K těmto případům si zdravotní pojišťovna vyžádá kompletní klinickou dokumentaci a revizní lékaři provedou klinický audit. Pokud bude výsledkem klinického auditu zjištění, že zdravotnické zařízení při vykazování nerespektovalo metodická pravidla vykazování a pro kódování a hospitalizační případ byl díky tomu klasifikován neoprávněně do DRG skupiny s vyšší hodnotou relativní váhy, zdravotní pojišťovna adekvátně sníží úhradu v této výši:

Matematicky vyjádřeno:

$$(CM_{původní} - CM_{revidovaný}) \times ZS_{2012} \times 3$$

kde:

$CM_{původní}$ počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace[4)] zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v přílohách č. 9, 10 a 11 k této vyhlášce, vykázaných zdravotnickým zařízením před provedením cíleného či náhodného šetření zdravotní pojišťovnou

$CM_{revidovaný}$ počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace[4)] zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v přílohách č. 9, 10 a 11 k této vyhlášce, zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných na základě cíleného či náhodného šetření

1.3. Náhodným šetřením se rozumí náhodný výběr určeného počtu hospitalizačních případů v příslušné DRG bazi, u nichž bude proveden klinický audit, tzn. porovnání vykázané péče se zdravotní péčí, zaznamenanou v klinické dokumentaci. Při zjištění nesrovnalostí uplatní zdravotní pojišťovna tento nález jako regulační opatření na celou DRG bazi za hodnocené období a sníží úhradu.

Matematicky vyjádřeno:

a) revize u statisticky méně významného počtu případů příslušné DRG baze:

$$((CM_{původní} - CM_{revidovaný}) / (CM_{původní})) \times \Sigma \text{ CM baze} \times ZS_{2012} \times 0{,}2$$

b) revize u statisticky významného počtu případů DRG příslušné baze:

$((CM_{původní} - CM_{revidovaný}) / (CM_{původní})) \times \Sigma$ CM baze $\times ZS_{2012} \times 0,8$

kde:

CM baze součet relativních vah dané DRG baze

DRG baze agregované skupiny ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace[4]. Jsou dány prvními 4 znaky z pětičíselného kódu DRG skupiny.

Statisticky významný počet případů příslušné DRG baze
více než 5% případů, minimálně však 30 případů v rámci příslušné DRG baze v příslušném zdravotnickém zařízení

Statisticky méně významný počet případů příslušné DRG baze
méně než 5% případů, minimálně však 10 případů v rámci příslušné DRG baze v příslušném zdravotnickém zařízení

2. Regulační omezení na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky

a) Pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny v hodnoceném období, s výjimkou léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, převýší 98 % úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, s výjimkou léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna sníží zdravotnickému zařízení celkovou úhradu o částku odpovídající nejvýše 40 % tohoto překročení. Snížení podle věty první zdravotní pojišťovna neuplatní, pokud zdravotnické zařízení 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 zdravotnické zařízení poskytlo v hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci uvedenou v bodu 1.

Příloha č. 2 k vyhlášce č. 425/2011 Sb.

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

A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba

1. Výše kapitační platby se vypočte podle celkového počtu zdravotnickým zařízením registrovaných přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní sazbou stanovenou na jednoho zdravotnickým zařízením registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte vynásobením počtu zdravotnickým zařízením registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny

v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 7, násobených indexem podle bodu 7. Výše základní sazby, popřípadě celková výše úhrady, může být navýšena při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením. Základní sazba podle věty první se stanoví ve výši

a) 50 Kč pro praktické lékaře a praktické lékaře pro děti a dorost, kteří poskytují zdravotní péči 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 praktické lékaře, 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 se zdravotnickým zařízením dohodnout na prodloužení ordinačních hodin odlišně,

c) 47 Kč pro ostatní praktické lékaře,

d) 49 Kč pro ostatní praktické lékaře pro děti a dorost.

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 PŘEVAZ RÁNY OD 1 CM^2 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 APLIKACE
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 OD 1 CM^2 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, zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,08 Kč.

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

6. Index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let.

7. Věkové skupiny a indexy:

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 praktický lékař nebo praktický lékař pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, má menší počet přepočtených registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců (celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky) a poskytování takové zdravotní péče je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona.
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 zdravotnické zařízení uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče, podílem, který odpovídá procentu jejích pojištěnců z přepočtených pojištěnců registrovaných tímto zdravotnickým zařízením.
3. Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se body 4 až 6 části A) použijí obdobně.

C) Zdravotní péče hrazená podle seznamu výkonů

Pro zdravotní péči hrazenou 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. Regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech (do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné zdravotnickým zařízením, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu) a odbornosti 902:

1.1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce, převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona, a které zdravotní pojišťovna uhradila. Zdravotní pojišťovna zohlední případy, kdy zdravotnické zařízení prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za zdravotnickým zařízením 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.

1.2. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech a odbornosti 902, podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech a odbornosti 902, podle seznamu výkonů, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z tohoto překročení.

2. Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1, popřípadě 1.2.

3. Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se dále nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení v roce 2011 nebo 2012 registrovalo 50 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny nebo poskytlo zdravotní péči 50 a méně neregistrovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny nebo jedná-li se o zdravotní péči poskytnutou zahraničním pojištěncům.

4. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost v roce 2012, sledovaná za každou odbornost zvlášť, nepřevýší předpokládanou výši úhrad na příslušný druh zdravotní péče na rok 2012, vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

5. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech a odbornosti 902 v roce 2012 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2012, vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

6. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za kapitační platbu a zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2012.

7. Pokud zdravotnické zařízení poskytuje zdravotní péči ve více odbornostech, regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 zdravotní pojišťovna vypočte, popřípadě uplatní, za každou odbornost zvlášť, pokud se zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením nedohodnou jinak.

Příloha č. 3 k vyhlášce č. 425/2011 Sb.

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 hodnotou bodu ve výši

   a) 1,08 Kč pro zdravotnická zařízení ve smluvních odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů, vykazující výkony odbornosti 910 – psychoterapie podle seznamu výkonů společně s ošetřovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů a pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 901 – klinická psychologie podle seznamu výkonů,

   b) 0,95 Kč pro zdravotnická zařízení poskytující hemodialyzační péči, s výjimkou nasmlouvaného výkonu 18550, podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 0,80 Kč.

   c) 1 Kč pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 927 – ortoptista podle seznamu výkonů, pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 903 – klinická logopedie podle seznamu výkonů a pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 905 – zrakový terapeut podle seznamu výkonů,

   d) 0,68 Kč pro výkony 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633 podle seznamu výkonů smluvní odbornosti 403 – radiační onkologie podle seznamu výkonů,

   e) 0,68 Kč pro výkony 75347 a 75348 podle seznamu výkonů smluvní odbornosti 705 – oftalmologie podle seznamu výkonů,

   f) 1,03 Kč pro screeningové výkony 15101 a 15105 podle seznamu výkonů smluvní odbornosti 105 – gastroenterologie podle seznamu výkonů a 1 Kč pro novorozenecký screening,

   g) 1,02 Kč pro specializovanou ambulantní zdravotní péči výše neuvedenou, do objemu vypočteného pro jednotlivé odbornosti podle seznamu výkonů takto:

$$PBro \times \frac{POPho}{POPro}$$

   kde:

PBro	celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období
POPho	počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v hodnoceném období
POPro	počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v referenčním období

Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením nad vypočtený objem v dané odbornosti, vyjádřená počtem bodů za výkony zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za referenční období, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,30 Kč.

2. U zdravotnického zařízení, které v referenčním období neexistovalo, popřípadě které neposkytovalo péči v dané odbornosti, může zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu objemu použít průměrné počty bodů na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti za referenční období srovnatelných zdravotnických zařízení.

3. U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče v některé odbornosti (tj. změně spektra nasmlouvaných výkonů) k nárůstu průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se objem počtu bodů podle bodu 1 písm. g) navýší o počet bodů, který odpovídá zdravotnickým zařízením vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným nově nasmlouvaným zdravotním výkonům.

4. Snížená hodnota bodu v dané odbornosti podle bodu 1 písm. g) se nepoužije:

a) v případě zdravotnického zařízení, které v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřilo 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytované péče nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytované péče menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem n/30, kde n se rovná kapacitě nasmlouvané péče pro danou odbornost.

b) v případě zdravotní péče poskytované zahraničním pojištěncům.

V případech uvedených v písmenu a) se všechny výkony hradí s hodnotou bodu 1,02 Kč.

5. Zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení poskytnout měsíční předběžnou úhradu ve výši jedné šestiny objemu úhrady za odpovídající referenční období nebo ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané a uznané zdravotní péče za příslušný měsíc. Zvolenou formu předběžných úhrad zdravotní pojišťovna zachová po celé hodnocené období, pokud zdravotnické zařízení během hodnoceného období nepožádá o snížení výše předběžných úhrad. Předběžné úhrady za hodnocené období budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Regulační omezení

1. Pokud zdravotnické zařízení 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, 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, a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení po skončení roku 2012 snížit úhradu o 40 % částky, o níž celková úhrada za uvedené zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období překročila takovou

úhradu v referenčním období, a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny.

2. Pokud zdravotnické zařízení 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 může zdravotnickému zařízení po skončení hodnoceného období snížit úhradu o 40 % částky, o níž celková úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období, a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. 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.

3. Pokud zdravotnické zařízení 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 v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení po skončení hodnoceného období snížit úhradu o 40 % částky, o níž celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období, a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné zdravotnickým zařízením, které 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 2012 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

4. Regulační omezení podle bodů 1 až 3 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 1, 2, popřípadě 3.

5. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících specializovanou ambulantní zdravotní péči v hodnoceném období nepřevýší u příslušné zdravotní pojišťovny 100 % úhrad na tento druh zdravotní péče v referenčním období.

6. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících specializovanou ambulantní zdravotní péči v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2012, vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

7. U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče (změna počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech), zdravotní pojišťovna po dohodě se zdravotnickým zařízením hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.

8. U zdravotnického zařízení, které v referenčním období nebo v jeho části neexistovalo, nebo nemělo uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, může zdravotní pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1 až 3 referenční hodnoty srovnatelných zdravotnických zařízení.

9. Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytované péče nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1 až 3. V případě nasmlouvané kapacity poskytované péče menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem n/30, kde n se rovná kapacitě nasmlouvané péče pro danou odbornost.

10. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2012, vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

11. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1 až 3 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.

12. Pokud zdravotnické zařízení předepíše zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do výpočtu regulačních omezení podle bodu 2.

13. Pokud zdravotnické zařízení poskytuje zdravotní péči ve více odbornostech, regulační omezení podle bodu 1 až 3 zdravotní pojišťovna vypočte, popřípadě uplatní za každou odbornost zvlášť, pokud se zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením nedohodnou jinak.

Příloha č. 4 k vyhlášce č. 425/2011 Sb.

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 zdravotnickému zařízení

   a) poskytujícímu zdravotní péči v odbornosti 603 nebo 604 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

POPzpo x PUROo

kde:

POPzpo počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v hodnoceném období.

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

b) poskytujícímu zdravotní péči současně v odbornosti 603 a v odbornosti 604 nepřekročí částku rovnající se součtu částek za jednotlivé odbornosti, kde se částka za jednotlivou odbornost vypočte takto:

POPzpo x PUROo

kde:

POPzpo počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v hodnoceném období

PUROo se vypočte takto:

PUROo = PPBROo x RDHB + PUZUMROo + PUZULPROo

kde:

PPBROo průměrný počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v referenčním období,

RDHB reálně dosažená hodnota bodu pro zdravotní péči poskytnutou zdravotnickým zařízením v odbornosti 603 a 604 podle seznamu výkonů u zdravotní pojišťovny v referenčním období, která se stanoví jako podíl celkové úhrady poskytnuté zdravotnickému zařízení zdravotní pojišťovnou za zdravotní péči poskytnutou zdravotnickým zařízením v odbornosti 603 a 604 podle seznamu výkonů snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za referenční období a celkového počtu bodů za zdravotní péči poskytnutou zdravotnickým zařízením v odbornosti 603 a 604 vykázaných za referenční období a zdravotní pojišťovnou uznaných

PUZUMROo průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti ve zdravotnickém zařízení v referenčním období

PUZULPROo průměrná úhrada za zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti ve zdravotnickém zařízení v referenčním období

3. Celková výše úhrady podle bodu 2 bude při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením navýšena stejným způsobem jako v referenčním období, pokud se zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením nedohodnou jinak.

4. U zdravotnického zařízení, které v referenčním období neexistovalo, popřípadě které neposkytovalo péči v dané odbornosti, je zdravotní pojišťovna oprávněna pro účely výpočtu celkové výše úhrady použít průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných zdravotnických zařízení.

5. U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče v některé odbornosti (tj. změně spektra nasmlouvaných výkonů) k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady zdravotnickému zařízení podle bodu 2 navýší o hodnotu zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných zdravotních výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu 1 Kč, pokud se zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením nedohodnou jinak.

6. Zdravotní pojišťovna při vyúčtování zohlední případy, kdy k nárůstu nákladů dojde v souvislosti s nárůstem těhotných pojištěnek.

7. Zdravotní pojišťovna dále zohlední případy, kdy zdravotnické zařízení 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. Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytované

péče nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodu 2 písm. a) a b). V případě nasmlouvané kapacity poskytované péče menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem n/30, kde n se rovná kapacitě nasmlouvané péče pro danou odbornost.

9. Zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení poskytnout měsíční předběžnou úhradu ve výši jedné dvanáctiny objemu úhrady za odpovídající referenční období, nebo ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané a uznané zdravotní péče za příslušný měsíc.

B) Regulační omezení

1. Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech.

1.1 Pokud zdravotnické zařízení 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 je oprávněna zdravotnickému zařízení snížit úhradu o 40 % částky, o níž celková úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období, a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. 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.

1.2 Pokud zdravotnické zařízení dosáhne vyšší průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období, než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, zdravotní pojišťovna je oprávněna zdravotnickému zařízení snížit úhradu o 40 % částky, o níž celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období, a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a kolorektálního karcinomu, prováděné zdravotnickým zařízením, které má s 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 2012 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

2. Regulační omezení podle bodů. 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1, popřípadě 1.2.

3. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče, zdravotní pojišťovna po dohodě se zdravotnickým zařízením hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.

4. V případě, že zdravotnické zařízení v referenčním období nebo v jeho části neexistovalo, nebo nemělo uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, je zdravotní pojišťovna oprávněna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 referenční hodnoty srovnatelných zdravotnických zařízení.

5. Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytované péče nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1.1 a 1.2. V případě nasmlouvané kapacity poskytované péče menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem n/30, kde n se rovná kapacitě nasmlouvané péče pro danou odbornost.

6. Pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.2, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší na tento druh zdravotní péče předpokládanou výši úhrad na rok 2012, vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.

7. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za zdravotní výkony, snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.

8. Pokud zdravotnické zařízení předepíše zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do výpočtu regulačních omezení podle bodu 1.1.

9. Pokud zdravotnické zařízení poskytuje zdravotní péči ve více odbornostech, regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 zdravotní pojišťovna vypočte, popřípadě uplatní, za každou odbornost zvlášť, pokud se zdravotnické zařízení a zdravotní pojišťovna nedohodnou jinak.

Příloha č. 5 k vyhlášce č. 425/2011 Sb.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 9

1. Pro nasmlouvané výkony mamografického screeningu, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč; pro nasmlouvané výkony screeningu děložního hrdla, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč.

2. Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornosti 809 podle seznamu výkonů se do objemu vypočteného podle bodu 5 stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů 89711 až 89725 a dále výkonů 89611 až 89619 podle seznamu výkonů, pro které se do objemu vypočteného podle bodu 5 stanoví hodnota bodu ve výši 0,67 Kč.

3. Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 812 až 815, 818, 819 a 822 se do objemu vypočteného podle bodu 5 hodnota bodu stanoví ve výši 0,67 Kč.

4. Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornostech 807, 816, 817 a 823 se do objemu vypočteného podle bodu 5 hodnota bodu stanoví ve výši 0,67 Kč. V případě, že zdravotnické zařízení neprokáže, že je v hodnoceném období držitelem certifikátu ISO ČSN 15189 nebo NASKL II, hodnota bodu podle věty první se do objemu vypočteného podle bodu 5 stanoví ve výši 0,52 Kč.

5. Zdravotní péče poskytovaná v hodnoceném období ve vyjmenovaných odbornostech se hradí s hodnotou bodu podle bodu 2 až 4 do vypočteného objemu 100 % zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období; nad tento objem se zdravotní péče v odbornostech uvedených v bodu 2 a 3 hradí s hodnotou bodu 0,40 Kč a v odbornostech uvedených v bodu 4 s hodnotou bodu 0,20 Kč. Tento objem se vypočte takto:

$$PBro \times \frac{POPho}{POPro}$$

kde:

PBro celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období

POPho celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v hodnoceném období

POPro celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v referenčním období

6. U zdravotnického zařízení, které v hodnoceném období neexistovalo, popřípadě které neposkytovalo péči v dané odbornosti, nebo u kterého nelze objem celkové úhrady stanovit z důvodu, že zdravotnické zařízení vzniklo v průběhu referenčního období, nebo pokud zdravotnické zařízení poskytlo zdravotní péči 50 a méně unikátním pojištěncům, může zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu objemu podle bodu 5 použít průměrnou úhradu na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných zdravotnických zařízení.

7. Ustanovení bodu 5 se nepoužije v případě zdravotní péče poskytované zahraničním pojištěncům.

8. Pokud dojde ve zdravotnickém zařízení ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je v návrhu smlouvy, včetně vyčíslení dopadů do úhrad.

9. Zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení poskytnout měsíční předběžnou úhradu ve výši jedné šestiny objemu úhrady za odpovídající referenční období.

Finanční vypořádání bude provedeno nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Příloha č. 6 k vyhlášce č. 425/2011 Sb.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 10

1. Pro ambulantní zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči v odbornosti 925 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.
2. Pro ambulantní zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči v odbornosti 911, 914, 916 a 921 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
3. Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč. Na tyto výkony se nevztahuje ustanovení bodů 4 a 5.
4. Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením do 105 % vypočteného objemu, popřípadě upraveného podle bodu 6, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2. Tento objem se vypočte takto:

$$PBro \times \frac{POPho}{POPro}$$

kde:

PBro celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období

POPho celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v hodnoceném období

POPro celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v referenčním období

5. Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením nad 105 % objemu vypočteného podle bodu 4, popřípadě upraveného podle bodu 6, se v odbornosti 925 hradí s hodnotou bodu ve výši 0,70 Kč a v odbornostech 911, 914, 916 a 921 s hodnotou bodu ve výši 0,63 Kč.
6. Pokud dojde ve zdravotnickém zařízení ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je v návrhu smlouvy, včetně vyčíslení dopadů do úhrad.
7. Ustanovení bodů 4 a 5 se nepoužije, pokud zdravotnické zařízení ošetřilo 50 a méně unikátních pojištěnců v referenčním období.
8. Zdravotní pojišťovna může se zdravotnickým zařízením sjednat měsíční předběžnou úhradu ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zdravotní péče za příslušný měsíc, přičemž tuto formu zdravotní pojišťovna zachová po celé hodnocené období. Předběžnou úhradu za toto období zdravotní

pojišťovna finančně vypořádá nejpozději do 120 dnů po skončení hodnoceného období.

Příloha č. 7 k vyhlášce č. 425/2011 Sb.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 11

1. Hodnota bodu se stanoví ve výši 0,80 Kč.

2. Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se hodnota bodu stanoví ve výši 0,90 Kč. Na tyto výkony se nevztahuje ustanovení bodu 3.

3. Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením nad vypočtený objem, popřípadě upravený podle bodu 4, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,40 Kč. Tento objem se vypočte takto:

$$PBro \times \frac{POPho}{POPro}$$

kde:

PBro celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období

POPho celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v hodnoceném období

POPro celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v referenčním období

4. Pokud dojde ve zdravotnickém zařízení ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je v návrhu smlouvy, včetně vyčíslení dopadů do úhrad.

5. Ustanovení bodu 3 se nepoužije, pokud zdravotnické zařízení ošetřilo 50 a méně unikátních pojištěnců v referenčním období.

6. Zdravotní pojišťovna může se zdravotnickým zařízením sjednat měsíční předběžnou úhradu buď ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zdravotní péče za příslušný měsíc, nebo ve výši jedné šestiny 100 % objemu úhrady v referenčním období, přičemž zvolenou formu zdravotní pojišťovna zachová po celé hodnocené období. Předběžnou úhradu za toto období zdravotní pojišťovna finančně vypořádá nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Příloha č. 8 k vyhlášce č. 425/2011 Sb.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 13

1. Hodnota bodu se stanoví
   a) ve výši 0,95 Kč pro zdravotnická zařízení poskytující dopravní zdravotní službu v nepřetržitém provozu,
   b) ve výši 0,85 Kč pro zdravotnická zařízení neposkytující dopravní zdravotní službu v nepřetržitém provozu.

2. Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením do 100 % vypočteného objemu se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu stanovenou v bodu 1. Tento objem se vypočte takto:

$$PBro \times \frac{POPho}{POPro}$$

kde:

PBro celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období

POPho celkový počet převezených pojištěnců, kterým byla v hodnoceném období poskytnuta dopravní zdravotní služba. Převezeným pojištěncem se rozumí pojištěnec, na kterého byl vykázán výkon dopravy na základě příkazu ke zdravotnímu transportu.

POPro celkový počet převezených pojištěnců, kterým byla v referenčním období poskytnuta dopravní zdravotní služba; v případě sloučení zdravotních pojišťoven se počtem převezených pojištěnců rozumí součet převezených pojištěnců zdravotních pojišťoven, které se sloučily

3. Nad 100 % objemu vypočteného podle bodu 2 je zdravotní pojišťovna oprávněna upravit hodnotu bodu uvedenou v bodu 1, a to pro zdravotnická zařízení uvedená v bodu 1 písm. a) na 0,55 Kč a pro zdravotnická zařízení uvedená v bodu 1 písm. b) na 0,45 Kč.

4. Ustanovení bodu 3 se nepoužije pro zdravotnická zařízení, která v referenčním nebo hodnoceném období poskytla dopravní zdravotní službu méně než 50 převezeným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny.

5. Pokud dojde ve zdravotnickém zařízení ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je v návrhu smlouvy, včetně vyčíslení dopadů do úhrad.

6. Zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení poskytnout za 1. a 2. pololetí roku 2012 předběžnou úhradu ve výši 100 % objemu úhrady v příslušném pololetí roku 2010.

Příloha č. 9 k vyhlášce č. 425/2011 Sb.

Skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace[4)] s indexy těchto skupin

IR-DRG[4)]	Název skupiny	Index 2012
01051	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU BEZ CC	0,1655
01052	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU S CC	0,1931
01053	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU S MCC	0,1931
02041	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE BEZ CC	0,3356
02042	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE S CC	0,3610
02043	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE S MCC	0,3610
05011	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE BEZ CC	31,2554
05012	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE S CC	31,9302
05013	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE S MCC	32,9778
05070	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU U AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU	5,7648
05111	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU BEZ CC	4,1290
05112	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU S CC	4,1969
05113	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU S MCC	5,5368
05161	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU BEZ CC	3,2280
05162	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU S CC	3,2280
05163	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU S MCC	3,2280
05191	LIGATURA A STRIPPING CÉV BEZ CC	0,5102
05192	LIGATURA A STRIPPING CÉV S CC	0,5452
05193	LIGATURA A STRIPPING CÉV S MCC	0,5741
06061	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE BEZ CC	1,0579
06062	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S CC	1,1577
06063	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S MCC	1,3609
07041	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE BEZ CC	1,1271
07042	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE S CC	1,2974
07043	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE S MCC	1,7831
08021	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN BEZ CC	3,1672
08022	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN S CC	3,8072

08023	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN S MCC	6,4456
08041	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ BEZ CC	2,9401
08042	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S CC	2,9954
08043	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S MCC	3,9954
08181	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU BEZ CC	3,5400
08182	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU S CC	3,7009
08183	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU S MCC	4,1049
08191	ARTROSKOPIE BEZ CC	0,4890
08192	ARTROSKOPIE S CC	0,5313
08193	ARTROSKOPIE S MCC	0,5571
13091	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE BEZ CC	0,2657
13092	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE S CC	0,3048
13093	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE S MCC	0,3403

Příloha č. 10 k vyhlášce č. 425/2011 Sb.

Skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace[4)] s indexy těchto skupin použité k výpočtu hodnot $CM_{alfa2012}$ a $CM_{alfa2010}$

IR-DRG[4)]	Název skupiny	Index 2012
00041	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) BEZ CC	12,4333
00042	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S CC	12,9457
00043	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S MCC	16,3563
00051	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) BEZ CC	6,2664
00052	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S CC	6,7740
00053	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S MCC	8,6333
00060	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1800 HODIN (VÍCE NEŽ 75 DNÍ)	78,6404
00080	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (43-75 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	64,5424
00090	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (43-75 DNÍ)	41,7574
00100	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 504 HODIN (22-42 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	40,0096
00110	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 504 HODIN (22-42 DNÍ)	27,6450
00121	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21	18,5425

	DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	
00122	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	20,0672
00123	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	23,6230
00131	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	9,4710
00132	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	10,2808
00133	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	13,5331
01011	KRANIOTOMIE BEZ CC	3,3635
01012	KRANIOTOMIE S CC	4,2416
01013	KRANIOTOMIE S MCC	6,4048
01021	SPINÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	2,4582
01022	SPINÁLNÍ VÝKONY S CC	3,3653
01023	SPINÁLNÍ VÝKONY S MCC	6,4614
01031	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH BEZ CC	2,0432
01032	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH S CC	2,5773
01033	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH S MCC	3,2833
01041	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH BEZ CC	0,4131
01042	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH S CC	0,4780
01043	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH S MCC	0,7155
01061	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,1741
01062	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,7936
01063	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	3,1294
01301	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY BEZ CC	0,6082
01302	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY S CC	0,7768
01303	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY S MCC	1,4572
01311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,5945
01312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,7223
01313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	1,1329
01321	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE BEZ CC	0,4091
01322	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE S CC	0,4458
01323	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE S MCC	0,9835
01331	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ BEZ CC	1,0395
01332	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ S CC	1,3540
01333	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ S MCC	2,3921
01341	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM BEZ CC	0,7394
01342	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM S CC	0,8977
01343	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM S MCC	1,5303
01351	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A	0,5915

	PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU BEZ CC	
01352	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S CC	0,7029
01353	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S MCC	1,1390
01361	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA BEZ CC	0,4194
01362	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S CC	0,4767
01363	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S MCC	0,6246
01371	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ BEZ CC	0,4798
01372	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ S CC	0,5438
01373	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ S MCC	1,0409
01381	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,3279
01382	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,8002
01383	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	3,0761
01391	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY BEZ CC	0,8903
01392	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY S CC	1,2776
01393	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY S MCC	2,5203
01401	VIROVÁ MENINGITIDA BEZ CC	1,0897
01402	VIROVÁ MENINGITIDA S CC	1,1996
01403	VIROVÁ MENINGITIDA S MCC	1,9426
01411	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA BEZ CC	0,4439
01412	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA S CC	0,6706
01413	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA S MCC	1,3956
01421	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT BEZ CC	0,4465
01422	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S CC	0,5452
01423	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S MCC	0,9674
01431	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY BEZ CC	0,3889
01432	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY S CC	0,5115
01433	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY S MCC	0,7633
01441	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ BEZ CC	0,7038
01442	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ S CC	1,1114
01443	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ S MCC	2,3874
01451	OTŘES MOZKU BEZ CC	0,2200
01452	OTŘES MOZKU S CC	0,2506
01453	OTŘES MOZKU S MCC	0,4390
01461	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3765
01462	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,5087
01463	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	0,8054
02011	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI BEZ CC	0,9020
02012	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI S CC	1,1793
02013	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI S MCC	1,4158
02021	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE BEZ CC	0,3580
02022	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE S CC	0,4682

02023	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE S MCC	0,5400
02031	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY BEZ CC	0,7382
02032	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S CC	0,9164
02033	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S MCC	0,9164
02301	AKUTNÍ A ZÁVAŽNÉ INFEKCE OKA BEZ CC	0,4164
02302	AKUTNÍ A ZÁVAŽNÉ INFEKCE OKA S CC	0,4592
02303	AKUTNÍ A ZÁVAŽNÉ INFEKCE OKA S MCC	1,0647
02311	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA BEZ CC	0,4175
02312	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA S CC	0,4433
02313	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA S MCC	0,7062
02321	JINÉ PORUCHY OKA BEZ CC	0,2617
02322	JINÉ PORUCHY OKA S CC	0,3153
02323	JINÉ PORUCHY OKA S MCC	0,4041
03011	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI BEZ CC	2,9187
03012	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI S CC	3,7098
03013	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI S MCC	5,2102
03021	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU BEZ CC	1,6354
03022	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU S CC	3,0449
03023	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU S MCC	4,5078
03031	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU BEZ CC	1,2750
03032	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU S CC	1,3504
03033	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU S MCC	2,3205
03041	VÝKONY NA ÚSTECH BEZ CC	0,6850
03042	VÝKONY NA ÚSTECH S CC	0,9758
03043	VÝKONY NA ÚSTECH S MCC	1,0239
03051	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU BEZ CC	0,9428
03052	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU S CC	1,0356
03053	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU S MCC	1,1375
03061	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE BEZ CC	0,8532
03062	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S CC	0,9504
03063	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S MCC	1,1096
03071	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA BEZ CC	1,2484
03072	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA S CC	1,2484
03073	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA S MCC	1,2484
03081	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH BEZ CC	0,4129
03082	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S CC	0,5310
03083	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S MCC	0,5799
03091	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,4117
03092	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,5328
03093	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	0,8540
03301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,5266
03302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,5369
03303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	0,7291

03311	PORUCHY ROVNOVÁHY BEZ CC	0,3984
03312	PORUCHY ROVNOVÁHY S CC	0,4497
03313	PORUCHY ROVNOVÁHY S MCC	0,5906
03321	EPISTAXE BEZ CC	0,2644
03322	EPISTAXE S CC	0,3033
03323	EPISTAXE S MCC	0,3678
03331	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS BEZ CC	0,2968
03332	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS S CC	0,3869
03333	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS S MCC	0,5453
03341	NEMOCI ZUBŮ A ÚST BEZ CC	0,4844
03342	NEMOCI ZUBŮ A ÚST S CC	0,5590
03343	NEMOCI ZUBŮ A ÚST S MCC	0,7861
03351	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,3240
03352	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,3922
03353	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	0,4509
04011	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY BEZ CC	3,1129
04012	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY S CC	3,7317
04013	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY S MCC	5,2131
04021	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY BEZ CC	2,5833
04022	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY S CC	2,5833
04023	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY S MCC	3,5263
04031	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	1,1106
04032	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	1,4817
04033	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	3,1355
04301	CYSTICKÁ FIBRÓZA BEZ CC	1,7392
04302	CYSTICKÁ FIBRÓZA S CC	1,7392
04303	CYSTICKÁ FIBRÓZA S MCC	2,4898
04310	RESPIRAČNÍ SELHÁNÍ	1,8379
04321	PLICNÍ EMBOLIE BEZ CC	0,8624
04322	PLICNÍ EMBOLIE S CC	0,9606
04323	PLICNÍ EMBOLIE S MCC	1,1092
04331	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU BEZ CC	0,3750
04332	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU S CC	0,5822
04333	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU S MCC	1,1834
04341	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,6493
04342	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,7336
04343	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	0,9149
04351	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,8245
04352	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,9536
04353	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	1,4623
04361	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL BEZ CC	0,6336
04362	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL S CC	0,8153
04363	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL S MCC	1,2048

04371	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC BEZ CC	0,5061
04372	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC S CC	0,6172
04373	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC S MCC	0,8347
04381	ASTMA A BRONCHIOLITIDA BEZ CC	0,4030
04382	ASTMA A BRONCHIOLITIDA S CC	0,5200
04383	ASTMA A BRONCHIOLITIDA S MCC	0,7078
04391	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC BEZ CC	0,6486
04392	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S CC	0,7289
04393	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S MCC	1,0508
04401	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK BEZ CC	0,8332
04402	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK S CC	0,8893
04403	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK S MCC	1,2888
04411	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4140
04412	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,5689
04413	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	0,7837
05000	ÚMRTÍ DO 5 DNÍ OD PŘÍJMU PŘI HLAVNÍ DIAGNÓZE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU	0,4511
05021	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC	13,4427
05022	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC	14,2702
05023	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC	18,7505
05031	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY BEZ CC	10,1871
05032	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY S CC	10,8189
05033	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY S MCC	20,0593
05041	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC	10,8503
05042	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC	11,7978
05043	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC	16,6765
05051	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC	9,3611
05052	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC	9,8107
05053	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC	13,2823
05061	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC	8,1477
05062	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC	8,5120
05063	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC	10,4874
05081	JINÉ KARDIOTORAKÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	5,6667
05082	JINÉ KARDIOTORAKÁLNÍ VÝKONY S CC	6,6091
05083	JINÉ KARDIOTORAKÁLNÍ VÝKONY S MCC	16,7915
05091	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	4,4977
05092	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	6,4571
05093	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	8,2821
05101	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	3,6996

05102	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	3,8394
05103	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	5,2074
05121	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	8,0771
05122	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	9,5665
05123	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	12,9493
05131	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	3,0743
05132	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	3,2475
05133	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	3,4204
05141	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	1,9097
05142	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	2,2589
05143	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	3,5512
05151	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY BEZ CC	1,8032
05152	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S CC	2,1795
05153	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S MCC	3,1750
05171	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,2117
05172	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,3029
05173	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	1,8852
05181	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ BEZ CC	0,9674
05182	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ S CC	1,2148
05183	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ S MCC	1,9359
05201	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,9486
05202	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,6369
05203	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	3,3085
05221	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	9,8565
05222	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	10,5829
05223	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	10,5829

05231	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	5,2097
05232	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	5,8352
05233	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	6,0637
05241	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	7,2150
05242	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	7,6529
05243	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	9,9539
05261	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	8,9033
05262	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	9,8071
05263	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	11,9823
05271	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	4,6655
05272	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	5,0327
05273	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	6,0290
05281	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	6,4633
05282	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	6,7762
05283	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	8,0162
05291	SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	7,5377
05292	SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	7,9889
05293	SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ	8,0393

	AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	
05301	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	0,9252
05302	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	1,1722
05303	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	1,8741
05311	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ BEZ CC	0,5308
05312	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ S CC	0,7522
05313	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ S MCC	0,9014
05321	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,6907
05322	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,9862
05323	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	1,4109
05331	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU BEZ CC	0,5322
05332	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S CC	0,8145
05333	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S MCC	1,4087
05341	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA BEZ CC	1,2123
05342	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA S CC	2,0224
05343	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA S MCC	3,3147
05351	SRDEČNÍ SELHÁNÍ BEZ CC	0,6523
05352	SRDEČNÍ SELHÁNÍ S CC	0,7505
05353	SRDEČNÍ SELHÁNÍ S MCC	1,1227
05361	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA BEZ CC	0,4582
05362	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA S CC	0,5266
05363	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA S MCC	0,6457
05371	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA BEZ CC	1,3627
05372	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA S CC	1,6676
05373	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA S MCC	3,1660
05381	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY BEZ CC	0,4949
05382	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY S CC	0,6034
05383	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY S MCC	0,7291
05391	ATEROSKLERÓZA BEZ CC	0,4145
05392	ATEROSKLERÓZA S CC	0,5651
05393	ATEROSKLERÓZA S MCC	0,8565
05401	HYPERTENZE BEZ CC	0,3481
05402	HYPERTENZE S CC	0,4275
05403	HYPERTENZE S MCC	0,5823
05411	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY BEZ CC	0,4268
05412	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY S CC	0,6433
05413	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY S MCC	1,2176
05421	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ BEZ CC	0,4130
05422	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ S CC	0,5888
05423	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ S MCC	0,8039

05431	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU BEZ CC	0,3560
05432	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU S CC	0,4593
05433	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU S MCC	0,5707
05441	SYNKOPA A KOLAPS BEZ CC	0,3598
05442	SYNKOPA A KOLAPS S CC	0,4715
05443	SYNKOPA A KOLAPS S MCC	0,6548
05451	KARDIOMYOPATIE BEZ CC	0,4730
05452	KARDIOMYOPATIE S CC	0,7187
05453	KARDIOMYOPATIE S MCC	1,2239
05461	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU BEZ CC	0,5968
05462	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU S CC	0,8470
05463	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU S MCC	0,8470
05471	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4116
05472	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,5656
05473	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	0,7805
05481	ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍHO CÉVNÍHO ŘEČIŠTĚ BEZ CC	3,0983
05482	ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍHO CÉVNÍHO ŘEČIŠTĚ S CC	3,4008
05483	ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍHO CÉVNÍHO ŘEČIŠTĚ S MCC	4,4106
06011	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU BEZ CC	3,2740
06012	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S CC	3,9194
06013	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S MCC	5,8634
06021	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU BEZ CC	2,9183
06022	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S CC	4,3616
06023	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S MCC	4,4533
06031	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU BEZ CC	1,5617
06032	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S CC	2,1795
06033	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S MCC	3,7071
06041	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘIŠNICE BEZ CC	0,9554
06042	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘIŠNICE S CC	1,1203
06043	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘIŠNICE S MCC	1,4718
06051	VÝKONY NA APENDIXU BEZ CC	0,8574
06052	VÝKONY NA APENDIXU S CC	1,0564
06053	VÝKONY NA APENDIXU S MCC	1,4343
06071	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU BEZ CC	1,7107
06072	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S CC	2,0925
06073	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S MCC	2,6807
06081	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE BEZ CC	0,5808
06082	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S CC	0,8060

06083	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S MCC	1,0848
06091	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY BEZ CC	0,5257
06092	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY S CC	0,6475
06093	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY S MCC	0,9445
06101	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,9291
06102	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	1,5043
06103	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	2,6533
06111	VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE BEZ CC	1,2669
06112	VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE S CC	1,9430
06113	VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE S MCC	1,9430
06301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4698
06302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	0,6105
06303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	0,8449
06311	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA BEZ CC	0,3949
06312	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA S CC	0,6376
06313	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA S MCC	1,0695
06321	PORUCHY JÍCNU BEZ CC	0,3646
06322	PORUCHY JÍCNU S CC	0,5748
06323	PORUCHY JÍCNU S MCC	0,9514
06331	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA BEZ CC	0,4831
06332	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA S CC	0,5695
06333	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA S MCC	1,0721
06341	VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,6465
06342	VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	1,0302
06343	VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,4423
06351	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3997
06352	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	0,5824
06353	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,9869
06361	ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,8477
06362	ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	1,0214
06363	ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,8128
06371	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA BEZ CC	0,2656
06372	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA S CC	0,3752
06373	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA S MCC	0,4926

06381	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,2986
06382	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	0,4393
06383	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	0,6896
07011	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY BEZ CC	3,6183
07012	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY S CC	4,7070
07013	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY S MCC	8,5695
07021	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	2,5924
07022	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH S CC	3,4094
07023	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH S MCC	5,1100
07031	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ BEZ CC	1,3902
07032	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S CC	1,9484
07033	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S MCC	3,5187
07051	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU BEZ CC	1,5328
07052	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S CC	2,1029
07053	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S MCC	3,7810
07301	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA BEZ CC	0,5731
07302	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA S CC	0,6949
07303	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA S MCC	1,0112
07311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU BEZ CC	0,5457
07312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S CC	0,6912
07313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S MCC	0,8102
07321	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,6920
07322	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S CC	0,9334
07323	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S MCC	2,0646
07331	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY BEZ CC	0,4965
07332	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY S CC	0,6516
07333	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY S MCC	0,9990
07341	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST BEZ CC	0,4865
07342	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S CC	0,6678
07343	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S MCC	1,0180
08011	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE BEZ CC	10,9531
08012	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE S CC	13,5254
08013	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE S MCC	13,5254
08031	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY BEZ CC	4,3285
08032	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S CC	4,5850
08033	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S MCC	6,6406
08051	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH	5,0547

	KOSTÍ BEZ CC	
08052	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ S CC	5,0547
08053	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ S MCC	5,9965
08061	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ BEZ CC	2,9566
08062	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S CC	3,4289
08063	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S MCC	4,9591
08071	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	1,7207
08072	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	2,1167
08073	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	4,2738
08081	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ BEZ CC	2,0261
08082	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S CC	2,3570
08083	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S MCC	3,4530
08101	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE BEZ CC	1,3357
08102	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S CC	1,8128
08103	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S MCC	2,3462
08111	VÝKONY NA KOLENU, BÉRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA BEZ CC	1,0611
08112	VÝKONY NA KOLENU, BÉRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA S CC	1,2157
08113	VÝKONY NA KOLENU, BÉRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA S MCC	1,9429
08121	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ BEZ CC	0,3900
08122	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S CC	0,4458
08123	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S MCC	0,6020
08131	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,6595
08132	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU S CC	1,0518
08133	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU S MCC	2,1974
08141	VÝKONY NA CHODIDLE BEZ CC	0,5703
08142	VÝKONY NA CHODIDLE S CC	0,6184
08143	VÝKONY NA CHODIDLE S MCC	0,9787
08151	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH BEZ CC	0,8056
08152	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH S CC	1,1247
08153	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH S MCC	1,5758
08161	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI BEZ CC	0,5125
08162	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI S CC	0,7360
08163	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI S MCC	1,6449

08171	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	0,5509
08172	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	0,9553
08173	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	2,0359
08301	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ BEZ CC	0,5413
08302	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ S CC	0,6260
08303	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ S MCC	1,2612
08311	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE BEZ CC	0,5051
08312	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE S CC	0,5956
08313	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE S MCC	1,2579
08321	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE BEZ CC	0,3246
08322	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE S CC	0,4378
08323	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE S MCC	0,6500
08331	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY BEZ CC	0,5739
08332	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY S CC	0,8445
08333	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY S MCC	1,1413
08341	OSTEOMYELITIDA BEZ CC	0,6534
08342	OSTEOMYELITIDA S CC	0,8250
08343	OSTEOMYELITIDA S MCC	1,6282
08351	SEPTICKÁ ARTRITIDA BEZ CC	0,8802
08352	SEPTICKÁ ARTRITIDA S CC	0,9937
08353	SEPTICKÁ ARTRITIDA S MCC	1,9164
08361	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	0,5881
08362	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	0,7207
08363	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	1,3420
08371	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY BEZ CC	0,4241
08372	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S CC	0,4965
08373	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S MCC	0,7236
08381	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ BEZ CC	0,4240
08382	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ S CC	0,5143
08383	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ S MCC	0,9399
08391	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU BEZ CC	0,5155
08392	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU S CC	0,6480
08393	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU S MCC	1,4792
08401	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A	0,3504

	MÉNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY BEZ CC	
08402	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MÉNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY S CC	0,4687
08403	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MÉNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY S MCC	0,8512
08411	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	0,3203
08412	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	0,4879
08413	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	1,0219
09011	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT BEZ CC	0,6432
09012	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT S CC	0,9547
09013	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT S MCC	2,2606
09021	VÝKONY NA PRSECH BEZ CC	0,8987
09022	VÝKONY NA PRSECH S CC	1,1172
09023	VÝKONY NA PRSECH S MCC	1,2539
09031	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU BEZ CC	0,4773
09032	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S CC	0,7743
09033	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S MCC	1,2723
09301	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE BEZ CC	0,7443
09302	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S CC	0,7443
09303	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S MCC	0,9261
09311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ BEZ CC	0,4403
09312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ S CC	0,5682
09313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ S MCC	0,6987
09321	FLEGMÓNA BEZ CC	0,5097
09322	FLEGMÓNA S CC	0,6851
09323	FLEGMÓNA S MCC	0,9204
09331	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU BEZ CC	0,2325
09332	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S CC	0,3068
09333	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S MCC	0,5512
09341	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU BEZ CC	0,3904
09342	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S CC	0,5641
09343	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S MCC	0,7644
10011	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM BEZ CC	2,4895
10012	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM S CC	2,6920
10013	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM S MCC	4,6155
10021	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,5342
10022	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	1,9745
10023	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH,	2,8642

	NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	
10031	VÝKONY PRO OBEZITU BEZ CC	2,5427
10032	VÝKONY PRO OBEZITU S CC	3,0195
10033	VÝKONY PRO OBEZITU S MCC	11,4603
10041	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,6262
10042	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	2,0063
10043	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	3,5973
10051	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	1,1038
10052	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S CC	1,2607
10053	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S MCC	1,5583
10061	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,4625
10062	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	1,9251
10063	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	4,1708
10301	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY BEZ CC	0,4371
10302	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S CC	0,5291
10303	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S MCC	0,8410
10311	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ BEZ CC	0,3865
10312	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ S CC	0,4283
10313	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ S MCC	0,5766
10321	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU BEZ CC	0,4206
10322	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU S CC	0,5547
10323	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU S MCC	0,8823
10331	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY BEZ CC	0,5736
10332	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY S CC	0,5736
10333	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY S MCC	0,7831
11021	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI BEZ CC	4,9977
11022	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI S CC	5,4633
11023	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI S MCC	8,1819
11031	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	1,9112
11032	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S CC	2,1963
11033	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S MCC	3,4808
11041	DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY BEZ CC	1,2671
11042	DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY S CC	1,5331
11043	DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY S MCC	3,0871
11051	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI BEZ CC	0,8544

11052	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S CC	0,9258
11053	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S MCC	1,4447
11061	PROSTATEKTOMIE BEZ CC	1,0909
11062	PROSTATEKTOMIE S CC	1,1842
11063	PROSTATEKTOMIE S MCC	1,3010
11071	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	0,5160
11072	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S CC	0,6240
11073	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S MCC	0,7912
11081	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,4954
11082	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,7708
11083	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	1,5658
11301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ BEZ CC	0,4209
11302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ S CC	0,5852
11303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ S MCC	0,9738
11311	NEFRITIDA BEZ CC	0,4776
11312	NEFRITIDA S CC	0,5553
11313	NEFRITIDA S MCC	0,9825
11321	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,4137
11322	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,5302
11323	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	0,7862
11331	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU BEZ CC	0,3682
11332	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S CC	0,5117
11333	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S MCC	0,5584
11341	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE BEZ CC	0,2602
11342	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S CC	0,3626
11343	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S MCC	0,6320
11351	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURETRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU BEZ CC	0,2403
11352	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURETRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU S CC	0,4774
11353	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURETRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU S MCC	0,5565
11361	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	0,2892
11362	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH	0,3567

	CESTÁCH S CC	
11363	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S MCC	0,4685
11371	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,2888
11372	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,4062
11373	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	0,7075
12011	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE BEZ CC	1,9482
12012	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE S CC	1,9917
12013	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE S MCC	2,8852
12021	VÝKONY NA PENISU BEZ CC	0,4522
12022	VÝKONY NA PENISU S CC	0,6118
12023	VÝKONY NA PENISU S MCC	0,6118
12031	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE BEZ CC	0,9410
12032	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S CC	1,0370
12033	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S MCC	1,3115
12041	VÝKONY NA VARLATECH BEZ CC	0,4806
12042	VÝKONY NA VARLATECH S CC	0,5962
12043	VÝKONY NA VARLATECH S MCC	0,7906
12051	CIRKUMCIZE BEZ CC	0,3603
12052	CIRKUMCIZE S CC	0,3823
12053	CIRKUMCIZE S MCC	0,4651
12061	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,6132
12062	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S CC	0,9425
12063	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S MCC	1,4005
12301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3276
12302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,5173
12303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,7094
12311	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,2490
12312	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S CC	0,3254
12313	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S MCC	0,4404
13011	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE BEZ CC	2,7509
13012	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S CC	3,2110
13013	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S MCC	3,6068
13021	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH BEZ CC	1,7212
13022	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S CC	2,2918
13023	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ	3,2750

	ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S MCC	
13031	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH BEZ CC	1,6537
13032	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH S CC	1,9614
13033	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH S MCC	2,7509
13041	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH BEZ CC	1,1722
13042	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH S CC	1,3283
13043	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH S MCC	1,4585
13051	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE BEZ CC	0,5347
13052	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S CC	0,7605
13053	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S MCC	0,9155
13061	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,8958
13062	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S CC	1,0582
13063	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S MCC	1,2296
13071	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY BEZ CC	0,3005
13072	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S CC	0,4167
13073	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S MCC	0,4167
13081	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU BEZ CC	0,5756
13082	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S CC	0,6161
13083	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S MCC	0,6388
13101	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,8941
13102	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	1,1500
13103	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	2,2083
13301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3902
13302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,5022
13303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,7639
13311	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,2874
13312	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,4048
13313	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,7323
13321	MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO	0,1853

	REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	
13322	MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,2893
13323	MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,4287
14601	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM BEZ CC	0,9802
14602	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S CC	1,1486
14603	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S MCC	1,2543
14611	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ BEZ CC	0,6261
14612	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S CC	0,6959
14613	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S MCC	0,9103
14621	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE BEZ CC	0,8637
14622	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE S CC	1,2136
14623	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE S MCC	4,2071
14631	VAGINÁLNÍ POROD BEZ CC	0,4350
14632	VAGINÁLNÍ POROD S CC	0,4836
14633	VAGINÁLNÍ POROD S MCC	0,4836
14641	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEROTOMIÍ BEZ CC	0,2325
14642	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEROTOMIÍ S CC	0,2716
14643	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEROTOMIÍ S MCC	0,2716
14651	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE BEZ CC	0,1230
14652	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S CC	0,2177
14653	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S MCC	0,4866
14661	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM BEZ CC	0,2318
14662	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM S CC	0,3818
14663	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM S MCC	0,8205
14671	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC	0,1840
14672	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC	0,5259
14673	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC	0,7813
14681	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM BEZ CC	0,9538
14682	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM S CC	1,0439
14683	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM S MCC	1,0439
14691	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU BEZ CC	0,3361
14692	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU S CC	0,6337

14693	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU S MCC	1,4082
14701	HROZÍCÍ POTRAT BEZ CC	0,2749
14702	HROZÍCÍ POTRAT S CC	0,3961
14703	HROZÍCÍ POTRAT S MCC	0,3961
14711	FALEŠNÝ POROD BEZ CC	0,1316
14712	FALEŠNÝ POROD S CC	0,1635
14713	FALEŠNÝ POROD S MCC	0,2240
14721	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM BEZ CC	0,2892
14722	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM S CC	0,5772
14723	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM S MCC	0,6105
14731	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC	0,2301
14732	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC	0,3386
14733	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC	0,4206
15601	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ BEZ CC	0,2051
15602	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ S CC	0,4294
15603	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ S MCC	0,6055
15611	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ BEZ CC	9,3056
15612	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ S CC	13,0304
15613	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ S MCC	20,7049
15621	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	54,7340
15622	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	54,7340
15623	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	54,7340
15631	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	11,5664
15632	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	24,8619
15633	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	36,3792
15641	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	18,3537
15642	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	18,3537
15643	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	33,8645
15651	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	8,9283
15652	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	11,9210
15653	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	17,2701
15661	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	15,9195
15662	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE	15,9195

	ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	
15663	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	23,3690
15671	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	3,6252
15672	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	5,5238
15673	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	7,9346
15681	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	14,2082
15682	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	14,4461
15683	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	23,6192
15691	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	0,7465
15692	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	2,1226
15693	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	4,3172
15701	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	6,6764
15702	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	6,6764
15703	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	17,5622
15711	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM BEZ CC	0,4008
15712	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM S CC	0,8429
15713	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM S MCC	4,3205
15720	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, SE SYNDROMEM DÝCHACÍCH POTÍŽÍ	3,5853
15731	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM BEZ CC	0,5579
15732	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM S CC	1,4160
15733	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM S MCC	4,1822
15741	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKCÍ BEZ CC	0,8619
15742	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKCÍ S CC	0,8619
15743	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKCÍ S MCC	3,0088
15751	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	0,2815

15752	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	0,3404
15753	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	0,8483
18011	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI BEZ CC	0,7653
18012	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S CC	3,2022
18013	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S MCC	6,7357
18021	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE BEZ CC	1,1659
18022	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S CC	1,7912
18023	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S MCC	3,8982
18301	SEPTIKÉMIE BEZ CC	0,9066
18302	SEPTIKÉMIE S CC	1,1622
18303	SEPTIKÉMIE S MCC	2,1446
18311	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE BEZ CC	0,6465
18312	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S CC	0,7868
18313	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S MCC	1,4133
18321	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU BEZ CC	0,4193
18322	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU S CC	0,6027
18323	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU S MCC	0,7830
18331	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,3805
18332	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S CC	0,5023
18333	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S MCC	0,6581
18341	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI BEZ CC	0,5627
18342	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S CC	0,7838
18343	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S MCC	1,4088
20301	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE BEZ CC	0,1210
20302	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S CC	0,1210
20303	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S MCC	0,2475
20311	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ BEZ CC	1,1296
20312	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ S CC	1,1296
20313	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ S MCC	1,1296
20321	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU BEZ CC	0,5057
20322	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU S CC	0,6615
20323	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU S MCC	1,1987
20331	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU BEZ CC	0,3296
20332	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S CC	0,3967
20333	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S MCC	0,7804
20341	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH BEZ CC	0,5507
20342	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH S CC	0,6897

20343	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH S MCC	1,2972
23011	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI BEZ CC	0,6995
23012	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI S CC	1,4225
23013	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI S MCC	4,0078
23301	REHABILITACE BEZ CC	0,9939
23302	REHABILITACE S CC	1,0911
23303	REHABILITACE S MCC	1,1902
23311	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY BEZ CC	0,3391
23312	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY S CC	0,4818
23313	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY S MCC	0,5718
23321	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV BEZ CC	0,2363
23322	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV S CC	0,4496
23323	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV S MCC	1,0167
88871	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	0,9956
88872	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	2,0358
88873	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC	4,2478
88881	PROSTATICKÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	2,0190
88882	PROSTATICKÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	3,2408
88883	PROSTATICKÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC	5,0870
88891	VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	0,5826
88892	VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	1,0843
88893	VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC	1,9506
99980	HLAVNÍ DIAGNÓZA NEPLATNÁ JAKO PROPOUŠTĚCÍ DIAGNÓZA	0,1100
99990	NEZAŘADITELNÉ	0,1100

Příloha č. 11 k vyhlášce č. 425/2011 Sb.

Skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace[4)] vyčleněné z úhrady podle případového paušálu

IR-DRG[4)]	Název skupiny	Index 2012
00011	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC BEZ CC	25,1659
00012	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC S CC	26,1580
00013	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC S MCC	37,8522
00021	TRANSPLANTACE JATER BEZ CC	15,6351
00022	TRANSPLANTACE JATER S CC	16,6286
00023	TRANSPLANTACE JATER S MCC	35,7177
00031	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC	19,5153
00032	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC	19,7984
00033	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC	28,6868
00070	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ) S TRANSPLANTACÍ SRDCE, PLIC, JATER, KOSTNÍ DŘENĚ	97,2640
00141	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC	3,3697
00142	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC	3,3697
00143	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC	8,8331
00151	SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC	1,5074
00152	SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC	2,4943
00153	SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC	3,6624
00161	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM BEZ CC	6,2386
00162	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM S CC	6,2386
00163	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM S MCC	16,2219
00171	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY BEZ CC	5,9596
00172	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S CC	5,9596
00173	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S MCC	5,9596
03100	KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT	23,0389
08091	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY BEZ CC	0,6624
08092	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY S CC	1,4830
08093	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY S MCC	4,5582
11011	TRANSPLANTACE LEDVIN BEZ CC	7,3443
11012	TRANSPLANTACE LEDVIN S CC	7,3443

11013	TRANSPLANTACE LEDVIN S MCC	8,4571
16011	VÝKONY NA SLEZINĚ BEZ CC	2,3503
16012	VÝKONY NA SLEZINĚ S CC	2,9515
16013	VÝKONY NA SLEZINĚ S MCC	3,2927
16021	JINÉ VÝKONY PRO KREVNÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH BEZ CC	0,6162
16022	JINÉ VÝKONY PRO KREVNÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH S CC	0,8421
16023	JINÉ VÝKONY PRO KREVNÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH S MCC	1,5841
16301	AGRANULOCYTÓZA BEZ CC	0,6786
16302	AGRANULOCYTÓZA S CC	1,0577
16303	AGRANULOCYTÓZA S MCC	1,3797
16311	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI BEZ CC	0,6344
16312	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI S CC	0,7161
16313	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI S MCC	1,1335
16321	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST BEZ CC	0,4544
16322	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST S CC	0,4544
16323	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST S MCC	0,4544
16331	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI BEZ CC	0,6027
16332	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI S CC	0,7380
16333	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI S MCC	0,9687
16341	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ BEZ CC	0,5013
16342	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ S CC	0,6955
16343	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ S MCC	1,0039
17011	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM BEZ CC	1,1528
17012	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM S CC	2,3407
17013	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM S MCC	5,5698
17021	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM BEZ CC	3,6685
17022	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM S CC	3,6685
17023	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM S MCC	6,6897
17031	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM BEZ CC	1,5208
17032	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM S CC	2,8235
17033	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM S MCC	4,6291
17041	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM BEZ CC	1,0689
17042	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM S CC	1,8798
17043	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM S MCC	3,5491
17301	AKUTNÍ LEUKÉMIE BEZ CC	0,8112
17302	AKUTNÍ LEUKÉMIE S CC	0,9570
17303	AKUTNÍ LEUKÉMIE S MCC	2,0529

17311	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE BEZ CC	0,8635
17312	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE S CC	1,3554
17313	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE S MCC	1,8733
17321	RADIOTERAPIE BEZ CC	1,2552
17322	RADIOTERAPIE S CC	1,6804
17323	RADIOTERAPIE S MCC	2,3723
17331	CHEMOTERAPIE BEZ CC	0,6824
17332	CHEMOTERAPIE S CC	0,6824
17333	CHEMOTERAPIE S MCC	0,8171
17341	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ BEZ CC	0,5696
17342	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ S CC	0,6940
17343	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ S MCC	0,9732
17351	CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII BEZ CC	0,9015
17352	CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII S CC	1,0958
17353	CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII S MCC	6,6935
19011	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI BEZ CC	1,3036
19012	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI S CC	1,7774
19013	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI S MCC	5,7596
19301	SCHIZOFRENIE BEZ CC	1,5114
19302	SCHIZOFRENIE S CC	1,5114
19303	SCHIZOFRENIE S MCC	2,7376
19311	PSYCHÓZY BEZ CC	1,2315
19312	PSYCHÓZY S CC	1,2315
19313	PSYCHÓZY S MCC	2,5704
19321	PORUCHY OSOBNOSTI A NÁLADY BEZ CC	0,9164
19322	PORUCHY OSOBNOSTI A NÁLADY S CC	0,9253
19323	PORUCHY OSOBNOSTI A NÁLADY S MCC	2,1773
19331	BIPOLÁRNÍ PORUCHY BEZ CC	1,4972
19332	BIPOLÁRNÍ PORUCHY S CC	1,4972
19333	BIPOLÁRNÍ PORUCHY S MCC	2,6224
19341	DEPRESE BEZ CC	0,9175
19342	DEPRESE S CC	1,1392
19343	DEPRESE S MCC	2,2441
19351	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH BEZ CC	0,5845
19352	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH S CC	0,5845
19353	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH S MCC	1,2016
19361	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE BEZ CC	0,7160
19362	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE S CC	0,7160

19363	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE S MCC	1,0420
19371	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY BEZ CC	0,8336
19372	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S CC	0,8336
19373	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S MCC	1,0009
19381	NUTKAVÉ NUTRIČNÍ PORUCHY BEZ CC	2,0551
19382	NUTKAVÉ NUTRIČNÍ PORUCHY S CC	2,0551
19383	NUTKAVÉ NUTRIČNÍ PORUCHY S MCC	3,2679
19391	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY BEZ CC	0,4989
19392	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S CC	0,5485
19393	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S MCC	1,5960
21011	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH BEZ CC	1,3337
21012	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH S CC	2,3739
21013	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH S MCC	7,1876
21021	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH BEZ CC	1,2436
21022	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH S CC	2,2372
21023	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH S MCC	5,1512
21301	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH BEZ CC	0,5782
21302	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH S CC	0,8812
21303	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH S MCC	3,6246
21311	ALERGICKÉ REAKCE BEZ CC	0,2008
21312	ALERGICKÉ REAKCE S CC	0,2491
21313	ALERGICKÉ REAKCE S MCC	0,3214
21321	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) BEZ CC	0,2948
21322	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) S CC	0,4900
21323	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) S MCC	1,1931
21331	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ BEZ CC	0,2594
21332	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ S CC	0,4042
21333	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ S MCC	1,1010
21341	SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO BEZ CC	0,4494
21342	SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO S CC	1,6498
21343	SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO S MCC	4,5941
21351	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ BEZ CC	0,2696
21352	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ S CC	0,4179
21353	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ S MCC	1,2139
22501	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE BEZ CC	0,3046
22502	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE S CC	0,3046
22503	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE	0,3046

	S MCC	
22510	ROZSÁHLÉ POPÁLENINY S KOŽNÍM ŠTĚPEM	5,3522
22521	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM BEZ CC	1,9184
22522	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM S CC	3,9645
22523	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM S MCC	7,6972
22530	ROZSÁHLÉ POPÁLENINY BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU	1,3026
22541	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ BEZ CC	0,7014
22542	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ S CC	0,8914
22543	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ S MCC	3,4641
22551	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE BEZ CC	0,4898
22552	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE S CC	0,9362
22553	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE S MCC	1,7097
24010	HIV S VÝKONEM, S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV	0,9874
24020	HIV S VÝKONEM, S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV	1,1562
24031	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV BEZ CC	0,3577
24032	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV S CC	0,3577
24033	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV S MCC	0,3577
24301	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU BEZ CC	1,7321
24302	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU S CC	1,9066
24303	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU S MCC	4,8940
24311	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ BEZ CC	0,1349
24312	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ S CC	0,1349
24313	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ S MCC	0,1349
24320	HIV S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV	0,5171
24331	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU BEZ CC	4,6813
24332	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S	4,6813

	TUBERKULÓZOU S CC	
24333	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU S MCC	4,6813
24341	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY BEZ CC	0,6939
24342	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY S CC	0,6939
24343	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY S MCC	0,8274
24350	HIV BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV	1,0693
25011	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	3,8927
25012	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	3,8927
25013	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	7,3516
25021	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	3,1578
25022	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	3,1578
25023	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	5,6460
25030	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	63,2752
25040	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 504 HODIN (22-42 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	37,7250
25051	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	19,0766
25052	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	22,2583
25053	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	24,5104
25061	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN BEZ CC	13,8626
25062	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN S CC	13,8626
25063	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN S MCC	13,8626
25071	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY	15,1210

	NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	
25072	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	15,1210
25073	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	16,9350
25301	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	0,8649
25302	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	0,8649
25303	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	1,7024
25311	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU BEZ CC	0,9391
25312	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU S CC	0,9391
25313	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU S MCC	0,9391
25320	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ)	45,0809
25330	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 504 HODIN (22-42 DNÍ)	28,5470
25341	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) BEZ CC	8,0438
25342	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S CC	14,4810
25343	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S MCC	15,1345
25361	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) BEZ CC	8,2376
25362	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S CC	8,2376
25363	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S MCC	8,2376
25370	ÚMRTÍ DO 5 DNÍ OD PŘÍJMU PŘI POLYTRAUMATU	2,6616

Příloha č. 12 k vyhlášce č. 425/2011 Sb.

Výše úhrad zdravotní péče podle § 8 odst. 2

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00900	Komplexní vyšetření stomatologem při registraci pojištěnce 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 plánu léčby. 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 č.48/1997 Sb.	Lze vykázat při registraci pojištěnce nově přijatého do péče, tj. kód 00900 nelze vykázat v případě, že v daném ZZ 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	398 Kč
00901	Opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka 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“). 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 č. 48/1997 Sb.), 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	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 a na základě vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 3/2010 Sb., o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek, dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat	368 Kč

	s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona č.48/1997 Sb.	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)]	
00902	Péče o registrovaného pojištěnce nad 18 let věku Agregovaný výkon zahrnující: kontrolu ústní hygieny, interdentální hygieny, motivaci pojištěnce po orientačním vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní. Ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok. Lze vykázat pouze po vykázání kódu 00901, resp. 00946 v témže kalendářním roce a zároveň pokud není vykázán kód 00900, kombinaci kódů 00901 a 00902, resp. 00947 nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi vykázáním jednotlivých kódů v roce je doporučeno dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést ošetření dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů[5)]	323 Kč
00903	Vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou 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	Stomatologické vyšetření registrovaného pojištěnce od 1 roku do 6 let v rámci preventivní péče	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	Stomatologické ošetření pojištěnce do 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce 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.

	stom. 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	Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do 15 let Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce. 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	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	68 Kč
00908	Akutní ošetření a vyšetření neregistrovaného pojištěnce – v rámci pohotovostní služby 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	Klinické stomatologické vyšetření 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 lůžkovým stomatologickým zařízením a Výzkumnému ústavu stomatologickému. 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	Zhotovení intraorálního rentgenového snímku Zhotovení rentgenového snímku na speciálním dentálním rentgenovém přístroji, nebo další zobrazovací metodou (podmínkou je archivace	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	70 Kč

	snímku). Vykazuje zdravotnické zařízení, které snímek indikovalo (i v případě zhotovení snímku v jiném zdravotnickém zařízení).		
00911	Zhotovení extraorálního rentgenového snímku Zhotovení skiagrafie lebky různých projekcí za každý snímek. Vykazuje zdravotnické zařízení, které snímek indikovalo, v případě odbornosti 015 i rentgenový snímek ruky (stanovení fáze růstu skeletu).	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015;605	225 Kč
00912	Náplň slinné žlázy kontrastní látkou Sondáž, dilatace, náplň slinných žláz a vývodů kontrastní látkou. Následné rentgenové vyšetření je vykazováno kódem 00911 nebo 00913 zdravotnickým zařízením, které snímek indikovalo.	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	Zhotovení ortopantomogramu Zhotovení extraorálního panoramatického snímku na speciálním rentgenovém přístroji. Vykazuje zdravotnické zařízení, které snímek indikovalo.	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	Vyhodnocení ortopantomogramu Vyhodnocení panoramatického rentgenového snímku zubních oblouků a skeletu čelistí nebo ostatních extraorálních snímků. Vykazuje zdravotnické zařízení, které snímek indikovalo (i v případě zhotovení snímku v jiném zdravotnickém zařízení); 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 toto zdravotnické zařízení.	Lze vykázat 1/1 snímek/1 zdravotnické zařízení Odbornost – 014; 015; 605	70 Kč
00915	Zhotovení telerentgenového snímku lbi Zhotovení dálkového rentgenového snímku lbi na speciálním rentgenovém přístroji. Vykazuje zdravotnické zařízení, které snímek indikovalo.	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	Anestézie na foramen mandibulae a infraorbitale Aplikace injekční anestézie na foramen mandibulae (součástí je i aplikace na nervus buccalis) a foramen	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014; 015; 605	100 Kč

	infraorbitale (součástí je i aplikace na nervus palatinus) ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem.		
00917	Anestézie infiltrační 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	Ošetření zubního kazu – stálý zub – fotokompozitní výplň 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	Ošetření zubního kazu – stálý zub 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	Ošetření zubního kazu – dočasný zub 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	Konzervativní léčba komplikací zubního kazu – stálý zub Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, chemickou a medikamentózní přípravu a provizorní výplně. Po definitivním endodontickém ošetření zubu za každý zaplněný kořenový kanálek zinkoxydfosfátovým	Nelze kombinovat s kódem 00925. Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub pouze tehdy, pokud následuje konzervačně – chirurgická léčba komplikací zubního kazu. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	181 Kč

	cementem. Počet návštěv nerozhoduje.		
00924	Konzervativní léčba komplikací zubního kazu – dočasný zub Po definitivním endodontickém ošetření dočasného zubu metodou vitální nebo mortální amputace 1x. 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	Konzervativní léčba komplikací zubního kazu II.- stálý zub 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	Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu Odborné vyšetření parodontu, vyšetření pomocí parodontologického indexu CPITN, stanovení léčebného plánu, 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	Léčba chronických onemocnění parodontu 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 a podobně), jejichž hodnoty musí být zaznamenány v dokumentaci, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), remotivace a korekce konkrétní metody orální hygieny, odstranění lokálního dráždění parodontu. Odstup mezi vykázáním kódů 00932 musí být v takovém minimálním intervalu, aby bylo možno prokázat účelnost léčby. Přechodné	Lze vykázat 3/1 kalendářní rok Při třetím vykázání kódu v roce nutno zhodnotit léčbu pomocí indexu CPITN. Odbornost – 014	243 Kč

	dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem (kód 00938) a subgingiválním ošetření (kód 00935) se vykazuje zvlášť.		
00933	Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu Provedený chirurgický výkon v mukogingiválním 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	Chirurgická léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu 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	Subgingiválním ošetření 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	Odebrání a zajištění přenosu transplantátu 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	Artikulace chrupu 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	Přechodné dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem zhotovené podle přílohy č. 1 zákona (samopolymerující kompozitní pryskyřice). Vykazuje se za každý zub.	Lze vykázat 1/1 zub/365 dní Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015	44 Kč

00940	Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice Při komplexním vyšetření ústní sliznice, stanovení diagnózy.	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
00941	Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice Při kontrolním vyšetření v průběhu léčby.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;PE[5)]	300 Kč
00943	Měření galvanických proudů Měření galvanických proudů v dutině ústní při vyšetření slizničních změn a měření impedance.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;PE[5)]; 605	88 Kč
00945	Cílené vyšetření 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	Opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka I 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“). 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 č. 48/1997 Sb.) , 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 č.48/1997 Sb.	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 a na základě vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 3/2010 Sb., o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek, dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost – 014	336 Kč
00947	Péče o registrovaného pojištěnce nad	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok. Lze	263 Kč

	18 let věku I Agregovaný výkon zahrnující: kontrolu ústní hygieny, interdentální 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.	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	
00949	Extrakce dočasného zubu 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	Extrakce stálého zubu 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	Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu 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	Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku v blízkosti rizikových anatomických struktur nebo vyžadující snesení větší části kosti, primární uzávěr oroantrální komunikace, egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu větším než jeden sextant, exstirpace cysty nad 1 cm, odstranění sekvestru, artrocentéza temporomandibulárního kloubu nebo antrotomie a podobně.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;CH;PE[5)]; 605	1 155 Kč
00953	Chirurgické ošetřování retence zubů Snesení tkání ležících v cestě erupci zubu a mobilizace zubu do směru žádané erupce (včetně odklopení	Lze vykázat 1/1 zub Lokalizace – zub Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému	630 Kč

	mukoperiostálního laloku, plastiky měkkých tkání, podložení kostním štěpem, fixace drátěného tahu, nalepení ortodontického zámku).	školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH;PE[5]; 015; 605	
00954	Konzervačně-chirurgická léčba komplikací zubního kazu 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	Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí malého rozsahu 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	Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí velkého rozsahu 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, sialolitotomie.	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	Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu 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	Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu Repozice a fixace zlomenin alveolu horní, dolní čelisti, zlomenin těla a krčku dolní čelisti bez výrazné dislokace (za každou ošetřenou čelist).	Lze vykázat – bez omezení Lokalizace – čelist Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH;PE[5]; 605	750 Kč
00959	Intraorální incize 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	Zevní incize Léčba kolemčelistního zánětu zevní incisí, včetně dilatace, s vypuštěním exsudátu a zavedením drénu.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH;PE[5]; 605	600 Kč
00961	Ošetření komplikací chirurgických výkonů v dutině ústní 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	Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch 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	Injekce i. m., i. v., i. d., s. c. Zahrnuje injekční aplikaci léčiva, včetně jeho ceny, není-li aplikovaná látka hrazena jiným způsobem.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	53 Kč
00965	Čas stomatologa strávený dopravou za imobilním pojištěncem Výkon je hrazen na podkladě doporučení praktického lékaře a po schválení revizním lékařem.	Nelze vykázat spolu s výkonem dopravy. Odbornost – 014; 605	210 Kč
00966	Signální výkon – informace o vydání Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti nebo Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče) 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	Signální výkon – informace o vydání Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti nebo Rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování (péče) Výkon vykazuje ošetřující lékař, který Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti, případně Rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování (péče), vystavil.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014	5 Kč
00968	Stomatochirurgické ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatochirurgem ve zdravotnickém zařízení zařazeném do dohodnutého	Lze vykázat 1/1 den pouze v souvislosti s kódy 00951, 00952, 00953, 00954, 00955, 00956, 00957, 00958, 00960, 00962.	1 000 Kč

	seznamu stomatochirurgických pracovišť Ošetření na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), písemná zpráva.	Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH;[5)]	
00970	Sejmutí fixní náhrady – za každou pilířovou konstrukci 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	Provizorní ochranná korunka 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	Oprava nebo úprava snímatelné náhrady v ordinaci 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	Odevzdání stomatologického výrobku Zdravotnické zařízení 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	Diagnostika ortodontických anomálií Zahrnuje orientační stomatologické vyšetření, komplexní ortodontické vyšetření, založení zdravotnické dokumentace. Tímto kódem se zahajuje ortodontická léčba a vykazování kódů odbornosti 015. Při převzetí již léčeného pojištěnce je nutné zahájit vlastní ortodontickou léčbu vstupním vyšetřením, založením vlastní dokumentace a vykázáním kódu 00981.	Lze vykázat 1/1 pojištěnce a zdravotnické zařízení. Odbornost – 015	600 Kč
00982	Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem – na jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu včetně přípravy zubů. Materiál fixního aparátu není hrazen z veřejného zdravotního pojištění.	Lze vykázat 1/1 čelist Lokalizace – čelist Odbornost – 015	1 300 Kč

00983	Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu 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	Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu Kontrola postupu léčby dle léčebného plánu 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	Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu Po ukončení léčby ortodontických anomálií sejmutí fixního ortodontického aparátu na 1 zubní oblouk, zábrus zubů, včetně případné analýzy modelů (nezahrnuje případné zhotovení a analýzu telerentgenu a ortopantomogramu).	Lze vykázat 2/1 čelist S časovým odstupem 3 let lze vykázat 1x na čelist v návaznosti na kód 00982 a 1x na čelist v návaznosti kódu 00994. Lokalizace – čelist Odbornost – 015	700 Kč
00986	Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje Kontrola pojištěnce před začátkem nebo po ukončení aktivní fáze ortodontické léčby snímacími nebo fixními aparáty podle léčebného plánu. 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	Stanovení fáze růstu Určení růstové fáze pojištěnce – skeletální věk, zhodnocením rentgenového snímku ruky nebo krčních obratlů.	Lze vykázat 2/1 pojištěnce Odbornost – 015	53 Kč
00988	Analýza telerentgenového snímku lbi Vyhodnocení profilového, eventuálně zadopředního dálkového rentgenového snímku lbi pomocí speciálních měření.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 015	116 Kč
00989	Analýza ortodontických modelů Vyhodnocení ortodontických modelů zubních oblouků a přilehlých tkání, včetně případných dalších speciálních měření.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 015	315 Kč

00990	Diagnostická přestavba ortodontického modelu 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	Nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku 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	Nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky Nasazení intra-extraorálního drátěného oblouku (uzdy), nebo bradové peloty a ortodontní čapky či krční pásky nebo obličejové masky typu Delaire, Hickham a podobně za účelem extraorálního kotvení, včetně poučení o způsobu použití a názorného předvedení.	Lze vykázat 1/1 pojištěnce Odbornost – 015	210 Kč
00993	Navázání parciálního oblouku Příprava a navázání částečného drátěného oblouku v rozsahu do 6-ti zubů do zámků nebo kanyl jako součásti fixního aparátu. Materiál není hrazen z veřejného zdravotního pojištění	Lze vykázat 4/1kalendářní pololetí (1x na kvadrant). Odbornost – 015	300 Kč
00994	Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk 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. Materiál fixního aparátu není hrazen z veřejného zdravotního pojištění.	Lze vykázat 1/1 čelist do věku 10 let. Lokalizace – čelist Odbornost – 015	900 Kč

Vysvětlení zkratek:

PZL praktický zubní lékař
PA parodontolog
CH stomatochirurg
PE pedostomatolog