353

VYHLÁŠKA

ze dne 19. října 2017

o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018

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

§ 1

Tato vyhláška stanoví pro rok 2018 hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb poskytovaných pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon“) a dále hrazených služeb poskytovaných pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, členských států Evropského hospodářského prostoru a Švýcarské konfederace podle přímo použitelných předpisů Evropské unie upravujících koordinaci systémů sociálního zabezpečení[1]) a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast hrazených služeb[2]), (dále jen „zahraniční pojištěnec“), a regulační omezení pro úhrady uvedené v § 3 až 19, poskytované smluvními poskytovateli zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel“), a to:

a) poskytovateli lůžkové péče a poskytovateli zvláštní lůžkové péče podle § 22a zákona,

b) poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,

c) poskytovateli specializované ambulantní péče, poskytovateli hemodialyzační zdravotní péče a poskytovateli v odbornostech 905, 919 a 927 podle vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami[3]) (dále jen „seznam výkonů“),

d) poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů,

e) poskytovateli v oboru zubního lékařství,

f) poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 222, 801, 802, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen „vyjmenovaná odbornost“),

g) poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 911, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů,

h) poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů,

i) poskytovateli zdravotnické záchranné služby, poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče, poskytovateli zdravotnické dopravní služby, poskytovateli lékařské pohotovostní

---

[1]) Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, v platném znění.
Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení.
Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1231/2010, kterým se rozšiřuje působnost nařízení (ES) č. 883/2004 a nařízení (ES) č. 987/2009 na státní příslušníky třetích zemí, na které se tato nařízení dosud nevztahují pouze z důvodu jejich státní příslušnosti.

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

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

služby a poskytovateli pohotovostní služby v oboru zubní lékařství,

j) poskytovateli lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravovnami,

k) poskytovateli lékárenské péče,

l) poskytovateli domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu v odbornosti 926.

§ 2

(1) Referenčním obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2016.

(2) Hodnoceným obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2018.

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

(4) Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2018, poskytovatelem vykázané do 31. března 2019 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2019.

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

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

(7) Při výpočtu celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za zdravotní výkony (dále jen „výkon“) za referenční období podle příloh č. 5 a 8 k této vyhlášce se těmito body rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů, ve znění účinném k 1. lednu 2018, do nichž nejsou započítány body za hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.

(8) Pokud dojde v hodnoceném období ke sloučení dvou zdravotních pojišťoven, použije se pro výpočet úhrad součet údajů za referenční období sloučených zdravotních pojišťoven.

§ 3

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

§ 4

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli lůžkové péče, s výjimkou hrazených služeb poskytovaných poskytovateli následné lůžkové péče, poskytovateli dlouhodobé lůžkové péče a poskytovateli zvláštní lůžkové péče, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v přílohách č. 1, 9, 10, 12, 13 a 14 k této vyhlášce.

(2) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli následné lůžkové péče, poskytovateli dlouhodobé lůžkové péče, zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. c) zákona a poskytovateli zvláštní lůžkové péče, hrazené paušální sazbou za jeden den hospitalizace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 1 k této vyhlášce.

§ 5

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

§ 6

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

§ 7

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

§ 8

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

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

(3) Zdravotní pojišťovna omezí výši úhrady poskytovatelům v oboru zubní lékařství tak, aby celková výše nákladů zdravotní pojišťovny vynaložených na hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství v roce 2018 nepřekročila celkovou výši těchto nákladů stanovenou ve zdravotně pojistném plánu zdravotní pojišťovny. Pokud by překročení celkové výše úhrady za hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství, stanovené ve zdravotně pojistném plánu zdravotní pojišťovny na tyto hrazené služby, bylo způsobeno poskytnutím většího objemu neodkladné péče oproti roku 2016, zdravotní pojišťovna tento větší objem uhradí.

§ 9

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

§ 10

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

§ 11

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

§ 12

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické záchranné služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,15 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů přepravy podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 1,12 Kč, a s výjimkou výkonu č. 06714 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 06714 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí limit úhrady za tyto výkony v roce 2016.

(2) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,12 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů přepravy podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 1,11 Kč, a s výjimkou výkonu č. 06714 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 06714 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí limit úhrady za tyto výkony v roce 2016.

§ 13

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

§ 14

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

§ 15

(1) Pro komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši smluvně sjednané úhrady za jeden den pobytu na rok 2017. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu na rok 2017 sjednána k 31. prosinci 2017, stanoví se úhrada ve výši 1 092 Kč. Úhrada za ubytování a stravu průvodce pojištěnce se stanoví ve stejné výši jako úhrada za tyto složky u pojištěnců, kterým je poskytována komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče pro dospělé.

(2) Pro komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro děti a dorost do 18 let poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši 106 % smluvně sjednané úhrady za jeden den pobytu na rok 2017. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu na rok 2017 sjednána k 31. prosinci 2017, stanoví se úhrada ve výši 1 404 Kč. Úhrada za ubytování a stravu průvodce pojištěnce se stanoví ve stejné výši jako úhrada za tyto složky u pojištěnců, kterým je poskytována komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče pro dospělé.

(3) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši smluvně sjednané úhrady za jeden den pobytu na rok 2017. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu na rok 2017 sjednána k 31. prosinci 2017, stanoví se úhrada ve výši 395 Kč.

(4) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro děti a dorost do 18 let poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši 106 % smluvně sjednané úhrady za jeden den pobytu na rok 2017. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu na rok 2017 sjednána k 31. prosinci 2017, stanoví se úhrada ve výši 499 Kč.

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

(6) Pro hrazené služby poskytované v ozdravovnách se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši 865 Kč. Úhrada za ubytování a stravu průvodce pojištěnce se stanoví ve stejné výši jako úhrada za tyto složky u pojištěnců, kterým jsou poskytovány hrazené služby v ozdravovnách.

§ 16

(1) Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 30 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09543 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí částku ve výši třicetinásobku počtu výkonů č. 09543 podle seznamu výkonů, ve znění účinném v roce 2014, vykázaných zdravotní pojišťovně v roce 2014.

(2) U poskytovatele, který v roce 2014 neexistoval, vznikl v průběhu roku 2014 nebo neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna počty výkonů č. 09543 srovnatelných poskytovatelů v roce 2014.

(3) Úhrada podle odstavců 1 a 2 se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby.

(4) Odstavce 1 a 2 se nepoužijí na poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče při poskytování příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče.

§ 17

(1) Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09552 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 13 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09552 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí částku ve výši třináctinásobku

počtu receptů v roce 2014, na jejichž základě byl vydán léčivý přípravek částečně nebo plně hrazený z veřejného zdravotního pojištění.

(2) U poskytovatele, který v roce 2014 neexistoval, vznikl v průběhu roku 2014 nebo neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna počty receptů srovnatelných poskytovatelů v roce 2014.

§ 18

Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 78890 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 10 000 Kč. Tato úhrada se nezapočítává do výše úhrady za hrazené služby stanovené podle přílohy č. 1 k této vyhlášce.

§ 19

Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 005 – nemocniční lékárenství se hradí podle seznamu zdravotních výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč. Tato úhrada se nezapočítává do výše úhrady za hrazené služby stanovené podle přílohy č. 1 k této vyhlášce.

§ 20

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 926 – domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu podle seznamu výkonů se hodnota bodu pro tuto odbornost stanoví u dospělých pacientů ve výši 1 Kč po dobu 30 dnů, poté ve výši 0,50 Kč. U dětských pacientů se hodnota bodu pro tuto odbornost stanoví ve výši 1 Kč po dobu 90 dnů, poté ve výši 0,50 Kč.

§ 21

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2018.

Ministr:

JUDr. Ing. **Ludvík**, MBA, v. r.

Příloha č. 1 k vyhlášce č. 353/2017 Sb.

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

A) Hrazené služby podle § 4 odst. 1

1. Úhrada poskytovateli v roce 2018 zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady, úhradu formou případového paušálu, úhradu vyčleněnou z úhrady formou případového paušálu a úhradu za ambulantní péči (dále jen „ambulantní složka úhrady"). Pro výpočet referenčních hodnot individuálně smluvně sjednané složky úhrady, úhrady formou případového paušálu, úhrady vyčleněné z úhrady formou případového paušálu a ambulantní složky úhrady jsou do výpočtu zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2016, poskytovatelem vykázané do 31. března 2017 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2017.

2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

2.1 Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady může zahrnovat hrazené služby podle bodu 2.1.1 až 2.1.9. Úhrada za tyto služby se v takovém případě nezapočítává do úhrady uvedené v bodech 3 a 4.

2.1.1 Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady může zahrnovat hrazené služby zařazené podle Klasifikace hospitalizovaných pacientů[4)] (dále jen „Klasifikace") do bází 0501, 0507, 0511, 0516, 0522, 0523, 0524, 0526, 0527 a 0528 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.

2.1.2 Zdravotní pojišťovna a poskytovatel si mohou dále dohodnout rozdílnou výši a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace do bazí č. 0001, 0002, 0003, 0014, 0204, 0802, 0804, 0818 a 1101 a zohlednit tak změnu cen materiálů obsažených v jednotlivých bazích.

2.1.3 Zdravotní pojišťovna a poskytovatel, který má statut centra vysoce specializované péče podle § 112 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, si mohou dohodnout rozdílnou výši a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace do bazí č. 2250 až 2255, a zohlednit tak zvýšené náklady na poskytování vysoce specializované péče a zajištění dostatečné kapacity poskytovatele, nutné k zajištění dostupnosti i za mimořádných událostí.

2.1.4 Zdravotní pojišťovna a poskytovatel si mohou dohodnout rozdílnou výši a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace do bazí č. 0138 až 0140, 0638, 0733, 1801 až 1834 a 2401 až 2435 a umožnit zlepšení zajištění péče o infekční pacienty a zohlednit vyšší fixní náklady.

2.1.5 Zdravotní pojišťovna a poskytovatel si mohou dohodnout rozdílnou výši a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace do baze č. 1105, pokud bude v rámci této baze vykázán výkon č. 76419 podle seznamu výkonů.

2.1.6 Zdravotní pojišťovna a poskytovatel si mohou dohodnout rozdílnou výši a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace do baze č. 0403, pokud bude v rámci této baze vykázán výkon č. 25112 podle seznamu výkonů.

[4)] Sdělení ČSÚ č. 324/2017 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG).

2.1.7 Zdravotní pojišťovna a poskytovatel si mohou dohodnout rozdílnou výši a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, pokud bude v rámci baze vykázán DRG marker č. 07257 nebo 07258 podle Klasifikace.

2.1.8 Zdravotní pojišťovna a poskytovatel si mohou dohodnout rozdílnou výši a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace do baze č. 0819, pokud bude v rámci této baze vykázán výkon č. 66039 nebo 66041 podle seznamu výkonů.

2.1.9 Zdravotní pojišťovna a poskytovatel si mohou sjednat ve smlouvě rozdílnou výši a způsob úhrady hrazených služeb i pro jiné hrazené služby, než je uvedeno v bodě 2.1.1 až 2.1.8.

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, se stanoví podle poskytovatelem vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného léčivého přípravku v jednotkové ceně, maximálně však ve výši uvedené v bodech 2.2.1 až 2.2.3:

2.2.1 Pro onemocnění HIV/AIDS, hereditární angioedém a pro profylaxi rizikových dětí vystavených expozici respiračního syncytiálního viru se stanoví maximální úhrada na jeden podaný léčivý přípravek ve výši poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané úhrady v roce 2016.

2.2.2 Pro skupiny:

a)	Dermatologie (Aktinická keratóza, Psoriáza těžká)
b)	Dýchací soustava (Astma, CHOPN, Idiopatická plicní fibróza)
c)	Endokrinologie (Akromegalie, Endokrinní oftalmopatie, Toxická struma štítné žlázy, Růstové hormony)
d)	Hematoonkologie (Leukemie, Lymfomatózní meningitida, Lymfomy, Mnohočetný myelom, Myelo-dysplastické syndromy, Podpůrná hematoonkologie, Zhoubné imunoproliferativní nemoci, Hematologie)
e)	Imunitní systém (Autoinflamatorní onemocnění, Digitální ulcerace u systémové sklerodermie, Polyangiitida, Transplantace)
f)	Infekce (Chronická hepatitida)
g)	Metabolické vady (Fabryho choroba, Gaucherova choroba, Metabolické vady
h)	Neurologie (Epilepsie, Narkolepsie, Parkinsonova choroba, Roztroušená skleróza, Substituční léčba)
i)	Oběhový systém (Plicní arteriální hypertenze)
j)	Oftalmologie (Centrální venózní okluze, Makulární degenerace, Oftalmologie – DM, Vitreomakulární trakce, Oftalmologie – jiné)
k)	Onkologie – solidní nádory (Hepatocelulární karcinom, Nádory hlavy a krku, Nádory kolorekta, Nádory ledviny, Nádory močového ústrojí, Nádory mozku, Nádory ovarií, Nádory plic, Nádory prostaty, Nádory prsu, Nádory slinivky, Nádory štítné žlázy, Nádory z embryonálních buněk, Nádory žaludku, Osteosarkom, pNET, Sarkomy měkkých tkání, Jiné nádory měkkých tkání, Jiné ZN kůže, Kožní lymfomy, Maligní melanom, Mezoteliom pleury)
l)	Osteoporóza
m)	Revmatologie (Bechtěrevova choroba, Artritida, Lupus erythematosus, Psoriatická artritida)
n)	Trávicí soustava (Crohnova choroba, Ulcerózní kolitida)

o) Ostatní – výše neuvedená onemocnění

se stanoví maximální úhrada takto:

$$Uhr_{max,2018} = \sum_{i=a}^{o} Uhr_{i,2016} * IN_i$$

kde:

$Uhr_{max,2018}$ je maximální úhrada v hodnoceném období.

i nabývá hodnot a až o, kde a až o jsou diagnostické skupiny uvedené v bodě 2.2.2.

$Uhr_{i,2016}$ je celková úhrada v referenčním období za léčbu onemocnění i.

IN_i je index navýšení úhrady pro skupinu i, uvedený v bodě 2.2.3.

Maximální úhrada je stanovena pro všechny skupiny onemocnění dohromady.

2.2.3 Index navýšení úhrady se pro jednotlivé diagnostické skupiny uvedené v bodě 2.2.2 stanoví ve výši:

Diagnostická skupina	**Index navýšení úhrady**
Dermatologie	1,10
Dýchací soustava	1,15
Endokrinologie	0,95
Hematoonkologie	1,16
Imunitní systém	1,00
Infekce	1,20
Metabolické vady	1,00
Neurologie	1,15
Oběhový systém	1,15
Oftalmologie	1,20
Onkologie – solidní nádory	1,16
Osteoporóza	1,00
Revmatologie	1,05
Trávicí soustava	1,10
Ostatní	1,14

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

3. Úhrada formou případového paušálu

3.1 Případy hospitalizací se při výpočtu $CM_{2018,015}$ a $CM_{2016,015}$ rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro Klasifikaci.

3.2 Pro výkony doprovodu č. 00031 a 00032 podle seznamu výkonů, vyjmuté z platby případovým paušálem, se stanoví paušální sazba za ošetřovací den ve výši 447 Kč.

3.3 Léčivé přípravky vyjmuté z platby případovým paušálem a uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2017.

3.4 Vyžádanou extramurální péčí se rozumí péče související s hospitalizací pojištěnce u poskytovatele, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji účtuje zdravotní pojišťovně.

3.5 Úhrada formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a stanoví se ve výši CELK $PU_{drg,2018}$ podle výrazu:

$$CELK\ PU_{drg,2018} = min\left\{1; \frac{CM_{red,2018,015,10}}{0{,}95 * CM_{2016,015,10}}\right\} * IPU * I_{ZP} + OD_{sestry,10} - EM_{2018,10}$$

kde:

$CM_{2016,015,10}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období a které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2018 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$EM_{2018,10}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období a které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, oceněná Hodnotami Bodu (HB) platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

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

a kde IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

(i) $IPU = PU_{drg,2016,10} * KN_{10}$

kde:

$PU_{drg,2016,10}$ je referenční výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce. Pokud je poskytovatel v průběhu celého hodnoceného období držitelem certifikátu kvality a bezpečí podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejích poskytování, ve znění pozdějších předpisů, může mu zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu IPU zvýšit $PU_{drg,2016,10}$ až o jedno procento. $PU_{drg,2016,10}$ se vypočte následovně:

$$PU_{drg,2016,10} = max\left\{CM_{2016,015,10} * ZS_{min,10};\ CELK\ PU_{drg,2016} + \sum_{j=1}^{n} \acute{U}HR_j^{2016} + EM_{2016}\right\}$$

kde:

$CELK\ PU_{drg,2016}$ je celková úhrada formou případového paušálu v referenčním období.

$ZS_{min,10}$ je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 35 500 Kč pro poskytovatele, který má současně statut centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče, centra vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro dospělé a centra vysoce specializované onkologické péče podle § 112 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Pokud poskytovatel nesplňuje podmínky uvedené ve větě první, ale má statut centra vysoce specializované onkologické péče a zároveň statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro děti a zároveň statut centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče nebo vysoce specializované péče o pacienty s iktem podle § 112 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, potom se minimální základní sazba stanoví ve výši 32 500 Kč. Pro ostatní poskytovatele se minimální základní sazba stanoví ve výši 25 000 Kč.

EM_{2016} je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období a které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze podle přílohy č. 10 k této vyhlášce, oceněná Hodnotami Bodu (HB) platnými v referenčním období, včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$ÚHR_j^{2016}$ celková úhrada poskytovateli za služby zařazené do bazí 0014, 0204, 0501, 0507, 0511, 0516, 0522, 0523, 0524, 0526, 0527, 0528, 0802, 0804, 0818, 1101 a dalších individuálně smluvně sjednaných bazí v referenčním období, kde j = 1 až n, kde n je počet těchto bazí.

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

a kde:

KN_{10} je koeficient navýšení, který se vypočte následovně:

$$KN_{10} = 1 + \frac{0{,}15}{ARCTG\left(\frac{1}{40} * \sqrt{\frac{PU_{drg,2016,10}}{CM_{2016,015,10}} - 21000}\right)}$$

kde:

ARCTG je funkce Arkus tangens

(ii) $CM_{red,2018,015,10}$ se vypočítá následovně:

a) Pokud je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v referenčním nebo hodnoceném období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k

této vyhlášce a které byly ukončeny přeložením pacienta k poskytovateli následné péče nebo na oddělení následné péče téhož poskytovatele (dále jen „kód ukončení léčení 4“) nebo přeložením pacienta k jinému poskytovateli akutní lůžkové péče (dále jen „kód ukončení léčení 5“), menší nebo roven 100 nebo pokud $PPR_{drg,2018,4,5} \leq 0,1 * PP_{drg,2018}$ nebo pokud $PPR_{drg,2016,4,5} \leq 0,1 * PP_{drg,2016}$, stanoví se redukovaný casemix takto:

$$CM_{red,2018,015,10} = min\left\{CM_{2018,015,10}; \left(CM_{2018,015,10}\right)^{0,2} * \left(X * PP_{drg,2018} * \frac{CM_{2016,015,10}}{PP_{drg,2016}}\right)^{0,8}\right\},$$

kde:

X nabývá hodnoty 1,05 v případě, kdy je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném okrese podle přílohy č. 14 k této vyhlášce větší než 0,01, a hodnoty 1,15 v případě, kdy je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném okrese podle přílohy č. 14 k této vyhlášce menší nebo roven 0,01.

$CM_{2018,015,10}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace a které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2018, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$PP_{drg,2018}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v hodnoceném období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$PP_{drg,2016}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v referenčním období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

b) V ostatních případech:

$CM_{red,2018,015,10} = CM_{red\ 1} + CM_{red\ 2}$,

kde:

$$CM_{red\ 1} = min\left\{CM_{1,2018,015,10}; \left(CM_{1,2018,015,10}\right)^{0,2} * \left(X * PP_{1,drg,2018} * \frac{CM_{1,2016,015,10}}{PP_{1,drg,2016}}\right)^{0,8}\right\},$$

kde:

$CM_{1,2018,015,10}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2018, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$CM_{1,2016,015,10}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2018, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$PP_{1,drg,2018}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v hodnoceném období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce a které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

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

a kde:

$$CM_{red\,2} = CM_{2018,015,10,4,5} * min\left[1; \left(1{,}05 * \frac{PPR_{drg,2016,4,5}}{PPR_{drg,2018,4,5}} * \frac{PP_{drg,2018}}{PP_{drg,2016}}\right)\right],$$

kde:

$CM_{2018,015,10,4,5}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2018, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$PPR_{drg,2018,4,5}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v hodnoceném období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce a které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

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

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

$$I_{ZP} = max\left[1; ARCTG\left(3 * \frac{CM_{red,2018,015,10}}{CM_{2016,015,10}} - 1{,}56\right) * I_{GUP}\right]$$

kde:

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

a) Pokud $\frac{CM_{red,2018,015,10}}{CM_{2016,015,10}} \neq 1$, potom:

$$I_{GUP} = \max\left[0; \min\left(1; \frac{\left(\frac{GUP_{2018}}{GUP_{2016}} - 1\right)}{0{,}5 * \left(\frac{CM_{red,2018,015,10}}{CM_{2016,015,10}} - 1\right)}\right)\right]$$

b) Pokud $\frac{CM_{red,2018,015,10}}{CM_{2016,015,10}} = 1$, potom $I_{GUP} = 1$.

kde:

GUP_{2018} je počet globálních unikátních hospitalizovaných pojištěnců, na které byly vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.

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

(iv) $OD_{sestry,10}$ je navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání bez odborného dohledu střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče vypočtené následovně:

$$OD_{sestry,10} = min\left(\sum_{i=1}^{n} PocetOD_{2016,10,i} * NavýšeníOD_i; \frac{\sum_{i=1}^{n} PocetOD_{2018,10,i} * NavýšeníOD_i}{0{,}8}\right)$$

kde:

$PocetOD_{2016,10,i}$ je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetřovacího dne typu *i*, které byly vykázány v rámci případů hospitalizace ukončených v referenčním období zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, kde *i* nabývá hodnot 1 až *n* a označuje typ ošetřovacího dne podle seznamu výkonů.

$PocetOD_{2018,10,i}$ je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetřovacího dne typu *i*, které byly vykázány v rámci případů hospitalizace ukončených v hodnoceném období zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, kde *i* nabývá hodnot 1 až *n* a označuje typ ošetřovacího dne podle seznamu výkonů.

$NavýšeníOD_i$ je navýšení za ošetřovací den typu i, uvedené v příloze č. 9 k této vyhlášce.

4. Úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu

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

4.2 Případy hospitalizací se při výpočtu $CM_{2018,015,13}$, $CM_{2018,015,13,trans}$ a $CM_{2016,015,13}$ rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro Klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných pro rok 2018.

4.3 Léčivé přípravky vyjmuté z platby případovým paušálem a uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2017.

4.4 Pro hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze a uvedené v příloze č. 13 k této vyhlášce vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, se stanoví úhrada ve výši:

$$\mathrm{KN}_{13} * \mathrm{CM}_{2018,015,13} * \max\{\mathrm{IZS}_{2016,13}; ZS_{min,13}\} + OD_{sestry,13} - EM_{2018,13},$$

kde:

$\mathrm{CM}_{2018,015,13}$ je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období a zdravotní pojišťovnou uznaných, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, vynásobených relativními váhami 2018, které jsou uvedeny v příloze č. 13 k této vyhlášce.

$EM_{2018,13}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období a které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, oceněná Hodnotami Bodu (HB) platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$ZS_{min,13}$ je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 27 000 Kč.

$\mathrm{IZS}_{2016,13}$ je individuální základní sazba vypočtená takto: $\frac{U_{drg,2016,13}}{CM_{2016,015,13}}$,

kde:

$\mathrm{U}_{drg,2016,13}$ je celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, s výjimkou případů zařazených podle

Klasifikace do bazí 0001 a 0002, včetně vypořádání regulačních omezení s výjimkou regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, zvýšené o hodnotu vyžádané extramurální péče oceněné Hodnotami Bodu (HB) platnými v referenčním období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky snížená o úhradu léčivých přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

$CM_{2016,015,13}$ je počet případů hospitalizací ukončených v referenčním období a zdravotní pojišťovnou uznaných, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, vynásobených relativními váhami 2018, které jsou uvedeny v příloze č. 13 k této vyhlášce.

a kde:

KN_{13} je koeficient navýšení, který se vypočte následovně:

$$KN_{13} = 1 + \frac{0{,}15}{ARCTG\left(\frac{\sqrt{\max\left(ZS_{min,13}; IZS_{2016,13}\right) - 21000}}{40}\right)}$$

a kde:

$OD_{sestry,13}$ je navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání bez odborného dohledu střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče vypočtené následovně:

$$OD_{sestry,13} = min\left(\sum_{i=1}^{n} PocetOD_{2016,13,i} * NavýšeníOD_i; \frac{\sum_{i=1}^{n} PocetOD_{2018,13,i} * NavýšeníOD_i}{0{,}8}\right)$$

kde:

$PocetOD_{2016,13,i}$ je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetřovacího dne typu *i*, které byly vykázány v rámci případů hospitalizace ukončených v referenčním období zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, kde *i* nabývá hodnot 1 až *n* a označuje typ ošetřovacího dne podle seznamu výkonů.

$PocetOD_{2018,13,i}$ je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetřovacího dne typu *i*, které byly vykázány v rámci případů hospitalizace ukončených v hodnoceném období zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, kde *i* nabývá hodnot 1 až *n* a označuje typ ošetřovacího dne podle seznamu výkonů.

4.5 Pro hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze a uvedené v příloze č. 13 k této vyhlášce vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, a zařazené podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, se stanoví úhrada ve výši:

$$CM_{2018,015,13,trans} * ZS_{2018,trans} - EM_{2018,13,trans}$$

kde:

$CM_{2018,015,13,\ trans}$ je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období a zdravotní pojišťovnou uznaných, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, a které jsou zároveň podle Klasifikace zařazeny do bazí 0001 a 0002, vynásobených relativními váhami 2018, které jsou uvedeny v příloze č. 13 k této vyhlášce.

$EM_{2018,13,trans}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období a které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, a které jsou zároveň podle Klasifikace zařazeny do bazí 0001 a 0002, oceněná Hodnotami Bodu (HB) platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$ZS_{2018,trans}$ je základní sazba pro transplantace, která se stanoví ve výši 63 000 Kč.

4.6 Pro výkony doprovodu č. 00031 a 00032 podle seznamu výkonů se stanoví paušální sazba za ošetřovací den ve výši 447 Kč.

5. V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby v rámci 50 a méně případů hospitalizací pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,18 Kč.
V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby v rámci 50 a méně případů hospitalizací pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu ve výši 100 Kč za každý den hospitalizace.

6. Ambulantní složka úhrady zahrnuje úhradu specializované ambulantní péče, hrazených služeb v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství, hrazených služeb ve vyjmenovaných odbornostech, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby, hrazených služeb v odbornosti nemocniční lékárenství a hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v odbornostech 902, 903, 905, 911, 914, 917, 919, 921, 925 a 927 (dále jen „ambulantní péče“) s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje vyšetření pacienta při příjmu k hospitalizaci a při propuštění z hospitalizace.

6.1 Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazené kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce, s výjimkou regulačních omezení uvedených v části D a E přílohy č. 2 k této vyhlášce, která se pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nepoužijí.

6.2 Pro specializovanou ambulantní péči, s výjimkou poskytovatelů v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů, hrazenou podle seznamu výkonů a poskytovatelů v odbornosti 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v části A bodu 1 a 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce, s výjimkou výpočtu celkové úhrady podle části A bodu 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce a regulačních omezení uvedených v části B přílohy č. 3 k této vyhlášce, která se pro specializovanou ambulantní péči hrazenou podle seznamu výkonů a poskytovatele v odbornostech 905, 919 a 927 nepoužijí.

6.3 Pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů s výjimkou výkonů odbornosti 806 - mamografický screening a výkonů screeningu děložního hrdla podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodu 2 přílohy č. 5 k této vyhlášce a pro metody uvedené v bodě 2 písm. c) přílohy č. 5 k této vyhlášce se stanoví úhrada ve výši úhrady podle bodu 2 písm. c) přílohy č. 5 k této vyhlášce, s výjimkou výpočtu celkové úhrady podle bodů 3 a 4 přílohy č. 5 k této vyhlášce, který se pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů nepoužije.

6.4 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v části A bodu 1 přílohy č. 4 k této vyhlášce, s výjimkou výpočtu celkové úhrady podle části A bodu 2 přílohy č. 4 k této vyhlášce a regulačních omezení uvedených v části B přílohy č. 4 k této vyhlášce, která se pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 nepoužijí.

6.5 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 911, 914, 921 a 925 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v bodě 1 a 4 přílohy č. 6 k této vyhlášce, s výjimkou výpočtu celkové úhrady podle bodu 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce, který se pro hrazené služby poskytované v odbornostech 911, 914, 921 a 925 podle seznamu výkonů nepoužije.

6.6 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v bodě 1 a 2 přílohy č. 7 k této vyhlášce, s výjimkou výpočtu celkové úhrady podle bodu 2 přílohy č. 7 k této vyhlášce, který se pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů nepoužije.

6.7 Pro výkony poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby hrazené podle seznamu výkonů se výsledná hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodu 1 písm. a) a b) přílohy č. 8 k této vyhlášce.

6.8 Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle § 8.

6.9 Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby, s výjimkou výkonu č. 09563 podle seznamu výkonů, se hradí podle § 14.

6.10 Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,05 Kč.

6.11 Hrazené služby poskytované v odbornosti 806 - mamografický screening, výkony screeningu děložního hrdla, výkony č. 88101 a 09563 a výkony novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,03 Kč.

6.12 Výkon č. 09566 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč.

6.13 Úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodů 6.1 až 6.9 se stanoví ve výši:

$$Úhr_{amb_{2018}} = \max\left\{Úhr_amb_{2018,kompl} + Úhr_amb_{2018,ost}; \min\left[1; \frac{Hodnota_péče_{2018}}{Hodnota_péče_{2016}}\right] * Úhr_{amb_{2016}} * 1{,}124; \min\left[Úhr_amb_{2016} * 1{,}124; Hodnota_péče_{2018}\right]\right\}$$

kde:

$Hodnota_péče_{2016}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 6.1 až 6.9 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2016} = \sum_{i=1}^{m}\left\{PB_{i,2016} * (HB_{i,2018} + BON_{16/7})\right\} + KP_{2016}$$

kde:

$PB_{i,2016}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za hrazené služby poskytnuté v referenčním období, kde *i*=1 až *m*, kde *m* je počet výkonů podle bodů 6.1 až 6.9 a těmito body se rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů, ve znění účinném k 1. lednu 2018.

$HB_{i,2018}$ je hodnota bodu příslušící k danému výkonu *i* ve výši hodnoty bodu podle § 8 a 14 a podle přílohy č. 2 až 8 k této vyhlášce, kde *i*=1 až *m*, kde *m* je počet výkonů podle bodů 6.1 až 6.9.

$BON_{16/7}$ je bonifikace za nepřetržitý provoz, která nabývá hodnoty 0,05 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období nepřetržitou péči alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom pracovišti v laboratoři a zároveň alespoň na jednom radiodiagnostickém pracovišti, a hodnoty 0 v ostatních případech.

KP_{2016} je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 6.1 až 6.9, včetně úhrady za metody uvedené v bodě 2 písm. c) přílohy č. 5 k této vyhlášce.

a kde:

$Hodnota_péče_{2018}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 6.1 až 6.9 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2018} = \sum_{i=1}^{m}\left\{PB_{i,2018} * (HB_{i,2018} + BON_{16/7})\right\} + KP_{2018}$$

kde:

$PB_{i,2018}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období, kde *i*=1 až m, kde m je počet výkonů podle bodů 6.1 až 6.9.

KP_{2018} je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodů 6.1 až 6.9, včetně úhrady za metody uvedené v bodě 2 písm. c) přílohy č. 5 k této vyhlášce

a kde:

$Úhr_amb_{2016}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 6.1 až 6.9, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

$Úhr_amb_{2018,kompl}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodu 6.3, která se stanoví ve výši:

$$Úhr_amb_{2018,kompl} = max\left\{min\left[Úhr_amb_{2016,kompl} * 1{,}124; Hodnota_péče_{2018,kompl}\right]; min\left[1; \frac{Hodnota_péče_{2018,kompl}}{Hodnota_péče_{2016,kompl}}\right] * Úhr_amb_{2016,kompl} * 1{,}124\right\}$$

kde:

$Úhr_amb_{2016,kompl}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 6.3, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce, která je vypočtená takto:

$$Úhr_amb_{2016,kompl} = Úhr_amb_{2016} * \frac{Hodnota_péče_{2016,kompl}}{Hodnota_péče_{2016}}$$

kde:

$Hodnota_péče_{2016,kompl}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 6.3 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2016,kompl} = \sum_{i=1}^{n}\left\{PB_{i,2016,kompl} * (HB_{i,2018} + BON_{16/7})\right\} + KP_{2016,kompl}$$

kde:

$PB_{i,2016,kompl}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za hrazené služby poskytnuté v referenčním období, kde i=1 až n, kde n je počet výkonů podle bodu 6.3, a těmito body se rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů, ve znění účinném k 1. lednu 2018.

$KP_{2016,kompl}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 6.3, včetně úhrady za metody uvedené v bodě 2 písm. c) přílohy č. 5 k této vyhlášce.

a kde:

$Hodnota_péče_{2018,kompl}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 6.3 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2018,kompl} = \sum_{i=1}^{n}\left\{PB_{i,2018,kompl} * (HB_{i,2018} + BON_{16/7})\right\} + KP_{2018,kompl}$$

kde:

$PB_{i,2018,kompl}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období za hrazené služby poskytnuté v referenčním období, kde *i*=1 až n, kde n je počet výkonů podle bodu 6.3.

$KP_{2018,kompl}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodu 6.3, včetně úhrady za metody uvedené v bodě 2 písm. c) přílohy č. 5 k této vyhlášce.

a kde:

$Úhr_amb_{2018,ost}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodů 6.1, 6.2 a 6.4 až 6.9, která se stanoví ve výši:

$$Úhr_amb_{2018,ost} = max\left\{min\left[Úhr_amb_{2016,ost} * 1{,}124 + Hnp_{2018};\ Hodnota_péče_{2018,ost}\right];\ min\left[1; \frac{Hodnota_péče_{2018,ost}}{Hodnota_péče_{2016,ost}}\right] * I_{zp_amb} * Úhr_amb_{2016,ost} * 1{,}12\right\}$$

kde:

I_{zp_amb} je index změny produkce vypočtený takto:

$$I_{zp_amb} = 1 + I_{zp1_amb} + I_{zp2_amb}$$

kde:

$$I_{zp1_amb} = \max\left[0; \min\left(\frac{Hodnota_péče_{2018,ost} - Hodnota_péče_{2016,ost}}{Hodnota_péče_{2016,ost} * 1{,}124}; \frac{Hnp_{2018}}{Úhr_amb_{2016,ost} * 1{,}124}\right)\right]$$

$$I_{zp2_amb} = \max\left\{0; 0{,}75 * \min\left[\frac{Hodnota_péče_{2018,ost}}{Hodnota_péče_{2016,ost}} - max\left(1{,}04; 1 + \frac{Hnp_{2018}}{Úhr_amb_{2016,ost}}\right); 0{,}1\right] * IZ_{GAUP}\right\}$$

a kde:

$Úhr_amb_{2016,ost}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 6.1, 6.2 a 6.4 až 6.9, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce, která je vypočtená takto:

$$Úhr_amb_{2016,ost} = Úhr_amb_{2016} * \frac{Hodnota_péče_{2016,ost}}{Hodnota_péče_{2016}}$$

kde:

$Hodnota_péče_{2016,ost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 6.1, 6.2 a 6.4 až 6.9, v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2016,ost} = \sum_{i=1}^{n} \{PB_{i,2016,ost} * (HB_{i,2018} + BON_{16/7})\} + KP_{2016,ost}$$

kde:

$PB_{i,2016,ost}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za hrazené služby poskytnuté v referenčním období, kde *i*=1 až n, kde n je počet výkonů podle bodů 6.1, 6.2 a 6.4 až 6.9 a těmito body se rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů, ve znění účinném k 1. lednu 2018.

$KP_{2016,ost}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 6.1, 6.2 a 6.4 až 6.9.

a kde:

$Hodnota_péče_{2018,ost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 6.1, 6.2 a 6.4 až 6.9, v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2018,ost} = \sum_{i=1}^{n} \{PB_{i,2018,ost} * (HB_{i,2018} + BON_{16/7})\} + KP_{2018,ost}$$

kde:

$PB_{i,2018,ost}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období, kde *i*=1 až n, kde n je počet výkonů podle bodů 6.1, 6.2 a 6.4 až 6.9.

$KP_{2018,ost}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodů 6.1, 6.2 a 6.4 až 6.9.

a kde:

IZ_{GAUP} je index změny ambulantně ošetřených pojištěnců, který je vypočtený následovně:

a) Pokud $\frac{Hodnota_péče_{2018,ost}}{Hodnota_péče_{2016,ost}} \neq 1$, potom:

$$IZ_{GAUP} = \max\left[0; \min\left(1; \frac{\left(\frac{GAUP_{2018}}{GAUP_{2016}} - 1\right)}{0{,}5 * \min\left[\left(\frac{Hodnota_péče_{2018,ost}}{Hodnota_péče_{2016,ost}} - 1\right); 0{,}10\right]}\right)\right]$$

b) Pokud $\frac{\text{Hodnota_péče}_{2018,\text{ost}}}{\text{Hodnota_péče}_{2016,\text{ost}}} = 1$, potom $IZ_{GAUP} = 1$.

kde:

$GAUP_{2018}$ je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v hodnoceném období vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 6.1, 6.2 a 6.4 až 6.9.

$GAUP_{2016}$ je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v referenčním období vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 6.1, 6.2 a 6.4 až 6.9.

a kde:

Hnp_{2018} je hodnota nedosažené produkce do výše CELK $PU_{drg,2018}$ vypočtená následovně:

$$Hnp_{2018} = max[0; IPU + OD_{sestry,10} - CELK\ PU_{drg,2018} - EM_{2018,10}]$$

6.14 Léčivé přípravky uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich jednotkové ceny v roce 2017.

6.15 V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby uvedené v bodech 6.1 až 6.12 50 a méně unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,18 Kč.

7. Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb a změny v objemu mimořádně nákladné péče ve srovnání s referenčním obdobím se dohodnou ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.

8. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 112,4 % objemu úhrady za referenční období. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zahrne změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb a změny v objemu mimořádně nákladné péče dohodnuté podle bodu 7, včetně změny počtu hospitalizací, počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.

9. V rámci celkového finančního vypořádání předběžné úhrady obdrží poskytovatel za každou vystavenou a zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v hodnoceném období, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.

10. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se výpočet celkové výše úhrady podle bodů 3.5 a 6.13 nepoužije.

B) Hrazené služby podle § 4 odst. 2

1. Paušální sazba za jeden den hospitalizace včetně zvláštní lůžkové péče podle § 22a zákona

a) Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetřovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného ošetřovacího dne (OD) včetně režie přiřazené k ošetřovacímu dni a kategorie pacienta podle seznamu výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, a výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření podle seznamu výkonů.

b) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace s výjimkou dnu hospitalizace OD 00098 nebo 00099 v hodnoceném období se stanoví ve výši:

$$PS_{OD,2018} = min\{\max\{1{,}07 * PS_{OD,2017}; X\}; Y\} + Navýšení OD_i,$$

kde:

$PS_{OD,2017}$ je paušální sazba za jeden den hospitalizace v roce 2017

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

OD	Pro kategorii pacienta 1 podle seznamu výkonů	Pro kategorii pacienta 2 podle seznamu výkonů	Pro kategorii pacienta 3 podle seznamu výkonů	Pro kategorii pacienta 4 podle seznamu výkonů	Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů
00005	1 167,36	1 276,58	1 404,08	1 531,80	1 732,13
00021	1 626,06	1 762,20	1 899,95	2 037,71	2 175,46
00022	1 467,17	1 584,69	2 131,85	2 299,08	2 452,86
00023	1 284,37	1 546,89	1 671,50	1 813,15	2 094,69
00024	1 373,93	1 506,83	1 627,33	1 752,37	1 875,61
00025	3 866,52	4 103,39	4 286,69	4 392,18	4 505,80
00026	1 830,27	2 065,68	2 216,15	2 348,26	2 744,60
00027	1 647,50	1 846,49	2 324,32	2 507,34	2 582,34
00028	1 717,83	1 809,50	1 936,56	2 166,25	2 330,77
00029	1 488,69	1 603,70	1 705,19	1 885,27	2 054,72
00030	1 405,33	1 487,25	1 569,18	1 651,10	1 733,01
00031	547,46				
00032	547,46				

Y je maximální paušální sazba za jeden den hospitalizace ve výši:

OD	Pro kategorii pacienta 1 podle seznamu výkonů	Pro kategorii pacienta 2 podle seznamu výkonů	Pro kategorii pacienta 3 podle seznamu výkonů	Pro kategorii pacienta 4 podle seznamu výkonů	Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů
00005	1 547,67	1 697,64	1 803,38	1 901,35	1 911,85
00021	1 833,27	1 964,88	2 113,03	2 260,30	2 398,86
00022	1 948,91	2 098,71	2 248,06	2 354,10	2 452,86
00023	1 707,39	1 856,86	1 972,70	2 096,89	2 224,03
00024	1 487,26	1 806,29	1 928,97	2 060,70	2 148,52
00025	3 866,52	4 204,96	4 328,67	4 477,09	4 505,80
00026	1 830,27	2 089,18	2 484,51	2 685,04	2 983,18
00027	1 867,65	2 008,06	2 324,32	2 507,34	2 582,34
00028	1 717,83	1 809,50	1 936,56	2 166,25	2 330,77
00029	1 758,45	1 862,33	1 976,67	1 987,17	2 054,72
00030	1 424,09	1 496,86	1 576,69	1 660,33	1 742,89
00031	878,61				
00032	878,61				

$NavýšeníOD_i$, je navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání bez odborného dohledu střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém provozním režimu

u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče za ošetřovací den typu *i*, uvedené v příloze č. 9 k této vyhlášce.

Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace OD 00098 a 00099 se v hodnoceném období stanoví ve výši $PS_{OD,2018} = 1{,}07 * PS_{OD,2017}$.

c) Výkony následné intenzivní péče, dlouhodobé intenzivní ošetřovatelské péče a následné ventilační péče se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,06 Kč.

d) Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím se určí ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.

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

a) Pro ambulantní péči hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 0,95 Kč.

b) Pro poskytovatele zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. c) zákona se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,05 Kč. Celková výše úhrady za výkony poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$max\,\{POP_{zpo} * PURO_o * 1{,}34;\ PB_{ho} * HB_{min} + KP_{ho}\}$$

kde:

POPzpo je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období.
PUROo je průměrná úhrada za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.
PBho je celkový počet poskytovatelem vykázaných a ZP uznaných bodů v hodnoceném období.
HBmin je minimální hodnota bodu, která se stanoví ve výši 0,52 Kč.
KPho je hodnota korunových položek v hodnoceném období.
max funkce maximum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejvyšší.

c) U poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval, nebo poskytovatel hrazené služby poskytoval pouze v části referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady referenčních hodnoty srovnatelných poskytovatelů.

d) V případě, že poskytovatel poskytl v hodnoceném nebo referenčním období hrazené služby 30 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 2 nepoužije, a tyto hrazené služby se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,05 Kč.

e) Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím se určí ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.

f) Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 134 % objemu úhrady za referenční období. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.

C) Regulační omezení

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

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

a) pokud zdravotní pojišťovna sdělila poskytovateli do 30. dubna 2018 hodnotu vyžádané extramurální péče v referenčním období oceněnou hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v referenčním období, a zároveň

b) pokud zdravotní pojišťovna oznámila poskytovateli nejpozději týden před započetím revize, jestli se bude jednat o revizi náhodného vzorku případů či o revizi vybraných jednotlivých případů.

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

a) na případy v DRG bazi, v níž poskytovatel vykázal 10 či méně než 10 případů, nebo

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

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

1.4 Pokud zdravotní pojišťovna zjistí při kontrole odchylky od pravidel ve vykazování a kódování podle Klasifikace, v jejichž důsledku došlo k nesprávnému zařazení případu do DRG skupiny s vyšší relativní váhou uvedenou v přílohách č. 10 nebo 13 k této vyhlášce u konkrétního poskytovatele, sníží poskytovatelem vykázaný a pojišťovnou uznaný $CM_{2018,015,10}$, $CM_{1,2018,015,10}$, $CM_{2018,015,10,4,5}$ případně $CM_{2018,015,13}$ (dále jen CM) takto:

a) při revizi jednotlivého případu sníží CM o:

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

nebo

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

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

nebo

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

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

kde:

CM baze je součet relativních vah příslušné DRG baze.

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

DRG skupina je skupina ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace.

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

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

$CM_{původní}$ je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený relativními váhami těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10 nebo 13 k této vyhlášce, vykázaných poskytovatelem před provedením kontroly zdravotní pojišťovnou.

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

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

2.1 Regulační omezení uvedená v bodech 2.2 a 2.3 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2018 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:

(i) Celková úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;

(ii) Celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem;
(iii) Počet globálních unikátních pojištěnců ošetřených v odbornostech uvedených v části A bodu 6.1, 6.2, 6.4 a 6.9 přílohy č. 1 k této vyhlášce.

2.2 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, s výjimkou ATC skupiny H01AC01 léčba růstovým hormonem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 (iii) vyšší než 100 % průměrné úhrady v referenčním období za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 (iii), zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513. Do regulačního omezení se nezahrnují léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky schválené revizním lékařem.

2.3 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, indikovanou při poskytování ambulantních služeb, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 (iii) vyšší než 100 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 (iii) v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 55 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu a novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2018 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

2.4 Regulační omezení podle bodů 2.2 a 2.3 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2.2 a 2.3.

2.5 Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2.2 a 2.3 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli

za výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.

2.6 V případě, že poskytovatel poskytl v hodnoceném období hrazené služby 100 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci uvedenou v bodech 2.2 a 2.3.

Příloha č. 2 k vyhlášce č. 353/2017 Sb.

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

A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba

1. Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní kapitační sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Základní kapitační sazba se stanoví ve výši:

a) 54 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, kteří poskytují hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu,

b) 50 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, kteří poskytují hrazené služby 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 místní podmínky vyžadují odlišné prodloužení ordinačních hodin, dohodne se prodloužení ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem,

c) 48 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, kteří neposkytují hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a) nebo b),

d) 50 Kč pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, kteří neposkytují hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a),

e) v případě, že poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku, vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 podle seznamu výkonů alespoň u 30 % svých registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 40 do 80 let, navýší se kapitační sazba podle písmen a) až c) o 0,50 Kč,

f) poskytovateli, který předložil před rokem 2018 nebo předloží v průběhu roku 2018 zdravotní pojišťovně rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví podle 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, o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost a doloží, že školí lékaře v rámci vzdělávacího programu, navýší se základní kapitační sazba podle písmen a) až d) o 1 Kč. Navýšení kapitační platby se provede od prvního dne měsíce následujícího po doložení akreditace a pracovní smlouvy se školencem.

Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte jako součin počtu poskytovatelem registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 9 a indexů podle bodu 9.

2. Poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost, který do 31. 3. 2019 předloží zdravotní pojišťovně za hodnocené období potvrzení poskytovatele, který zajišťuje lékařskou pohotovostní službu, že se

prostřednictvím praktických lékařů nebo praktických lékařů pro děti a dorost, kteří u něj působí jako nositelé výkonů odbornosti 001 nebo 002 podle seznamu výkonů, účastnil alespoň 10 služeb v rámci lékařské pohotovostní služby podle § 110 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, se zvýší roční úhrada o K x 35 000 Kč,

kde:

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

Koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji							
kraj / ZP	**VZP**	**VoZP**	**ČPZP**	**OZP**	**ZPŠ**	**ZPMV**	**RBP**
Hlavní město Praha	0,6	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0
Jihočeský	0,6	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0
Jihomoravský	0,6	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0
Karlovarský	0,7	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Kraj Vysočina	0,7	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Královehradecký	0,6	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0
Liberecký	0,7	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Moravskoslezský	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1	0,3
Olomoucký	0,4	0,1	0,4	0,0	0,0	0,1	0,0
Pardubický	0,7	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Plzeňský	0,6	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0
Středočeský	0,5	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Ústecký	0,7	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Zlínský	0,6	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1

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

č. výkonu	**Název**
01023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKCÍ 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

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

č. výkonu	**Název**
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
02023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET
02024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET
02033	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET
02034	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET
06111	KOMPLEX – VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA SESTROU VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ
06119	KOMPLEX – ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU
06121	KOMPLEX – LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ
06123	KOMPLEX – EDUKACE, REEDUKACE, OŠETŘOVATELSKÁ REHABILITACE
06125	KOMPLEX – KLYSMA, VÝPLACHY, CÉVKOVÁNÍ, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATETRŮ
06127	KOMPLEX – APLIKACE INHALAČNÍ A LÉČEBNÉ TERAPIE P. O., S. C., I. M., I. V., UV, EVENT.DALŠÍ ZPŮSOBY APLIKACE TERAPIE ČI INSTILACE LÉČIV
06129	NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09221	INFÚZE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09235	ODSTRANĚNÍ MALÝCH LÉZÍ KŮŽE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKCÍ 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

5. Pro výkony nezahrnuté do kapitační platby, výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny a za zahraniční pojištěnce, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,08 Kč.

6. Pro výkony č. 01021 a 01022 a výkony očkování č. 02100, 02105, 02125 a 02130 se stanoví hodnota bodu ve výši 1,12 Kč.

7. Pro výkony č. 01201, 02021, 02022, 02031, 02032 se stanoví hodnota bodu ve výši 1,16 Kč.

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

9. Věkové skupiny a indexy, které vyjadřují poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let:

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

10. V místech, kde je možnost zdravotní pojišťovny zajistit poskytování hrazených služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost svým pojištěncům podstatně omezená a kde bylo na tyto služby ze strany zdravotních pojišťoven nejméně jednou navrženo konání výběrového řízení, které bylo neúspěšné, zdravotní pojišťovna poskytovateli, s kterým uzavřela v roce 2018 smlouvu o poskytování hrazených služeb v daném místě, navýší celkovou výši úhrady za hrazené služby podle části A této přílohy pomocí koeficientu navýšení ve výši 1,3.

11. Nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období, obdrží poskytovatel za každou vystavenou a zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v hodnoceném období, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.

B) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

1. Výše kapitační platby s dorovnáním kapitace se stanoví podle části A bodu 1 a 2. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství nebo poskytovatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet přepočtených registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců, a poskytování takových hrazených služeb je nezbytné ke splnění

povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona; celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců.

2. Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet přepočtených registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny. Na dorovnání se podílí zdravotní pojišťovna, se kterou má poskytovatel uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, podílem, který odpovídá procentu jejích pojištěnců z přepočtených pojištěnců registrovaných tímto poskytovatelem.

3. Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se body 5 až 9 a 11 části A použijí obdobně.

C) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

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

D) Regulační omezení pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství

1.1 Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní předepsané poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v hodnoceném období, převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní předepsané poskytovatelem v roce 2017 a zároveň pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní, předepsané poskytovatelem v hodnoceném období převýší 100 % celkové úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovatelem v roce 2017, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 25 % z tohoto překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona. Pokud poskytovatel doloží, že zvýšená průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců, použijí se regulační omezení podle věty první přiměřeně.

1.2 Pokud průměrná úhrada za pomůcky pro inkontinentní, předepsané poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v hodnoceném období, převýší 110 % celostátní průměrné úhrady za pomůcky pro inkontinentní v roce 2017 a zároveň pokud celková úhrada za pomůcky pro inkontinentní, předepsané poskytovatelem v hodnoceném období převýší 100 % celkové úhrady za pomůcky pro inkontinentní předepsané poskytovatelem v roce 2017, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné

úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 50 % z tohoto překročení.

1.3 Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů a za výkony č. 02230 a 01443 podle seznamu výkonů, popřípadě i jiné výkony rychlé diagnostiky, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, s výjimkou výkonů mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděných poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v hodnoceném období, převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů v roce 2017 a zároveň pokud celková úhrada za poskytovatelem vyžádanou péči a za výkony č. 02230 a 01443 podle seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, s výjimkou výkonů mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděných poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu, v hodnoceném období převýší 100 % celkové úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů v roce 2017, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 30 % z překročení.

1.4 Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902, podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v hodnoceném období, převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2017 a zároveň pokud celková úhrada za poskytovatelem vyžádanou péči v odbornosti 902 v hodnoceném období převýší 100 % celkové úhrady za poskytovatelem vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2017, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 30 % z překročení.

2. Regulační omezení podle bodů 1.1 až 1.4 se nepoužije, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 1.1 až 1.4.

3. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužije, pokud celková úhrada za veškeré předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní nepřevýší předpokládanou výši úhrad na příslušný druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

4. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužije, pokud celková úhrada za pomůcky pro inkontinentní v roce 2018 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

5. Regulační omezení podle bodu 1.3 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2018 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na

tento druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

6. Regulační omezení podle bodu 1.4 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2018 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
7. Regulační omezení podle bodů 1.1 až 1.4 se nepoužijí v případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům a v případě, že poskytovatel v roce 2018 registroval 50 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny.
8. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 1.1 až 1.4 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za kapitační platbu a výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2018.

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

1. Regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádané hrazené služby včetně zvlášť účtovaných materiálů a zvlášť účtovaných léčivých přípravků (úhrada za vyžádanou péči ve fyzioterapii a ve vyjmenovaných odbornostech a výkony č. 02230 a 01443, popřípadě i jiné výkony rychlé diagnostiky, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou) je uvedena v bodu 1.1 až 1.4; do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu.

   1.1 Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní předepsané poskytovatelem vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2018 převýší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona. Zdravotní pojišťovna zohlední případy, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní 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, podle seznamu výkonů a za výkony č. 02230 a 01443, popřípadě i jiné výkony rychlé diagnostiky, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2018 převýší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných

odbornostech, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.

1.3 Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902, podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny podle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2018 převýší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za vyžádanou péči v odbornosti 902, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.

1.4 Pokud průměrná úhrada za pomůcky pro inkontinentní předepsané poskytovatelem vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2018 převýší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za pomůcky pro inkontinentní, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.

2. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužije, pokud poskytovatel odůvodní poskytnuté hrazené služby, na základě jejichž poskytnutí došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.

3. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní předepsané v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018, vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

4. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2018 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

5. Regulační omezení podle bodu 1.3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2018 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

6. Regulační omezení podle bodu 1.4 se nepoužijí, pokud celková úhrada za pomůcky pro inkontinentní předepsané v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018, vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

7. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužije, pokud poskytovatel v roce 2018 registroval 50 a méně pojištěnců zdravotní pojišťovny, nebo jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.

8. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud komplexní náklady na poskytovatelem registrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny za rok 2018 nepřekročí komplexní náklady na poskytovatelem registrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny roku 2017.

9. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodu 1 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za kapitační platbu a výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2018.

Příloha č. 3 k vyhlášce č. 353/2017 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 výkony s hodnotou bodu ve výši:

   a) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,05 Kč.

   b) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 901 – klinická psychologie nebo v odbornosti 931 podle seznamu výkonů a pro hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů vykázané v souvislosti s výkony odbornosti 910 – psychoterapie podle seznamu výkonů společně s ošetřovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,08 Kč.

   c) Pro poskytovatele poskytující hemodialyzační péči se hodnota bodu pro hemodialyzační péči stanoví ve výši 0,91 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 18530 a 18550 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,76 Kč.

   d) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 927 – ortoptista podle seznamu výkonů, poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 905 – zrakový terapeut podle seznamu výkonů a poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 919 – adiktolog podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1 Kč.

   e) Pro výkony č. 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633 podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 – radiační onkologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,68 Kč.

   f) Pro výkony č. 43652 a 43653 podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 – radiační onkologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.

   g) Pro výkony č. 75347, 75348 a 75427 podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 705 – oftalmologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,68 Kč.

   h) Pro výkony č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950 podle seznamu výkonů, vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti gastroenterologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,08 Kč a pro výkony novorozeneckého screeningu č. 73028 a 73029 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 701 nebo 702 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.

2. Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní péči neuvedenou v bodě 1 se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,03 Kč s výjimkou výkonu č. 89312, podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč. Celková výše úhrady poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

1,018 x POPzpoZ x PUROo + 1,018 x max[PUROo x POPzpoMh; (UHRMh – UHRMr)],

kde:

POPzpoZ je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; do počtu základních unikátních pojištěnců se zahrne pojištěnec, jehož úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období nepřekročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

POPzpoMh je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; do počtu mimořádně nákladných unikátních pojištěnců se zahrne pojištěnec, jehož úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

PUROo je průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

UHRMh je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za každého pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů

včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

UHRMr je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za každého pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, pokud je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

3. U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval péči v dané odbornosti, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce hodnoty za referenční období srovnatelných poskytovatelů v dané odbornosti.

4. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 2 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu podle bodu 2.

5. Výpočet celkové výše úhrady v dané odbornosti podle bodu 2 se nepoužije:

   a) v případě poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 100 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem n/30, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost,

   b) v případě hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům.

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

6. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 101,8 % objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

7. V rámci celkového finančního vypořádání předběžné úhrady obdrží poskytovatel za každou vystavenou a zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v hodnoceném období, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.

B) Regulační omezení

1. Regulační omezení uvedená v bodech 2 až 4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2018 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
   a) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;
   b) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
   c) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.

2. Pokud poskytovatel hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči uvedenou v části A) bodu 1 dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a zvlášť účtovaný materiál vykázaný v rámci služeb uvedených v části A) bodu 1 v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513.

3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513.

4. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném

období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2018 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

5. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.

6. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 nepoužijí.

7. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál u poskytovatelů specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevýší u příslušné zdravotní pojišťovny 100 % úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.

8. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

9. Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

10. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.

11. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví; ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech.

12. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.

13. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 100 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 2 až 4. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem n/30, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.

14. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.

15. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodů 2 až 4 zdravotní pojišťovna vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.

Příloha č. 4 k vyhlášce č. 353/2017 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 výkony s hodnotou bodu ve výši 1,08 Kč.
2. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornosti 603 nebo 604 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

POPzpo x PUROo x 1,02,

kde:

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

PUROo je průměrná úhrada za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze výkony č. 09513 nebo č. 09511 podle seznamu výkonů, a do průměrné úhrady se nezahrnou zvlášť účtované přípravky použité v rámci anti-D imunizace Rh negativních žen (ATC skupina J06BB01) a v rámci hrazeného očkování proti infekcím HPV u osob ve věku 13 až 14 let.

3. Celková výše úhrady podle bodu 2 se při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem navýší stejným způsobem jako v referenčním období.
4. Nad rámec celkové úhrady vypočtené podle bodů 2 a 3 zdravotní pojišťovna poskytovateli uhradí zvlášť účtované léčivé přípravky použité v rámci anti-D imunizace Rh negativních žen (ATC skupina J06BB01) a v rámci hrazeného očkování proti infekcím HPV u osob ve věku 13 až 14 let.
5. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se úhrada stanoví podle bodu 1.
6. U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
7. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 2 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných

léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu 1 Kč.

8. Zdravotní pojišťovna při vyúčtování zohlední případy, kdy k nárůstu nákladů dojde v důsledku nárůstu počtu těhotných pojištěnek.

9. Zdravotní pojišťovna dále zohlední případy, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšené průměrné náklady na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti byly způsobeny změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.

10. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 2. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem n/30, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost

11. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši jedné dvanáctiny 102 % objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

12. V rámci celkového finančního vypořádání předběžné úhrady obdrží poskytovatel za každou vystavenou a zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v hodnoceném období, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.

B) Regulační omezení

1. Regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech je uvedena v bodu 1.1 a 1.2.

1.1 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší, než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.

1.2 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do vyžádané péče se

nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a výkon č. 95201, prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2018 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

2. Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na základě jejichž poskytnutí došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1 nebo 1.2.

3. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.1, pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období nepřevýší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.

4. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.2, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.

5. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.

6. V případě, že poskytovatel v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, zdravotní pojišťovna použije pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.

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

8. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1.1 a 1.2. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem n/30, kde n=kapacita nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.

9. Pokud poskytovatel vykáže zdravotnický prostředek s úhradou vyšší než 15 000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se tato úhrada do výpočtu regulačních omezení podle bodu 1.1.

Příloha č. 5 k vyhlášce č. 353/2017 Sb.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 9

1. Pro nasmlouvané výkony odbornosti 806 - mamografický screening a pro nasmlouvané výkony screeningu děložního hrdla podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč.
2. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu:
   a) Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 809 a v odbornosti 810 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,12 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,37 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 89711 až 89725, podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,53 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,37 Kč, dále s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 89611 až 89619, podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,55 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,37 Kč a s výjimkou výkonu č. 89312, podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,48 Kč.
   b) Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 807, 808, 812 až 815, 817, 818, 819 a 823 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,71 Kč pro držitele Osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II NASKL v hodnoceném období. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 802 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,85 Kč pro držitele Osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II NASKL v hodnoceném období. V případě, že v průběhu hodnoceného období dojde k ukončení platnosti osvědčení, je nezbytné, aby poskytovatel doložil pojišťovně osvědčení navazující na platnost původního osvědčení. Nové osvědčení pro hodnocené období předloží poskytovatel nejpozději do 31. 12. 2018, přičemž hodnota bodu podle věty první nebo druhé bude poskytovateli stanovena od data platnosti osvědčení. Pro všechny ostatní neakreditované odbornosti, případně odbornosti, pro které není splněna podmínka podle bodu 2 písm. b), se stanoví hodnota bodu ve výši 0,40 Kč.
   c) Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 816 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,80 Kč, přičemž pro níže uvedené metody se stanovuje úhrada ve výši:

ca) dvě trombomutace společně	2 898 Kč,
cb) tři trombomutace společně	4 030 Kč,
cc) pět trombomutací společně	5 162 Kč,
cd) Cystická fibróza 36/50 mutací	9 690 Kč,
ce) Bechtěrev HLA B27	1 766 Kč,
cf) BRCA komplet	30 066 Kč.

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

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

kde:

HB_{red} je výsledná hodnota bodu, která je použita v hodnoceném období pro ocenění poskytnutých výkonů.

FS je fixní složka úhrady podle bodu 2 písm. a).

VS je variabilní složka úhrady, která se stanoví podle vzorce:

$$VS = (HB - FS) * min\left\{1; \left(1{,}02 * \frac{\frac{PB_{ref}}{UOP_{ref}}}{\frac{PB_{ho}}{UOP_{ho}}}\right)\right\}$$

kde:

HB je hodnota bodu podle bodu 2 písm. a).

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

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

UOP_{ref} je počet unikátních pojištěnců v referenčním období.

UOP_{ho} je počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období.

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

POP_{icz} x $PURO_{icz}$ x 1,02,

kde:

POP_{icz} je počet unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny ošetřených poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodu 2 písm. b) resp. c) v hodnoceném období,

$PURO_{icz}$ je průměrná úhrada za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodu 2 písm. b) resp. c) v referenčním období.

5. Jde-li o odbornosti uvedené v bodě 2 písm. b) a c), stanoví se celková výše úhrady podle bodu 4 souhrnně pro všechny odbornosti v daném písmenu uvedené.

6. U poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval, poskytoval hrazené služby pouze v části referenčního období, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady podle bodů 3 a 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů. U poskytovatelů, kteří nebyli v referenčním období držiteli Osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení

o auditu II NASKL, ale pro hodnocené období předloží platné Osvědčení, provede zdravotní pojišťovna přepočet $PURO_{ICZ}$ s použitím hodnoty bodu 0,71 Kč pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 802, 807, 808, 812 až 815, 817, 818, 819 a 823 podle seznamu výkonů.

7. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům a v případě, že poskytovatel v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, se výpočet celkové výše úhrady podle bodů 3 a 4 nepoužije.

8. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce či průměrnému počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodů 3 a 4 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu podle bodu 2 písm. a) až c).

9. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 102 % objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Příloha č. 6 k vyhlášce č. 353/2017 Sb.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 10

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

POPicz x PUROicz x 1,03,

kde:

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

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

3. Zdravotní pojišťovna při vyúčtování zohlední případy, kdy k překročení celkové výše úhrady stanovené podle bodu 2 dojde v důsledku ošetřování pojištěnců, na které byl vykázán poskytovatelem hrazených služeb v hodnoceném období výkon č. 06349 podle seznamu výkonů, a pokud současně byla u těchto pojištěnců překročena průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období.
4. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony neuvedené v bodě 1 s hodnotou bodu:
   a) Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornosti 925 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,02 Kč.
   b) Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornosti 914 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,95 Kč.
   c) Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornosti 911, 916 a 921 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
5. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce či průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 2 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu podle bodu 4.
6. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši průměrných hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se

k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady referenčních hodnoty srovnatelných poskytovatelů.

7. U poskytovatele, který ošetřil v referenčním období 50 a méně pojištěnců, se hradí tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu stanovenou podle bodů 1 a 4.

8. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 2 nepoužije.

9. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši 103 % objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Příloha č. 7 k vyhlášce č. 353/2017 Sb.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 11

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

1,02 x POPzpoZ x PUROo + 1,02 x max[PUROo x POPzpoMh; (UHRMh – UHRMr)],

kde:

POPzpoMh je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; mimořádně nákladným unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec s diagnózou mozková obrna – (G80) nebo následky cévních nemocí mozku – (I69), pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období,

POPzpoZ je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období, do počtu základních unikátních pojištěnců se nezahrne mimořádně nákladný unikátní pojištěnec,

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

UHRMh je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce s diagnózou mozková obrna nebo následky cévních nemocí mozku, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období,

UHRMr je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce s diagnózou mozková obrna – (G80) nebo následky cévních nemocí mozku – (I69), pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

3. Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím se dohodnou ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.

4. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce či průměrnému počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 2 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu podle bodu 2.

5. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce podle bodu 2 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.

6. U poskytovatele, který ošetřil v referenčním období 50 a méně pojištěnců, se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 2 nepoužije.

7. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 2 nepoužije.

8. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 102 % objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Příloha č. 8 k vyhlášce č. 353/2017 Sb.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 13

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

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

kde

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

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

VS je variabilní složka úhrady spočtená podle vzorce:

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

kde:

HB je hodnota bodu podle písmen a) a b),

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

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

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

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

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

a) Pro poskytovatele poskytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu se stanoví hodnota bodu ve výši 1,02 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,64 Kč.

b) Pro poskytovatele neposkytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu se stanoví hodnota bodu ve výši 0,85 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,44 Kč.

2. Pokud poskytovatel poskytl zdravotnickou dopravní službu zahraničním pojištěncům a v případě, že poskytovatel poskytl zdravotnickou dopravní službu 50 a méně přepraveným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, stanoví se výsledná hodnota bodu ve výši hodnoty bodu podle bodu 1 písm. a) a b).

3. Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím se dohodnou ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.

4. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze objem celkové úhrady stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu podle bodu 1 průměrný počet bodů na jednoho přepraveného pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.

5. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Příloha č. 9 k vyhlášce č. 353/2017 Sb.

Hodnoty navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům, kteří vykonávají nelékařské zdravotnické povolání bez odborného dohledu střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče, podle typu ošetřovacího dne

Typ ošetřovacího dne podle seznamu výkonů	Navýšení úhrady
00001	65
00002	65
00003	91
00005	50
00006	40
00010	65
00011	195
00012	65
00021	40
00022	30
00023	65
00024	65
00025	130
00026	50
00027	30
00028	65
00029	65
00030	65
00040	260
00041	260
00042	260
00051	520
00052	520
00053	520
00055	520
00057	312
00058	260
00061	520
00062	520
00065	520
00068	325
00071	520
00072	520
00075	520
00078	312
00080	312
00082	260
00085	195

Příloha č. 10 k vyhlášce č. 353/2017 Sb.

Úhrada formou případového paušálu - Skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace s relativními váhami těchto skupin

Baze	IR-DRG[4)]	Název skupiny	Relativní váha 2018
0003	00031	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC	15,8635
0003	00032	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC	27,5976
0003	00033	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC	27,5976
0004	00041	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) BEZ CC	13,4935
0004	00042	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S CC	13,4935
0004	00043	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S MCC	13,8681
0005	00051	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) BEZ CC	7,0935
0005	00052	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S CC	7,0935
0005	00053	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S MCC	7,7703
0006	00060	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1800 HODIN (VÍCE NEŽ 75 DNÍ)	81,2091
0007	00070	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ) S TRANSPLANTACÍ SRDCE, PLIC, JATER, KOSTNÍ DŘENĚ	110,4444
0008	00080	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (43-75 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	52,6309
0009	00090	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (43-75 DNÍ)	37,8735
0010	00100	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 504 HODIN (22-42 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	33,1500
0011	00110	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 504 HODIN (22-42 DNÍ)	22,9223
0012	00121	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	20,0536
0012	00122	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	20,0536
0012	00123	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	20,3392
0013	00131	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	12,3761
0013	00132	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM	12,3761

		VÝKONEM S CC	
0013	00133	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	12,6480
0014	00141	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC	5,4395
0014	00142	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC	5,8183
0014	00143	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC	7,2000
0015	00151	SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC	2,2380
0015	00152	SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC	2,8840
0015	00153	SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC	4,4022
0016	00161	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM BEZ CC	60,1461
0016	00162	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM S CC	60,1461
0016	00163	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM S MCC	60,1461
0017	00171	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY BEZ CC	22,8077
0017	00172	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S CC	22,8077
0017	00173	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S MCC	22,8077
0018	00180	IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU PRO HLUBOKOU MOZKOVOU STIMULACI	25,4780
0018	00181	IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU BEZ CC	0,0000
0018	00182	IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU S CC	0,0000
0018	00183	IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU S MCC	0,0000
0019	00190	IMPLANTACE JINÝCH NEUROSTIMULÁTORU A LÉKOVÉ PUMPY	11,3441
0101	01011	KRANIOTOMIE BEZ CC	3,2886
0101	01012	KRANIOTOMIE S CC	4,5995
0101	01013	KRANIOTOMIE S MCC	6,4973
0102	01021	SPINÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	2,4582
0102	01022	SPINÁLNÍ VÝKONY S CC	3,2223
0102	01023	SPINÁLNÍ VÝKONY S MCC	5,4600
0103	01031	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH BEZ CC	1,6901
0103	01032	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH S CC	2,2838
0103	01033	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH S MCC	3,1957
0104	01041	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH BEZ CC	0,4486
0104	01042	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH S CC	0,6146

0104	01043	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH S MCC	1,1317
0105	01051	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU BEZ CC	0,2354
0105	01052	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU S CC	0,3439
0105	01053	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU S MCC	0,3444
0106	01061	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,2430
0106	01062	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	2,5007
0106	01063	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	5,4183
0107	01070	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI MOZKOVÉM INFARKTU	7,1898
0108	01080	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI JINÝCH ONEMOCNĚNÍCH NERVOVÉHO SYSTÉMU	3,9877
0130	01301	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY BEZ CC	0,6232
0130	01302	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY S CC	1,0922
0130	01303	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY S MCC	2,3912
0131	01311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,6053
0131	01312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,7363
0131	01313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	1,1041
0132	01321	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE BEZ CC	0,4302
0132	01322	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE S CC	0,5644
0132	01323	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE S MCC	0,7790
0133	01331	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ BEZ CC	1,0829
0133	01332	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ S CC	1,6121
0133	01333	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ S MCC	2,2204
0134	01341	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM BEZ CC	0,8194
0134	01342	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM S CC	1,1127
0134	01343	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM S MCC	1,7233
0135	01351	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU BEZ CC	0,5962
0135	01352	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S CC	0,6641
0135	01353	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S MCC	1,0883

0136	01361	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA BEZ CC	0,4700
0136	01362	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S CC	0,5367
0136	01363	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S MCC	0,6739
0137	01371	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ BEZ CC	0,4956
0137	01372	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ S CC	0,5818
0137	01373	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ S MCC	0,7448
0138	01381	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,0704
0138	01382	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	2,4266
0138	01383	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	3,2842
0139	01391	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY BEZ CC	0,9780
0139	01392	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY S CC	1,3898
0139	01393	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY S MCC	2,2188
0140	01401	VIROVÁ MENINGITIDA BEZ CC	0,9675
0140	01402	VIROVÁ MENINGITIDA S CC	1,1444
0140	01403	VIROVÁ MENINGITIDA S MCC	1,5141
0141	01411	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA BEZ CC	0,4883
0141	01412	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA S CC	0,6456
0141	01413	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA S MCC	1,2366
0142	01421	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT BEZ CC	0,4924
0142	01422	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S CC	0,6420
0142	01423	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S MCC	1,1584
0143	01431	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY BEZ CC	0,4129
0143	01432	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY S CC	0,5330
0143	01433	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY S MCC	0,7168
0144	01441	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ BEZ CC	0,6737
0144	01442	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ S CC	1,1159
0144	01443	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ S MCC	2,3755
0145	01451	OTŘES MOZKU BEZ CC	0,2238
0145	01452	OTŘES MOZKU S CC	0,2541
0145	01453	OTŘES MOZKU S MCC	0,4775
0146	01461	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3836
0146	01462	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,5099
0146	01463	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	0,7590

0201	02011	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI BEZ CC	1,1362
0201	02012	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI S CC	1,6634
0201	02013	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI S MCC	2,1766
0202	02021	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE BEZ CC	0,4635
0202	02022	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE S CC	0,5593
0202	02023	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE S MCC	0,6752
0203	02031	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY BEZ CC	0,9810
0203	02032	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S CC	1,0816
0203	02033	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S MCC	1,2448
0204	02041	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE BEZ CC	0,5296
0204	02042	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE S CC	0,5585
0204	02043	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE S MCC	0,5585
0230	02301	AKUTNÍ A ZÁVAŽNÉ INFEKCE OKA BEZ CC	0,5678
0230	02302	AKUTNÍ A ZÁVAŽNÉ INFEKCE OKA S CC	0,7369
0230	02303	AKUTNÍ A ZÁVAŽNÉ INFEKCE OKA S MCC	0,8888
0231	02311	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA BEZ CC	0,5396
0231	02312	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA S CC	0,7254
0231	02313	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA S MCC	0,7492
0232	02321	JINÉ PORUCHY OKA BEZ CC	0,3416
0232	02322	JINÉ PORUCHY OKA S CC	0,4081
0232	02323	JINÉ PORUCHY OKA S MCC	0,6441
0301	03011	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI BEZ CC	4,2319
0301	03012	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI S CC	5,7766
0301	03013	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI S MCC	10,2548
0302	03021	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU BEZ CC	2,1906
0302	03022	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU S CC	4,2904
0302	03023	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU S MCC	6,8559
0303	03031	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU BEZ CC	2,9525
0303	03032	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU S CC	3,1009
0303	03033	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU S MCC	5,5757

0304	03041	VÝKONY NA ÚSTECH BEZ CC	1,3632
0304	03042	VÝKONY NA ÚSTECH S CC	2,1192
0304	03043	VÝKONY NA ÚSTECH S MCC	2,3596
0305	03051	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU BEZ CC	1,2995
0305	03052	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU S CC	1,5963
0305	03053	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU S MCC	1,6458
0306	03061	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE BEZ CC	1,0863
0306	03062	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S CC	1,3223
0306	03063	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S MCC	1,6953
0307	03071	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA BEZ CC	1,6889
0307	03072	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA S CC	1,6889
0307	03073	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA S MCC	1,8452
0308	03081	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH BEZ CC	0,4620
0308	03082	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S CC	0,5761
0308	03083	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S MCC	0,6392
0309	03091	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,5690
0309	03092	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,8245
0309	03093	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	1,4097
0310	03100	KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT	22,2683
0330	03301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,4519
0330	03302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,5142
0330	03303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	0,8573
0331	03311	PORUCHY ROVNOVÁHY BEZ CC	0,4311
0331	03312	PORUCHY ROVNOVÁHY S CC	0,5064
0331	03313	PORUCHY ROVNOVÁHY S MCC	0,6096
0332	03321	EPISTAXE BEZ CC	0,2927
0332	03322	EPISTAXE S CC	0,3851
0332	03323	EPISTAXE S MCC	0,5019
0333	03331	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS BEZ CC	0,3243
0333	03332	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS S CC	0,4455
0333	03333	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS S MCC	0,5815
0334	03341	NEMOCI ZUBŮ A ÚST BEZ CC	0,9968

0334	03342	NEMOCI ZUBŮ A ÚST S CC	1,0035
0334	03343	NEMOCI ZUBŮ A ÚST S MCC	1,4948
0335	03351	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,3537
0335	03352	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,4179
0335	03353	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	0,5478
0401	04011	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY BEZ CC	3,3069
0401	04012	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY S CC	4,1272
0401	04013	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY S MCC	5,4514
0402	04021	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY BEZ CC	2,8815
0402	04022	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY S CC	2,9550
0402	04023	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY S MCC	4,4035
0403	04031	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,8415
0403	04032	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	1,2127
0403	04033	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	2,4085
0430	04301	CYSTICKÁ FIBRÓZA BEZ CC	1,2303
0430	04302	CYSTICKÁ FIBRÓZA S CC	1,8685
0430	04303	CYSTICKÁ FIBRÓZA S MCC	2,1578
0431	04310	RESPIRAČNÍ SELHÁNÍ	1,6667
0432	04321	PLICNÍ EMBOLIE BEZ CC	0,7345
0432	04322	PLICNÍ EMBOLIE S CC	0,8339
0432	04323	PLICNÍ EMBOLIE S MCC	1,0006
0433	04331	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU BEZ CC	0,3645
0433	04332	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU S CC	0,6141
0433	04333	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU S MCC	0,9741
0434	04341	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4907
0434	04342	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,6173
0434	04343	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	0,8408
0435	04351	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,7317
0435	04352	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,9602
0435	04353	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	1,5545
0436	04361	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL BEZ CC	0,5767
0436	04362	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL S CC	0,7310
0436	04363	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL S MCC	1,0580
0437	04371	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC BEZ CC	0,4544

0437	04372	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC S CC	0,6048
0437	04373	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC S MCC	0,9336
0438	04381	ASTMA A BRONCHIOLITIDA BEZ CC	0,3981
0438	04382	ASTMA A BRONCHIOLITIDA S CC	0,5508
0438	04383	ASTMA A BRONCHIOLITIDA S MCC	0,8134
0439	04391	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC BEZ CC	0,5808
0439	04392	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S CC	0,7424
0439	04393	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S MCC	1,1181
0440	04401	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK BEZ CC	0,7339
0440	04402	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK S CC	0,8661
0440	04403	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK S MCC	1,2956
0441	04411	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4171
0441	04412	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,5591
0441	04413	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	0,8203
0500	05000	ÚMRTÍ DO 5 DNÍ OD PŘÍJMU PŘI HLAVNÍ DIAGNÓZE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU	0,4204
0501	05011	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE BEZ CC	13,3977
0501	05012	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE S CC	14,1683
0501	05013	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE S MCC	17,2009
0502	05021	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC	13,0696
0502	05022	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC	13,0696
0502	05023	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC	16,1010
0503	05031	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA OTEVŘENÉM SRDCI BEZ CC	7,5532
0503	05032	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA OTEVŘENÉM SRDCI S CC	9,3162
0503	05033	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA OTEVŘENÉM SRDCI S MCC	10,8863
0504	05041	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC	9,8039
0504	05042	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC	10,7579
0504	05043	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC	13,1732
0505	05051	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC	8,6451
0505	05052	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC	9,3354
0505	05053	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ	11,2100

		KATETRIZACÍ S MCC	
0506	05061	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC	7,2607
0506	05062	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC	7,3728
0506	05063	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC	8,4928
0507	05070	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU U AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU	5,0907
0508	05081	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA ZAVŘENÉM SRDCI BEZ CC	4,4077
0508	05082	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA ZAVŘENÉM SRDCI S CC	5,5256
0508	05083	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA ZAVŘENÉM SRDCI S MCC	6,7655
0509	05091	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	5,4064
0509	05092	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	7,2601
0509	05093	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	9,3116
0510	05101	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	3,0091
0510	05102	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	3,3085
0510	05103	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	4,2257
0511	05111	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU BEZ CC	2,9492
0511	05112	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU S CC	3,3581
0511	05113	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU S MCC	4,2280
0512	05121	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	6,6559
0512	05122	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	7,0084
0512	05123	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	10,3792
0513	05131	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	2,4443
0513	05132	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU	2,8512

		MYOKARDU S CC	
0513	05133	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	3,8053
0514	05141	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	2,1221
0514	05142	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	2,8592
0514	05143	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	3,8086
0515	05151	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY BEZ CC	1,7841
0515	05152	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S CC	2,3184
0515	05153	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S MCC	3,5216
0516	05161	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU BEZ CC	2,2852
0516	05162	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU S CC	2,4223
0516	05163	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU S MCC	2,4604
0517	05171	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,1552
0517	05172	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,3374
0517	05173	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	1,7841
0518	05181	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ BEZ CC	0,9637
0518	05182	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ S CC	1,2788
0518	05183	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ S MCC	2,0263
0519	05191	LIGATURA A STRIPPING CÉV BEZ CC	0,5257
0519	05192	LIGATURA A STRIPPING CÉV S CC	0,5798
0519	05193	LIGATURA A STRIPPING CÉV S MCC	0,5798
0520	05201	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,8517
0520	05202	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,2410
0520	05203	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	2,5273
0522	05221	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	6,1971
0522	05222	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	6,3880

0522	05223	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	9,6231
0523	05231	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	3,2821
0523	05232	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	4,0204
0523	05233	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	4,7213
0524	05241	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	6,0504
0524	05242	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	6,8727
0524	05243	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	7,1955
0526	05261	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	5,9480
0526	05262	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	6,7752
0526	05263	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	6,7752
0527	05271	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	2,9366
0527	05272	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	3,6685
0527	05273	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	4,3670
0528	05281	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	4,9820
0528	05282	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	5,4860
0528	05283	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	7,2516
0529	05291	SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	6,3397
0529	05292	SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	6,4627

0529	05293	SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	6,7695
0530	05301	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	0,7269
0530	05302	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	1,0691
0530	05303	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	1,9162
0531	05311	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ BEZ CC	0,4182
0531	05312	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ S CC	0,5460
0531	05313	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ S MCC	0,6764
0532	05321	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4947
0532	05322	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,7905
0532	05323	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	1,6321
0533	05331	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU BEZ CC	0,4270
0533	05332	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S CC	0,7343
0533	05333	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S MCC	1,3575
0534	05341	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA BEZ CC	1,1678
0534	05342	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA S CC	1,6814
0534	05343	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA S MCC	3,1145
0535	05351	SRDEČNÍ SELHÁNÍ BEZ CC	0,5472
0535	05352	SRDEČNÍ SELHÁNÍ S CC	0,6826
0535	05353	SRDEČNÍ SELHÁNÍ S MCC	1,0408
0536	05361	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA BEZ CC	0,4298
0536	05362	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA S CC	0,5310
0536	05363	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA S MCC	0,6945
0537	05371	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA BEZ CC	1,2284
0537	05372	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA S CC	1,4484
0537	05373	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA S MCC	2,6918
0538	05381	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY BEZ CC	0,4208
0538	05382	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY S CC	0,5430
0538	05383	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY S MCC	0,6242
0539	05391	ATEROSKLERÓZA BEZ CC	0,3564
0539	05392	ATEROSKLERÓZA S CC	0,4761
0539	05393	ATEROSKLERÓZA S MCC	0,6549
0540	05401	HYPERTENZE BEZ CC	0,3008
0540	05402	HYPERTENZE S CC	0,3745
0540	05403	HYPERTENZE S MCC	0,5103

0541	05411	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY BEZ CC	0,3893
0541	05412	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY S CC	0,5341
0541	05413	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY S MCC	0,9460
0542	05421	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ BEZ CC	0,3660
0542	05422	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ S CC	0,5577
0542	05423	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ S MCC	0,9344
0543	05431	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU BEZ CC	0,3173
0543	05432	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU S CC	0,3943
0543	05433	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU S MCC	0,5075
0544	05441	SYNKOPA A KOLAPS BEZ CC	0,3533
0544	05442	SYNKOPA A KOLAPS S CC	0,4458
0544	05443	SYNKOPA A KOLAPS S MCC	0,6430
0545	05451	KARDIOMYOPATIE BEZ CC	0,3933
0545	05452	KARDIOMYOPATIE S CC	0,6641
0545	05453	KARDIOMYOPATIE S MCC	1,0370
0546	05461	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU BEZ CC	0,5586
0546	05462	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU S CC	0,7782
0546	05463	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU S MCC	0,7782
0547	05471	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3202
0547	05472	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,4547
0547	05473	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	0,7765
0548	05481	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO AKUTNÍ ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV BEZ CC	4,2656
0548	05482	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO AKUTNÍ ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV S CC	4,6105
0548	05483	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO AKUTNÍ ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV S MCC	4,6255
0549	05491	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO KRITICKOU ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV BEZ CC	3,0547
0549	05492	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO KRITICKOU ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV S CC	3,4453
0549	05493	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO KRITICKOU ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV S MCC	4,0892
0550	05501	ANGIOPLASTIKA NEBO ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍ CÉVY BEZ CC	2,0526
0550	05502	ANGIOPLASTIKA NEBO ZAVEDENÍ STENTU DO	2,6484

		PERIFERNÍ CÉVY S CC	
0550	05503	ANGIOPLASTIKA NEBO ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍ CÉVY S MCC	2,7443
0601	06011	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU BEZ CC	3,2925
0601	06012	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S CC	4,0857
0601	06013	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S MCC	6,3652
0602	06021	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU BEZ CC	3,0146
0602	06022	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S CC	4,6451
0602	06023	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S MCC	5,2952
0603	06031	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU BEZ CC	1,6419
0603	06032	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S CC	2,5544
0603	06033	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S MCC	4,1984
0604	06041	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘIŠNICE BEZ CC	1,0368
0604	06042	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘIŠNICE S CC	1,1915
0604	06043	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘIŠNICE S MCC	1,5580
0605	06051	VÝKONY NA APENDIXU BEZ CC	0,9787
0605	06052	VÝKONY NA APENDIXU S CC	1,2714
0605	06053	VÝKONY NA APENDIXU S MCC	1,6333
0606	06061	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE BEZ CC	1,1377
0606	06062	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S CC	1,2121
0606	06063	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S MCC	1,3958
0607	06071	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU BEZ CC	2,0243
0607	06072	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S CC	2,5404
0607	06073	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S MCC	3,5693
0608	06081	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE BEZ CC	0,6566
0608	06082	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S CC	0,9568
0608	06083	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S MCC	1,4998
0609	06091	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY BEZ CC	0,5256

0609	06092	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY S CC	0,7340
0609	06093	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY S MCC	0,9523
0610	06101	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,9965
0610	06102	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	1,7214
0610	06103	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	3,1797
0611	06111	VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE BEZ CC	1,1465
0611	06112	VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE S CC	1,6645
0611	06113	VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE S MCC	2,5504
0630	06301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4206
0630	06302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	0,5452
0630	06303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	0,7551
0631	06311	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA BEZ CC	0,3866
0631	06312	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA S CC	0,5923
0631	06313	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA S MCC	1,1186
0632	06321	PORUCHY JÍCNU BEZ CC	0,4008
0632	06322	PORUCHY JÍCNU S CC	0,5983
0632	06323	PORUCHY JÍCNU S MCC	1,0942
0633	06331	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA BEZ CC	0,3897
0633	06332	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA S CC	0,5804
0633	06333	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA S MCC	0,7953
0634	06341	VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,6143
0634	06342	VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	0,8482
0634	06343	VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,3119
0635	06351	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3801
0635	06352	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	0,5464
0635	06353	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,0540
0636	06361	ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,7348
0636	06362	ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	0,8739
0636	06363	ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,4259
0637	06371	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA	0,2808

		BEZ CC	
0637	06372	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA S CC	0,3896
0637	06373	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA S MCC	0,5646
0638	06381	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3067
0638	06382	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	0,4618
0638	06383	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	0,8560
0701	07011	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY BEZ CC	4,1487
0701	07012	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY S CC	5,3486
0701	07013	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY S MCC	8,5013
0702	07021	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	3,3694
0702	07022	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH S CC	3,9916
0702	07023	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH S MCC	5,7420
0703	07031	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ BEZ CC	1,5229
0703	07032	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S CC	2,1760
0703	07033	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S MCC	3,6797
0704	07041	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE BEZ CC	1,2241
0704	07042	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE S CC	1,4394
0704	07043	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE S MCC	1,9244
0705	07051	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU BEZ CC	1,6010
0705	07052	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S CC	2,0768
0705	07053	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S MCC	3,7718
0730	07301	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA BEZ CC	0,4940
0730	07302	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA S CC	0,6106
0730	07303	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA S MCC	1,0593
0731	07311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU BEZ CC	0,4715
0731	07312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S CC	0,6116
0731	07313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S MCC	0,8213
0732	07321	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,6332

0732	07322	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S CC	0,8941
0732	07323	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S MCC	2,2508
0733	07331	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY BEZ CC	0,4370
0733	07332	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY S CC	0,6473
0733	07333	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY S MCC	1,0614
0734	07341	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST BEZ CC	0,4718
0734	07342	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S CC	0,6590
0734	07343	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S MCC	1,0732
0801	08011	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE BEZ CC	15,2061
0801	08012	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE S CC	16,8329
0801	08013	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE S MCC	19,1709
0802	08021	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN BEZ CC	2,8046
0802	08022	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN S CC	3,5151
0802	08023	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN S MCC	7,5570
0803	08031	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY BEZ CC	4,9933
0803	08032	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S CC	5,1798
0803	08033	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S MCC	7,4107
0804	08041	TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČLE, LOKTE, ZÁPĚSTÍ, TOTÁLNÍ A REVERZNÍ ENDOPROTÉZA RAMENE BEZ CC	3,0220
0804	08042	TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČLE, LOKTE, ZÁPĚSTÍ, TOTÁLNÍ A REVERZNÍ ENDOPROTÉZA RAMENE S CC	3,1104
0804	08043	TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČLE, LOKTE, ZÁPĚSTÍ, TOTÁLNÍ A REVERZNÍ ENDOPROTÉZA RAMENE S MCC	3,7127
0805	08051	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ BEZ CC	3,1175
0805	08052	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ S CC	3,5307
0805	08053	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ S MCC	4,5648
0806	08061	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ BEZ CC	5,5681
0806	08062	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S CC	5,5681
0806	08063	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S MCC	5,5681

0807	08071	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	1,5904
0807	08072	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	2,1614
0807	08073	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	4,1863
0808	08081	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ BEZ CC	2,3786
0808	08082	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S CC	2,7606
0808	08083	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S MCC	3,7041
0809	08091	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY BEZ CC	0,7853
0809	08092	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY S CC	1,8407
0809	08093	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY S MCC	4,8230
0810	08101	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE BEZ CC	1,6756
0810	08102	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S CC	1,9702
0810	08103	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S MCC	3,7325
0811	08111	VÝKONY NA KOLENU, BÉRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA BEZ CC	1,2205
0811	08112	VÝKONY NA KOLENU, BÉRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA S CC	1,5762
0811	08113	VÝKONY NA KOLENU, BÉRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA S MCC	2,3685
0812	08121	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ BEZ CC	0,3799
0812	08122	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S CC	0,4689
0812	08123	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S MCC	1,0504
0813	08131	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,7434
0813	08132	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU S CC	1,3508
0813	08133	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU S MCC	2,6443
0814	08141	VÝKONY NA CHODIDLE BEZ CC	0,6157

0814	08142	VÝKONY NA CHODIDLE S CC	0,8113
0814	08143	VÝKONY NA CHODIDLE S MCC	1,0674
0815	08151	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH BEZ CC	0,8910
0815	08152	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH S CC	1,3656
0815	08153	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH S MCC	1,7649
0816	08161	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI BEZ CC	0,5377
0816	08162	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI S CC	0,8030
0816	08163	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI S MCC	1,7579
0817	08171	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	0,6093
0817	08172	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	1,2509
0817	08173	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	2,8362
0818	08181	TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KOLENA, HLEZNA BEZ CC	3,4820
0818	08182	TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KOLENA, HLEZNA S CC	3,5596
0818	08183	TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KOLENA, HLEZNA S MCC	3,9120
0819	08191	ARTROSKOPIE BEZ CC	0,6010
0819	08192	ARTROSKOPIE S CC	0,6189
0819	08193	ARTROSKOPIE S MCC	0,6912
0820	08201	REIMPLANTACE ENDOPROTÉZ KLOUBŮ HORNÍCH A DOLNÍCH KONČETIN, TUMOROZNÍ ENDOPROTÉZY BEZ CC	4,5165
0820	08202	REIMPLANTACE ENDOPROTÉZ KLOUBŮ HORNÍCH A DOLNÍCH KONČETIN, TUMOROZNÍ ENDOPROTÉZY S CC	5,0720
0820	08203	REIMPLANTACE ENDOPROTÉZ KLOUBŮ HORNÍCH A DOLNÍCH KONČETIN, TUMOROZNÍ ENDOPROTÉZY S MCC	6,8116
0830	08301	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ BEZ CC	0,4941
0830	08302	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ S CC	0,6080
0830	08303	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ S MCC	1,1875
0831	08311	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE BEZ CC	0,4735
0831	08312	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE S CC	0,6284
0831	08313	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE S MCC	0,9721
0832	08321	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE BEZ CC	0,3224
0832	08322	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE S CC	0,4248
0832	08323	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE S MCC	0,7207
0833	08331	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ	0,5672

		MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY BEZ CC	
0833	08332	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY S CC	0,6690
0833	08333	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY S MCC	1,0184
0834	08341	OSTEOMYELITIDA BEZ CC	0,6764
0834	08342	OSTEOMYELITIDA S CC	0,8917
0834	08343	OSTEOMYELITIDA S MCC	1,6812
0835	08351	SEPTICKÁ ARTRITIDA BEZ CC	0,8229
0835	08352	SEPTICKÁ ARTRITIDA S CC	1,1104
0835	08353	SEPTICKÁ ARTRITIDA S MCC	1,8598
0836	08361	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	0,5554
0836	08362	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	0,7837
0836	08363	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	0,9826
0837	08371	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY BEZ CC	0,4270
0837	08372	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S CC	0,5031
0837	08373	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S MCC	0,7500
0838	08381	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ BEZ CC	0,4191
0838	08382	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ S CC	0,5198
0838	08383	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ S MCC	0,6834
0839	08391	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU BEZ CC	0,5071
0839	08392	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU S CC	0,6734
0839	08393	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU S MCC	0,8714
0840	08401	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MÉNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY BEZ CC	0,3477
0840	08402	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MÉNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY S CC	0,4911
0840	08403	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MÉNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY S MCC	0,5448
0841	08411	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	0,3043
0841	08412	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	0,4633

0841	08413	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	0,6814
0901	09011	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT BEZ CC	0,7382
0901	09012	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT S CC	1,2360
0901	09013	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT S MCC	2,4816
0902	09021	VÝKONY NA PRSECH BEZ CC	0,9337
0902	09022	VÝKONY NA PRSECH S CC	1,1864
0902	09023	VÝKONY NA PRSECH S MCC	1,3089
0903	09031	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU BEZ CC	0,4487
0903	09032	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S CC	0,7222
0903	09033	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S MCC	1,5221
0930	09301	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE BEZ CC	0,5377
0930	09302	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S CC	0,5969
0930	09303	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S MCC	0,8563
0931	09311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ BEZ CC	0,3315
0931	09312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ S CC	0,4845
0931	09313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ S MCC	0,6009
0932	09321	FLEGMÓNA BEZ CC	0,4867
0932	09322	FLEGMÓNA S CC	0,6470
0932	09323	FLEGMÓNA S MCC	0,9716
0933	09331	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU BEZ CC	0,2457
0933	09332	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S CC	0,3114
0933	09333	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S MCC	0,6223
0934	09341	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU BEZ CC	0,3430
0934	09342	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S CC	0,4804
0934	09343	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S MCC	0,5338
1001	10011	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM BEZ CC	2,6665
1001	10012	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM S CC	3,0916
1001	10013	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM S MCC	7,0087
1002	10021	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,5666
1002	10022	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	1,5944
1002	10023	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	2,3728

1003	10031	VÝKONY PRO OBEZITU BEZ CC	2,7160
1003	10032	VÝKONY PRO OBEZITU S CC	2,7160
1003	10033	VÝKONY PRO OBEZITU S MCC	5,7160
1004	10041	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,8620
1004	10042	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	1,9731
1004	10043	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	3,4348
1005	10051	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	1,3031
1005	10052	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S CC	1,5163
1005	10053	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S MCC	2,1221
1006	10061	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,5552
1006	10062	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	2,2443
1006	10063	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	3,7162
1030	10301	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY BEZ CC	0,3837
1030	10302	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S CC	0,5269
1030	10303	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S MCC	0,9057
1031	10311	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ BEZ CC	0,3777
1031	10312	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ S CC	0,4210
1031	10313	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ S MCC	0,6425
1032	10321	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU BEZ CC	0,4317
1032	10322	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU S CC	0,5613
1032	10323	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU S MCC	0,7483
1033	10331	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY BEZ CC	0,3211
1033	10332	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY S CC	0,4788
1033	10333	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY S MCC	0,8712
1101	11011	TRANSPLANTACE LEDVIN BEZ CC	6,2384
1101	11012	TRANSPLANTACE LEDVIN S CC	6,2965
1101	11013	TRANSPLANTACE LEDVIN S MCC	9,2160
1102	11021	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI BEZ CC	5,6808
1102	11022	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI S	7,4203

		CC	
1102	11023	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI S MCC	10,1105
1103	11031	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	2,4029
1103	11032	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S CC	2,9612
1103	11033	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S MCC	4,5897
1104	11041	DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY BEZ CC	1,2642
1104	11042	DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY S CC	1,9074
1104	11043	DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY S MCC	3,3151
1105	11051	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI BEZ CC	0,9877
1105	11052	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S CC	1,1982
1105	11053	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S MCC	1,8847
1106	11061	PROSTATEKTOMIE BEZ CC	1,2478
1106	11062	PROSTATEKTOMIE S CC	1,5299
1106	11063	PROSTATEKTOMIE S MCC	1,9595
1107	11071	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	0,6502
1107	11072	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S CC	0,8037
1107	11073	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S MCC	1,0402
1108	11081	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,5458
1108	11082	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,7873
1108	11083	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	1,3480
1130	11301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ BEZ CC	0,4608
1130	11302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ S CC	0,6490
1130	11303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ S MCC	1,0041
1131	11311	NEFRITIDA BEZ CC	0,4749
1131	11312	NEFRITIDA S CC	0,5036
1131	11313	NEFRITIDA S MCC	1,1800
1132	11321	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,4186
1132	11322	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,5493
1132	11323	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	0,7672

1133	11331	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU BEZ CC	1,0031
1133	11332	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S CC	1,5538
1133	11333	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S MCC	1,6581
1134	11341	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE BEZ CC	0,3014
1134	11342	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S CC	0,4511
1134	11343	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S MCC	0,7404
1135	11351	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURETRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU BEZ CC	0,2800
1135	11352	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURETRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU S CC	0,4357
1135	11353	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURETRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU S MCC	0,5607
1136	11361	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	0,3224
1136	11362	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S CC	0,3962
1136	11363	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S MCC	0,4648
1137	11371	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,3108
1137	11372	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,4628
1137	11373	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	0,7704
1201	12011	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE BEZ CC	2,5254
1201	12012	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE S CC	2,6161
1201	12013	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE S MCC	3,7871
1202	12021	VÝKONY NA PENISU BEZ CC	0,5321
1202	12022	VÝKONY NA PENISU S CC	0,8846
1202	12023	VÝKONY NA PENISU S MCC	1,8571
1203	12031	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE BEZ CC	1,2147
1203	12032	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S CC	1,4319
1203	12033	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S MCC	1,8748
1204	12041	VÝKONY NA VARLATECH BEZ CC	0,5326
1204	12042	VÝKONY NA VARLATECH S CC	0,7539
1204	12043	VÝKONY NA VARLATECH S MCC	1,2059
1205	12051	CIRKUMCIZE BEZ CC	0,3639
1205	12052	CIRKUMCIZE S CC	0,4074
1205	12053	CIRKUMCIZE S MCC	0,4074

1206	12061	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,7094
1206	12062	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S CC	1,0389
1206	12063	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S MCC	2,0499
1230	12301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3160
1230	12302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,5278
1230	12303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,6899
1231	12311	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,2579
1231	12312	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S CC	0,3579
1231	12313	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S MCC	0,5278
1301	13011	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE BEZ CC	3,0379
1301	13012	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S CC	3,8293
1301	13013	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S MCC	5,5216
1302	13021	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH BEZ CC	2,0407
1302	13022	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S CC	2,5680
1302	13023	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S MCC	4,6577
1303	13031	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH BEZ CC	1,7836
1303	13032	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH S CC	2,2158
1303	13033	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH S MCC	3,0541
1304	13041	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH BEZ CC	1,3289
1304	13042	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH S CC	1,4619
1304	13043	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN	1,5592

		SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH S MCC	
1305	13051	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE BEZ CC	0,8250
1305	13052	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S CC	1,0693
1305	13053	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S MCC	1,0693
1306	13061	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,9385
1306	13062	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S CC	1,2311
1306	13063	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S MCC	1,2311
1307	13071	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY BEZ CC	0,3066
1307	13072	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S CC	0,4255
1307	13073	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S MCC	0,5458
1308	13081	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU BEZ CC	0,6500
1308	13082	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S CC	0,7074
1308	13083	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S MCC	0,7074
1309	13091	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE BEZ CC	0,3447
1309	13092	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE S CC	0,3936
1309	13093	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE S MCC	0,3937
1310	13101	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,8450
1310	13102	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	1,1841
1310	13103	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,6880
1330	13301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3442
1330	13302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,4564
1330	13303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,5855
1331	13311	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3223
1331	13312	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,4034
1331	13313	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,6699
1332	13321	MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,1990
1332	13322	MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,2972

1332	13323	MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,4106
1464	14641	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ BEZ CC	0,2590
1464	14642	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ S CC	0,3050
1464	14643	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ S MCC	0,3050
1465	14651	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE BEZ CC	0,1556
1465	14652	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S CC	0,2729
1465	14653	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S MCC	0,2729
1466	14661	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM BEZ CC	0,2633
1466	14662	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM S CC	0,3622
1466	14663	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM S MCC	0,4347
1467	14671	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC	0,2385
1467	14672	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC	0,3347
1467	14673	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC	0,3347
1468	14681	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM BEZ CC	1,0436
1468	14682	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM S CC	1,1020
1468	14683	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM S MCC	1,1020
1469	14691	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU BEZ CC	0,4002
1469	14692	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU S CC	0,4002
1469	14693	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU S MCC	1,1829
1470	14701	HROZÍCÍ POTRAT BEZ CC	0,3187
1470	14702	HROZÍCÍ POTRAT S CC	0,4433
1470	14703	HROZÍCÍ POTRAT S MCC	0,4598
1471	14711	FALEŠNÝ POROD BEZ CC	0,1763
1471	14712	FALEŠNÝ POROD S CC	0,1763
1471	14713	FALEŠNÝ POROD S MCC	0,1763
1472	14721	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM BEZ CC	0,3143
1472	14722	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM S CC	0,5597
1472	14723	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM S MCC	0,7452

1473	14731	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC	0,2674
1473	14732	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC	0,3734
1473	14733	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC	0,3734
1560	15601	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ BEZ CC	0,1766
1560	15602	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ S CC	0,2861
1560	15603	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ S MCC	0,4881
1601	16011	VÝKONY NA SLEZINĚ BEZ CC	2,5831
1601	16012	VÝKONY NA SLEZINĚ S CC	3,5818
1601	16013	VÝKONY NA SLEZINĚ S MCC	4,4639
1602	16021	JINÉ VÝKONY PRO KREVNÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH BEZ CC	0,6986
1602	16022	JINÉ VÝKONY PRO KREVNÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH S CC	0,9601
1602	16023	JINÉ VÝKONY PRO KREVNÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH S MCC	2,1714
1630	16301	AGRANULOCYTÓZA BEZ CC	0,5103
1630	16302	AGRANULOCYTÓZA S CC	0,8315
1630	16303	AGRANULOCYTÓZA S MCC	1,3856
1631	16311	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI BEZ CC	0,5678
1631	16312	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI S CC	0,7209
1631	16313	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI S MCC	1,2354
1632	16321	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST BEZ CC	0,2248
1632	16322	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST S CC	0,4884
1632	16323	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST S MCC	0,4884
1633	16331	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI BEZ CC	0,5640
1633	16332	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI S CC	0,7159
1633	16333	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI S MCC	1,0424
1634	16341	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ BEZ CC	0,4928
1634	16342	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ S CC	0,6705
1634	16343	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ S MCC	1,0672
1701	17011	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM BEZ CC	1,7897
1701	17012	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM S CC	3,3699
1701	17013	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM S MCC	7,8467
1702	17021	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM BEZ CC	0,8605
1702	17022	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM S	1,7740

		CC	
1702	17023	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM S MCC	3,1025
1703	17031	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM BEZ CC	3,0436
1703	17032	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM S CC	4,8160
1703	17033	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM S MCC	8,1144
1704	17041	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM BEZ CC	1,0321
1704	17042	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM S CC	1,7348
1704	17043	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM S MCC	3,6732
1730	17301	AKUTNÍ LEUKÉMIE BEZ CC	0,9098
1730	17302	AKUTNÍ LEUKÉMIE S CC	0,9220
1730	17303	AKUTNÍ LEUKÉMIE S MCC	3,0923
1731	17311	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE BEZ CC	0,6622
1731	17312	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE S CC	0,7631
1731	17313	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE S MCC	1,8254
1732	17321	RADIOTERAPIE BEZ CC	1,5243
1732	17322	RADIOTERAPIE S CC	2,2609
1732	17323	RADIOTERAPIE S MCC	2,3997
1733	17331	CHEMOTERAPIE BEZ CC	0,4881
1733	17332	CHEMOTERAPIE S CC	0,5542
1733	17333	CHEMOTERAPIE S MCC	0,6857
1734	17341	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ BEZ CC	0,5444
1734	17342	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ S CC	0,6621
1734	17343	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ S MCC	1,0513
1735	17351	CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII BEZ CC	0,8648
1735	17352	CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII S CC	2,0211
1735	17353	CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII S MCC	10,6128
1801	18011	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI BEZ CC	0,7285
1801	18012	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S CC	2,9986
1801	18013	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ	5,8894

		NEMOCI S MCC	
1802	18021	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE BEZ CC	1,4333
1802	18022	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S CC	1,8081
1802	18023	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S MCC	3,7226
1830	18301	SEPTIKÉMIE BEZ CC	0,9277
1830	18302	SEPTIKÉMIE S CC	1,1065
1830	18303	SEPTIKÉMIE S MCC	2,0205
1831	18311	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE BEZ CC	0,5419
1831	18312	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S CC	0,8245
1831	18313	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S MCC	1,3070
1832	18321	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU BEZ CC	0,4566
1832	18322	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU S CC	0,6024
1832	18323	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU S MCC	0,7759
1833	18331	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,3822
1833	18332	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S CC	0,5433
1833	18333	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S MCC	0,6838
1834	18341	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI BEZ CC	0,5928
1834	18342	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S CC	0,8170
1834	18343	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S MCC	1,2636
1901	19011	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI BEZ CC	1,5132
1901	19012	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI S CC	3,0382
1901	19013	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI S MCC	4,3302
1930	19301	SCHIZOFRENIE BEZ CC	1,3774
1930	19302	SCHIZOFRENIE S CC	1,4171
1930	19303	SCHIZOFRENIE S MCC	1,6429
1931	19311	PSYCHÓZY BEZ CC	1,1844
1931	19312	PSYCHÓZY S CC	1,1844
1931	19313	PSYCHÓZY S MCC	1,2714
1932	19321	PORUCHY OSOBNOSTI BEZ CC	0,9255
1932	19322	PORUCHY OSOBNOSTI S CC	0,9589
1932	19323	PORUCHY OSOBNOSTI S MCC	1,7865
1933	19331	BIPOLÁRNÍ PORUCHY BEZ CC	1,5103
1933	19332	BIPOLÁRNÍ PORUCHY S CC	1,5103
1933	19333	BIPOLÁRNÍ PORUCHY S MCC	1,5103
1934	19341	DEPRESE BEZ CC	0,9702
1934	19342	DEPRESE S CC	0,9702
1934	19343	DEPRESE S MCC	1,3653
1935	19351	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH BEZ CC	0,5613

1935	19352	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH S CC	0,5769
1935	19353	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH S MCC	0,6951
1936	19361	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE BEZ CC	0,7475
1936	19362	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE S CC	0,7475
1936	19363	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE S MCC	0,8436
1937	19371	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY BEZ CC	0,9075
1937	19372	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S CC	0,9075
1937	19373	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S MCC	0,9075
1938	19381	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY BEZ CC	2,0875
1938	19382	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY S CC	2,0875
1938	19383	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY S MCC	2,0875
1939	19391	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY BEZ CC	0,4043
1939	19392	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S CC	0,5304
1939	19393	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S MCC	0,5743
1940	19400	DUŠEVNÍ PORUCHY S ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIÍ NEBO S REPETITIVNÍ TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKOU STIMULACÍ	3,0227
2030	20301	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE BEZ CC	0,1232
2030	20302	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S CC	0,1380
2030	20303	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S MCC	0,2822
2031	20311	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ BEZ CC	1,1314
2031	20312	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ S CC	1,7567
2031	20313	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ S MCC	2,3453
2032	20321	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU BEZ CC	0,5613
2032	20322	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU S CC	0,6001
2032	20323	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU S MCC	2,3879
2033	20331	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU BEZ CC	0,3105
2033	20332	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA	0,3899

		ALKOHOLU S CC	
2033	20333	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S MCC	0,6362
2034	20341	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH BEZ CC	0,5007
2034	20342	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH S CC	0,6099
2034	20343	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH S MCC	1,0924
2101	21011	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH BEZ CC	1,6034
2101	21012	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH S CC	1,9900
2101	21013	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH S MCC	5,2659
2102	21021	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH BEZ CC	1,2775
2102	21022	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH S CC	2,3587
2102	21023	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH S MCC	4,8452
2130	21301	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH BEZ CC	0,6988
2130	21302	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH S CC	0,8759
2130	21303	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH S MCC	3,1769
2131	21311	ALERGICKÉ REAKCE BEZ CC	0,1973
2131	21312	ALERGICKÉ REAKCE S CC	0,2786
2131	21313	ALERGICKÉ REAKCE S MCC	0,5653
2132	21321	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) BEZ CC	0,3304
2132	21322	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) S CC	0,5590
2132	21323	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) S MCC	1,4831
2133	21331	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ BEZ CC	0,3874
2133	21332	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ S CC	0,6431
2133	21333	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ S MCC	1,2141
2134	21341	SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO BEZ CC	0,4195
2134	21342	SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO S CC	0,4195
2134	21343	SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO S MCC	0,4195
2135	21351	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ BEZ CC	0,2766
2135	21352	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ S CC	0,4221
2135	21353	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ S MCC	1,3023
2250	22501	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO	0,3562

		ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE BEZ CC	
2250	22502	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE S CC	0,3562
2250	22503	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE S MCC	0,6095
2251	22510	ROZSÁHLÉ POPÁLENINY S KOŽNÍM ŠTĚPEM	7,7276
2252	22521	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM BEZ CC	2,6813
2252	22522	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM S CC	8,0092
2252	22523	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM S MCC	12,8015
2253	22530	ROZSÁHLÉ POPÁLENINY BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU	1,4823
2254	22541	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ BEZ CC	0,8374
2254	22542	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ S CC	1,2200
2254	22543	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ S MCC	5,3521
2255	22551	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE BEZ CC	0,5662
2255	22552	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE S CC	1,1063
2255	22553	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE S MCC	3,0716
2301	23011	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI BEZ CC	0,6449
2301	23012	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI S CC	0,8772
2301	23013	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI S MCC	2,1686
2330	23301	REHABILITACE BEZ CC	0,5817
2330	23302	REHABILITACE S CC	0,6733
2330	23303	REHABILITACE S MCC	0,9595
2331	23311	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY BEZ CC	0,3113
2331	23312	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY S CC	0,4474
2331	23313	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY S MCC	0,7217
2332	23321	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ	0,2568

		STAV BEZ CC	
2332	23322	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV S CC	0,3583
2332	23323	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV S MCC	0,8495
2333	23330	REHABILITACE > 55 DNÍ	4,9457
2334	23340	REHABILITACE 49-55 DNÍ	4,3032
2335	23351	REHABILITACE 42-48 DNÍ BEZ CC	3,8100
2335	23352	REHABILITACE 42-48 DNÍ S CC	3,8100
2335	23353	REHABILITACE 42-48 DNÍ S MCC	3,8100
2336	23361	REHABILITACE 35-41 DNÍ BEZ CC	2,7781
2336	23362	REHABILITACE 35-41 DNÍ S CC	2,7781
2336	23363	REHABILITACE 35-41 DNÍ S MCC	3,0086
2337	23371	REHABILITACE 28-34 DNÍ BEZ CC	2,1828
2337	23372	REHABILITACE 28-34 DNÍ S CC	2,2477
2337	23373	REHABILITACE 28-34 DNÍ S MCC	2,3075
2338	23381	REHABILITACE 21-27 DNÍ BEZ CC	1,5775
2338	23382	REHABILITACE 21-27 DNÍ S CC	1,6872
2338	23383	REHABILITACE 21-27 DNÍ S MCC	1,8542
2339	23391	REHABILITACE 14-20 DNÍ BEZ CC	1,2645
2339	23392	REHABILITACE 14-20 DNÍ S CC	1,3427
2339	23393	REHABILITACE 14-20 DNÍ S MCC	1,4991
2340	23401	REHABILITACE 5-13 DNÍ BEZ CC	0,7615
2340	23402	REHABILITACE 5-13 DNÍ S CC	0,7909
2340	23403	REHABILITACE 5-13 DNÍ S MCC	0,8634
2501	25011	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	4,7867
2501	25012	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	4,7867
2501	25013	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	9,1407
2502	25021	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	4,0659
2502	25022	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	4,0659
2502	25023	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	6,6018
2503	25030	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	48,5544
2504	25040	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 504 HODIN (22-42 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	37,3448
2505	25051	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	23,6816

2505	25052	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	23,6816
2505	25053	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	23,6816
2506	25061	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN BEZ CC	17,3429
2506	25062	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN S CC	17,3429
2506	25063	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN S MCC	17,3429
2507	25071	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	14,1607
2507	25072	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	16,9420
2507	25073	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	16,9420
2530	25301	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	0,8919
2530	25302	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	0,8919
2530	25303	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	1,6237
2531	25311	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU BEZ CC	1,3182
2531	25312	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU S CC	1,3182
2531	25313	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU S MCC	1,3182
2532	25320	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ)	53,8925
2533	25330	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 504 HODIN (22-42 DNÍ)	20,2698
2534	25341	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) BEZ CC	15,4542
2534	25342	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S CC	15,4542
2534	25343	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S MCC	15,4542
2536	25361	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) BEZ	9,2479

		CC	
2536	25362	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S CC	9,2479
2536	25363	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S MCC	9,2479
2537	25370	ÚMRTÍ DO 5 DNÍ OD PŘÍJMU PŘI POLYTRAUMATU	3,1790
8887	88871	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	1,0028
8887	88872	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	2,2574
8887	88873	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC	4,4207
8888	88881	PROSTATICKÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	1,6993
8888	88882	PROSTATICKÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	1,8388
8888	88883	PROSTATICKÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC	4,0919
8889	88891	VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	0,6804
8889	88892	VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	1,1490
8889	88893	VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC	2,4382
9998	99980	HLAVNÍ DIAGNÓZA NEPLATNÁ JAKO PROPOUŠTĚCÍ DIAGNÓZA	0,1100
9999	99990	NEZAŘADITELNÉ	0,1100

Příloha č. 11 k vyhlášce č. 353/2017 Sb.

Výše úhrad hrazených služeb podle § 8 odst. 2

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00900	Komplexní vyšetření zubním lékařem 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. Založení dokumentace se záznamem stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání včetně onkologické prohlídky, mezičelistních vztahů, anamnézy a individuálního léčebného postupu. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona.	Lze vykázat při první registraci pojištěnce nově přijatého do péče, to je kód 00900 nelze vykázat v případě, že poskytovatelem byly na pacienta v posledních dvou letech vykazovány kódy pravidelné péče – kódy 00901 a 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	458 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 individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení, frekvence vykazování v souladu s přílohou č. 1 zákona), včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu	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 (musí být uvedena diagnóza dohledu nad těhotenstvím), mezi vyšetřeními musí u těhotných uplynout nejméně 3 měsíce. U dětí a dorostu nelze vykázat kombinaci kódů 00901 a 00901, resp. 00946 v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi jednotlivými vyšetřeními v roce je doporučeno z odborného hlediska dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí	450 Kč

	na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona.	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. Kód nelze vykázat v případě registrace pacienta daným poskytovatelem. Kód se vykazuje 1x na jednu diagnózu/ 1 poj/ 1 rok, v případě rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz maximálně 3/ 1 poj. / 1 rok.	Nelze kombinovat s kódem 00908, 00931, 00940 a 00981. Lze vykázat 1/1 den. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE[5]; 015; 605	200 Kč
00904	Stomatologické vyšetření registrovaného pojištěnce od 1 roku do 10 let v rámci preventivní péče	Lze vykázat 2/1 rok pouze v souvislosti s preventivní prohlídkou v daném kalendářním roce, tj. kódem 00901 popřípadě 00946 a diagnózou Z 012 – zubní	105 Kč

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

		vyšetření. Odbornost – 014	
00906	Stomatologické ošetření pojištěnce do 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce. Kód lze vykazovat pouze v souvislosti se stomatologickými výkony, nikoliv s výrobky. U dětí lze vykázat i bez kurativního výkonu.	Lze vykázat 1/1 den. Odbornost – 014 Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE[5)] lze vykázat i při vyžádané péči neregistrovaného pojištěnce.	95 Kč
00907	Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do 15 let Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce.	Lze vykázat 1/1 den Pouze při kurativní návštěvě (nelze vykázat jen s kódy 00900,00901, 00903, 00909, 00946, a diagnózou Z 012 – zubní vyšetření). Odbornost – 014 Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE[5)] lze vykázat i při vyžádané péči neregistrovaného pojištěnce.	68 Kč
00908	Akutní ošetření a vyšetření neregistrovaného pojištěnce – i 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	310 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 lůžkovým pracovištím a klinickým pracovištím, tj. společné pracoviště fakultní nemocnice a lékařské fakulty vysoké školy podle § 111 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb. Lze vykázat 1/1 den Při diagnóze vyžadující opakovanou návštěvu lze vykázat jen jedenkrát, u rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz lze vykázat pouze jednou, při zahájení léčby. Odbornost – 014; 015	410 Kč
00910	Zhotovení intraorálního rentgenového snímku Zhotovení rentgenového snímku na speciálním dentálním rentgenovém přístroji, nebo další zobrazovací metodou (podmínkou je archivace snímku). Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem).	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	70 Kč
00911	Zhotovení extraorálního rentgenového snímku Zhotovení skiagrafie lebky různých projekcí za každý snímek. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval, v případě odbornosti 015 i rentgenový snímek ruky (stanovení fáze růstu skeletu).	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015;605	225 Kč
00912	Náplň slinné žlázy kontrastní látkou Sondáž, dilatace, náplň slinných žláz a vývodů kontrastní látkou. Následné rentgenové vyšetření je vykazováno kódem 00911 nebo 00913 poskytovatelem, který snímek indikoval.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE[5]; 605	581 Kč
00913	Zhotovení ortopantomogramu Zhotovení extraorálního panoramatického snímku na speciálním rentgenovém přístroji. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval.	Lze vykázat 1/2 kalendářní roky. Pro odb. 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE a odbornost 015, 605 lze vykázat 2/1 kalendářní rok pouze v souvislosti se specializovanou péčí; v ostatních případech (např. u vlastních registrovaných pacientů) platí omezení kódu 1/2 kalendářní	275 Kč

		roky. Omezení neplatí v případech, kdy je vyšetření vyžádáno kardiologem/kardiochirurgem, ortopedem, transplantologem či osteologem (např. z důvodu vyloučení fokální infekce nebo předoperačního vyšetření) s dg Z018 nebo v souvislosti s antiresorpční léčbou (dg M87.1). Pro LPS (lékařská pohotovostní služba) a v případě úrazové nebo onkologické diagnózy lze vykázat bez omezení.	
00914	Vyhodnocení ortopantomogramu Vyhodnocení panoramatického rentgenového snímku zubních oblouků a skeletu čelistí nebo ostatních extraorálních snímků. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem); v případě odeslání pojištěnce k jinému zubnímu lékaři, který je držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů[5] a lékaři odbornosti 015, může kód vykázat i tento zubní lékař.	Lze vykázat 1/1 snímek/1 poskytovatel Odbornost – 014; 015; 605	70 Kč
00915	Zhotovení telerentgenového snímku lbi Zhotovení dálkového rentgenového snímku lbi na speciálním rentgenovém přístroji. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH; PE[5]; 015; 605	270 Kč
00916	Anestézie na foramen mandibulae a infraorbitale Aplikace injekční anestézie na foramen mandibulae (součástí je i aplikace na nervus buccalis) a foramen infraorbitale (součástí je i aplikace na nervus palatinus) ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014; 015; 605	105 Kč
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	85 Kč

00918	Ošetření zubního kazu u dětí do 15 let, u těhotných a kojících žen – stálý zub Bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu - u dětí do dne dosažení 15 let věku v rozsahu špičáků včetně při použití samopolymerujícího kompozita, - u dětí do dne dosažení 15 let věku nad rozsah špičáků včetně při použití skloionomerního cementu, - u těhotných a kojících žen při použití skloionomerního cementu. Není-li použití skloionomerního cementu možné z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, lze použít dózovaný amalgám a u těhotných a kojících žen v rozsahu špičáků včetně též samopolymerující kompozitum.	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	495 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/365 dní Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	350 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	270 Kč
00922	Ošetření zubního kazu – dočasný zub Bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu: Ošetření zubního kazu dočasného zubu při použití skloionomerního cementu; není-li použití skloionomerního cementu možné z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, lze použít dózovaný amalgám a v rozsahu špičáků včetně též samopolymerující kompozitum.	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. Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	390 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 cementem. Počet návštěv nerozhoduje.	Nelze kombinovat s kódem 00925. Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub pouze tehdy, pokud následuje konzervačně – chirurgická léčba komplikací zubního kazu. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	181 Kč
00924	Konzervativní léčba komplikací zubního kazu – dočasný zub Po definitivním endodontickém ošetření dočasného zubu metodou vitální nebo mortální amputace jedenkrát. Při případné exstirpaci každý zaplněný kořenový kanálek. Ošetření je možné, když je dočasný zub klinicky pevný. Dle rentgenové resorbce nejvýše do poloviny kořene.	Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	176 Kč
00925	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 individuálního léčebného postupu, zahájení konzervativní léčby – odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), instruktáž a motivace orální hygieny. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče. Výkon komplexního vyšetření se vykazuje při vyšetření pacienta v rámci převzetí do pravidelné parodontologické péče a dále vždy, pokud dojde ke změně zdravotního stavu, a to maximálně s frekvencí 1x za jeden kal. rok. Podmínkou vykázání výkonu je vedení prokazatelné parodontologické dokumentace.	Lze vykázat 1/2 kalendářní roky a při změně zdravotního stavu maximálně 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	Lze vykázat 3/1 kalendářní rok Při třetím vykázání kódu v roce	243 Kč

	Vyšetření parodontu na základě zařazení onemocnění při vyšetření pomocí indexu CPITN, kdy je stanoven index CPI 2-3, případně dalších parodontologických indexů a vyšetřovacích metod v průběhu parodontologické léčby. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče. Pokračování konzervativní léčby (fáze iniciální nebo udržovací) – kontrola orální hygieny pomocí k tomu určených indexů (například PBI, API), jejichž hodnoty musí být zaznamenány v dokumentaci, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), remotivace a korekce konkrétní metody orální hygieny, odstranění lokálního dráždění parodontu. Věková hranice pro vykazování kódu 00932 není fixně stanovena (vykazování 00932 u dětí) – důraz na zdokumentování. Odstup mezi vykázáním kódů 00932 musí být v takovém intervalu, aby bylo možno prokázat účelnost léčby, lze vykázat minimálně v měsíčních odstupech. Podmínkou vykázání výkonu je vedení prokazatelné parodontologické dokumentace. Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem (kód 00938) a subgingiválním ošetření (kód 00935) se vykazuje zvlášť.	nutno zhodnotit léčbu pomocí indexu CPITN. Nelze vykázat s kódy 00900, 00901 a 00946. Odbornost – 014	
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	Lze vykázat 1/1 zub/365 dní Lokalizace – zub Odbornost – 014 s potvrzením	84 Kč

	(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.	o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE[5)]	
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. Výkon komplexního vyšetření se vykazuje při vyšetření pacienta v rámci převzetí do pravidelné specializované péče a dále vždy, pokud dojde ke změně zdravotního stavu, a to maximálně s frekvencí 1/1 kal. rok. Podmínkou vykázání výkonu je vedení prokazatelné dokumentace onemocnění ústní sliznice a návrh léčby.	Lze vykázat 1/2 kalendářní roky a při změně zdravotního stavu maximálně 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	Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00900,00901, 00902, 00903, 00908,	30 Kč

	registrovaného pojištěnce, v případě dohodnutých dlouhodobých zástupů a péče poskytované v rámci odbornosti 015 i u neregistrovaných pojištěnců.	00909, 00931, 00932, 00940, 00941, 00946, 00947, 00981, 00983, 00984. Lze vykázat – bez omezení, při ošetření v několika návštěvách (endodontické ošetření, zhotovení protetických náhrad a jiné) pouze jednou. Kód nelze vykázat při návštěvě, která vyplývá z plánu ošetření. Odbornost – 014; 015	
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 individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené ZP. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení, frekvence vykazování v souladu s přílohou č. 1 zákona), včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona.	Lze vykázat 2/1 kalendářní rok na pojištěnce v rámci individuální preventivní péče o chrup dětí a dorostu, 1/1 kalendářní rok na pojištěnce v rámci preventivní péče o dospělé, dvakrát v průběhu těhotenství (musí být uvedena diagnóza dohledu nad těhotenstvím), mezi vyšetřeními musí u těhotných uplynout nejméně 3 měsíce. U dětí a dorostu nelze vykázat kombinaci kódů 00946 a 00901 v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi jednotlivými vyšetřeními v roce je doporučeno z odborného hlediska dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost – 014	376 Kč
00947	Péče o registrovaného pojištěnce nad 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.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok. Lze vykázat pouze po vykázání kódu 00901, resp. 00946 v témže kalendářním roce a zároveň pokud není vykázán kód 00900, kombinaci kódů 00901 a 00902, resp. 00947 nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi vykázáním jednotlivých kódů v roce je doporučeno dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést ošetření dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost - 014	263 Kč

00948	Zajištění suturou v rámci výkonu extrakce Provedení sutury po extrakci stálého zubu nebo radixu v indikovaných případech týkajících se stavění krvácení či jeho prevence u pacientů na antitrombotické léčbě a dále v indikovaných případech týkajících se pacientů na antiresorpční léčbě a pacientů imunosuprimovaných s dg. Z40.9 - Profylaktický operační výkon NS. Bez ohledu na použitý druh materiálu a počet stehů. Lze vykázat pouze s kódem 00950.	Lze vykázat 1/1 zub Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	105 Kč
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 a stavění krvácení kompresivní tamponádou.	Lze vykázat 1/1 zub Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	190 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 Lokalizace – zub v případě extrakce zubu nebo radixu 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 mukoperiostálního laloku, plastiky měkkých tkání, podložení kostním	Lze vykázat 1/1 zub Lokalizace – zub Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH;	630 Kč

	štěpem, fixace drátěného tahu, nalepení ortodontického zámku).	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	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením	600 Kč

	incisí, včetně dilatace, s vypuštěním exsudátu a zavedením drénu.	o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH; PE[5]; 605	
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 ceny aplikace, není-li aplikovaná látka hrazena jiným způsobem.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	53 Kč
00965	Čas zubního lékaře strávený dopravou za imobilním pojištěncem	Nelze vykázat spolu s výkonem přepravy. Odbornost – 014; 605 Výkon je hrazen na podkladě doporučení praktického lékaře	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 vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatochirurgem	Lze vykázat 1/1 den pouze v souvislosti s kódy 00951, 00952, 00953, 00954, 00955, 00956, 00957,	1 000 Kč

	Stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatochirurgem v ambulanci poskytovatele ambulantních hrazených služeb. Ošetření na základě písemného doporučení jiného lékaře při neodkladných stavech. V souvislosti s léčením tohoto neodkladného stavu lze vykázat pouze 1x, písemná zpráva. V případě dalšího plánovaného ošetření daného pacienta již kód 00968 nelze znovu vykázat. Kód nelze naúčtovat u pojištěnce registrovaného daným poskytovatelem v případě přeposlání od jednoho lékaře k druhému, kteří pracují v rámci daného poskytovatele (tj. mezi jednotlivými IČP daného poskytovatele). Kód není určen pro ambulance poskytovatelů lůžkových služeb, tzn. že kód není určen ani pro ambulance, kdy je provozovatel současně provozovatelem lůžkových služeb jakékoliv odbornosti.	00958, 00960, 00962. Odbornost - 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH. Ošetření na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení).	
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 Poskytovatel vykazuje při odevzdání stomatologického výrobku (kód slouží pouze pro vykazování zvlášť účtovaných léčivých přípravků a stomatologických výrobků (dokladem 03s).	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	0 Kč
00981	Diagnostika ortodontických anomálií Zahrnuje orientační stomatologické	Lze vykázat 1/1 pojištěnce	600 Kč

	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.	a poskytovatele Odbornost – 015	
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.	Lze vykázat 1/1 čelist, v případě rozštěpových vad (Q 35 – Q38) max. 2/1 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 kalendářní čtvrtletí, a to maximálně 16x na pacienta, v případě rozštěpových vad lze vykázat bez omezení. Odbornost – 015	800 Kč
00984	Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu Kontrola postupu léčby dle individuálního léčebného postupu a funkce snímacích aparátů včetně jejich úpravy. Pro sledování průběhu změn po ortodonticky indikovaných extrakcích bez aparátu. Vztahuje se na všechny kontroly snímacího aparátu v daném čtvrtletí.	Lze vykázat 1/1 kalendářní čtvrtletí, a to maximálně 16x na pacienta, v případě rozštěpových vad lze vykázat bez omezení. 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, v případě rozštěpových vad (Q 35 – Q 38) max. 3/1 čelist S časovým odstupem 3 let lze vykázat jedenkrát na čelist v návaznosti na kód 00982 a jedenkrát na čelist v návaznosti kódu 00994. Lokalizace – čelist Odbornost – 015	700 Kč
00986	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	Lze vykázat 1/1 kalendářní pololetí, a to maximálně 8x na pacienta. Odbornost – 015	220 Kč

	fixními aparáty podle individuálního léčebného postupu. Součástí může být i použití pevných, nebo snímacích dlah, retainerů nebo jiných retenčních aparátů.		
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 zubů do zámků nebo kanyl jako součásti fixního aparátu.	Lze vykázat 4/1 kalendářní 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	Lze vykázat 1/1 čelist do věku pacienta 10 let. Lokalizace – čelist Odbornost – 015	900 Kč

	s incizálním schůdkem 9 mm a více, zkřížený skus, diastema větší než 4 mm, zákus, retence nebo dystopie horního stálého řezáku. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu.		

Vysvětlení zkratek:

PZL praktický zubní lékař
PA parodontolog
CH stomatochirurg
PE pedostomatolog

Příloha č. 12 k vyhlášce č. 353/2017 Sb.

Léčivé přípravky vyjmuté z platby případovým paušálem

1. Z platby případovým paušálem jsou vyjmuty:

1.1 Léčivé přípravky obsahující tyto léčivé látky:
B02BB01
B02BD01
B02BD02
B02BD03
B02BD04
B02BD05
B02BD06
B02BD07
B02BD08
B02BD09
B02BD10
B05AA02

1.2 Tyto individuálně vyráběné léčivé přípravky:
Kryoprotein (0207926)
Plazma čerstvá, zmrazená pro klinické použití (0207921)

Příloha č. 13 k vyhlášce č. 353/2017 Sb.

Úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu – Skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace vyjmuté z platby případovým paušálem

Baze	IR-DRG[4)]	Název skupiny	Relativní váha 2018
0001	00011	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC BEZ CC	20,2989
0001	00012	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC S CC	22,6905
0001	00013	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC S MCC	30,2884
0002	00021	TRANSPLANTACE JATER BEZ CC	13,6501
0002	00022	TRANSPLANTACE JATER S CC	13,6501
0002	00023	TRANSPLANTACE JATER S MCC	17,1323
1460	14601	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM BEZ CC	1,3683
1460	14602	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S CC	1,5837
1460	14603	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S MCC	1,8567
1461	14611	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ BEZ CC	1,0900
1461	14612	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S CC	1,2166
1461	14613	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S MCC	1,4471
1462	14621	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE BEZ CC	0,9929
1462	14622	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE S CC	1,4144
1462	14623	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE S MCC	3,2277
1463	14631	VAGINÁLNÍ POROD BEZ CC	0,8435
1463	14632	VAGINÁLNÍ POROD S CC	0,9158
1463	14633	VAGINÁLNÍ POROD S MCC	0,9158
1561	15611	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ BEZ CC	9,3056
1561	15612	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ S CC	13,0304
1561	15613	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ S MCC	20,7049
1562	15621	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	50,0790
1562	15622	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	50,0790
1562	15623	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	50,0790
1563	15631	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	7,5417

1563	15632	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	12,8439
1563	15633	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	30,0430
1564	15641	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	24,3548
1564	15642	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	29,2460
1564	15643	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	33,7999
1565	15651	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	7,1881
1565	15652	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	8,4345
1565	15653	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	15,0420
1566	15661	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	13,5777
1566	15662	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	16,6661
1566	15663	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	16,6661
1567	15671	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	3,0627
1567	15672	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	4,4440
1567	15673	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	7,6355
1568	15681	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	13,4980
1568	15682	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	13,5361
1568	15683	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	15,6434
1569	15691	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	0,5785
1569	15692	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	1,5193
1569	15693	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	3,7788
1570	15701	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	3,9308
1570	15702	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	5,2446
1570	15703	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	14,2240
1571	15711	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM BEZ CC	0,3877
1571	15712	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM S CC	0,8421
1571	15713	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM	3,4708

		STAVEM S MCC	
1572	15720	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, SE SYNDROMEM DÝCHACÍCH POTÍŽÍ	7,4464
1573	15731	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM BEZ CC	0,5704
1573	15732	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM S CC	1,4335
1573	15733	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM S MCC	3,2601
1574	15741	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKCÍ BEZ CC	0,9086
1574	15742	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKCÍ S CC	0,9539
1574	15743	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKCÍ S MCC	2,9314
1575	15751	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	0,2913
1575	15752	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	0,3763
1575	15753	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	0,5923
2401	24010	HIV S VÝKONEM, S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV	0,9390
2402	24020	HIV S VÝKONEM, S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV	1,5844
2403	24031	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV BEZ CC	0,3839
2403	24032	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV S CC	0,3839
2403	24033	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV S MCC	0,3839
2430	24301	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU BEZ CC	0,6206
2430	24302	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU S CC	1,4459
2430	24303	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU S MCC	5,1283
2431	24311	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ BEZ CC	0,1349
2431	24312	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ S CC	0,1349
2431	24313	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ S MCC	0,1349
2432	24320	HIV S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV	0,8853
2433	24331	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU BEZ CC	1,6980

2433	24332	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU S CC	1,6980
2433	24333	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU S MCC	1,6980
2434	24341	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY BEZ CC	0,8683
2434	24342	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY S CC	0,9266
2434	24343	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY S MCC	0,9266
2435	24350	HIV BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV	1,2144

Příloha č. 14 k vyhlášce č. 353/2017 Sb.

Koeficient poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese

Okres	VZP	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZPMV	RBP
BENEŠOV	0,634	0,064	0,024	0,074	0,000	0,204	0,000
BEROUN	0,442	0,047	0,352	0,078	0,000	0,081	0,000
BLANSKO	0,647	0,043	0,015	0,027	0,000	0,267	0,001
BRNO-MĚSTO	0,555	0,101	0,068	0,061	0,000	0,209	0,006
BRNO-VENKOV	0,584	0,082	0,089	0,047	0,000	0,196	0,002
BRUNTÁL	0,439	0,085	0,135	0,063	0,000	0,206	0,073
BŘECLAV	0,590	0,046	0,139	0,036	0,000	0,186	0,003
ČESKÁ LÍPA	0,652	0,127	0,083	0,039	0,015	0,084	0,000
ČESKÉ BUDĚJOVICE	0,566	0,163	0,030	0,056	0,000	0,185	0,000
ČESKÝ KRUMLOV	0,642	0,122	0,033	0,033	0,000	0,169	0,000
DĚČÍN	0,625	0,057	0,153	0,047	0,001	0,117	0,000
DOMAŽLICE	0,754	0,067	0,028	0,041	0,000	0,110	0,000
FRÝDEK-MÍSTEK	0,312	0,008	0,425	0,016	0,000	0,046	0,193
HAVLÍČKŮV BROD	0,660	0,048	0,162	0,038	0,000	0,090	0,000
HODONÍN	0,456	0,029	0,216	0,024	0,000	0,146	0,128
HRADEC KRÁLOVÉ	0,528	0,178	0,047	0,057	0,001	0,189	0,000
CHEB	0,653	0,102	0,070	0,050	0,000	0,125	0,000
CHOMUTOV	0,716	0,037	0,134	0,023	0,000	0,088	0,002
CHRUDIM	0,735	0,063	0,060	0,048	0,000	0,094	0,000
JABLONEC NAD NISOU	0,816	0,059	0,004	0,032	0,003	0,085	0,000
JIČÍN	0,692	0,041	0,027	0,038	0,059	0,143	0,000
JIHLAVA	0,812	0,038	0,047	0,032	0,000	0,070	0,000
JINDŘICHŮV HRADEC	0,706	0,116	0,035	0,028	0,000	0,115	0,000
KARLOVY VARY	0,704	0,075	0,055	0,067	0,000	0,098	0,000
KARVINÁ	0,272	0,008	0,212	0,012	0,000	0,053	0,443
KLADNO	0,412	0,031	0,435	0,049	0,000	0,072	0,000
KLATOVY	0,634	0,090	0,141	0,040	0,000	0,095	0,000
KOLÍN	0,707	0,049	0,031	0,075	0,002	0,136	0,000
KROMĚŘÍŽ	0,440	0,047	0,077	0,032	0,000	0,121	0,282
KUTNÁ HORA	0,471	0,126	0,276	0,039	0,001	0,087	0,000
LIBEREC	0,719	0,125	0,010	0,060	0,005	0,081	0,000
LITOMĚŘICE	0,712	0,091	0,010	0,061	0,000	0,125	0,000
LOUNY	0,770	0,068	0,033	0,032	0,000	0,097	0,001
MĚLNÍK	0,655	0,049	0,037	0,121	0,015	0,123	0,000
MLADÁ BOLESLAV	0,218	0,012	0,003	0,015	0,731	0,021	0,000
MOST	0,827	0,010	0,037	0,018	0,000	0,099	0,009
NÁCHOD	0,669	0,073	0,078	0,036	0,002	0,141	0,000
NOVÝ JIČÍN	0,363	0,020	0,190	0,018	0,000	0,066	0,342
NYMBURK	0,613	0,057	0,069	0,079	0,050	0,132	0,000

OLOMOUC	0,234	0,157	0,420	0,037	0,000	0,144	0,008
OPAVA	0,376	0,015	0,273	0,032	0,000	0,080	0,225
OSTRAVA	0,226	0,009	0,390	0,026	0,000	0,088	0,260
PARDUBICE	0,682	0,098	0,062	0,056	0,001	0,101	0,000
PELHŘIMOV	0,804	0,034	0,031	0,034	0,000	0,096	0,000
PÍSEK	0,695	0,087	0,043	0,048	0,000	0,127	0,000
PLZEŇ-JIH	0,618	0,075	0,085	0,075	0,000	0,146	0,000
PLZEŇ-MĚSTO	0,486	0,094	0,126	0,087	0,000	0,206	0,000
PLZEŇ-SEVER	0,524	0,092	0,114	0,101	0,000	0,169	0,000
PRAHA	0,600	0,057	0,011	0,219	0,001	0,111	0,001
PRAHA-VÝCHOD	0,554	0,067	0,034	0,224	0,003	0,118	0,000
PRAHA-ZÁPAD	0,592	0,056	0,022	0,215	0,001	0,114	0,000
PRACHATICE	0,599	0,147	0,071	0,034	0,000	0,149	0,000
PROSTĚJOV	0,319	0,068	0,535	0,019	0,000	0,053	0,005
PŘEROV	0,591	0,098	0,076	0,039	0,000	0,150	0,045
PŘÍBRAM	0,737	0,062	0,039	0,047	0,000	0,115	0,000
RAKOVNÍK	0,579	0,041	0,216	0,043	0,000	0,121	0,000
ROKYCANY	0,529	0,134	0,146	0,067	0,000	0,125	0,000
RYCHNOV NAD KNĚŽNOU	0,572	0,091	0,018	0,035	0,154	0,131	0,000
SEMILY	0,755	0,043	0,016	0,046	0,057	0,082	0,000
SOKOLOV	0,618	0,066	0,171	0,040	0,000	0,105	0,000
STRAKONICE	0,671	0,114	0,038	0,048	0,000	0,129	0,000
SVITAVY	0,808	0,039	0,031	0,029	0,000	0,092	0,001
ŠUMPERK	0,492	0,027	0,359	0,030	0,000	0,091	0,002
TÁBOR	0,488	0,152	0,141	0,072	0,000	0,146	0,000
TACHOV	0,628	0,144	0,054	0,042	0,000	0,131	0,000
TEPLICE	0,713	0,083	0,064	0,042	0,000	0,097	0,001
TRUTNOV	0,451	0,046	0,118	0,052	0,145	0,188	0,000
TŘEBÍČ	0,728	0,056	0,113	0,019	0,000	0,084	0,000
UHERSKÉ HRADIŠTĚ	0,576	0,035	0,123	0,029	0,000	0,235	0,002
ÚSTÍ NAD LABEM	0,367	0,162	0,025	0,157	0,000	0,285	0,003
ÚSTÍ NAD ORLICÍ	0,540	0,084	0,108	0,042	0,001	0,225	0,000
VSETÍN	0,615	0,021	0,086	0,019	0,000	0,058	0,200
VYŠKOV	0,540	0,131	0,091	0,051	0,000	0,183	0,003
ZLÍN	0,768	0,019	0,138	0,036	0,000	0,035	0,004
ZNOJMO	0,556	0,053	0,124	0,018	0,000	0,248	0,001
ŽĎÁR NAD SÁZAVOU	0,647	0,023	0,119	0,022	0,000	0,189	0,000