

návrh
VYHLÁŠKA

ze dne 2014

o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015

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

§ 1

Tato vyhláška stanoví pro rok 2015 hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb poskytovaných pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), a dále hrazených služeb poskytovaných pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarské konfederace podle přímo použitelných předpisů Evropské unie upravujících koordinaci systémů sociálního zabezpečení¹⁾ a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast hrazených služeb²⁾, (dále jen „zahraniční pojištěnec“), a regulační omezení pro způsoby úhrady uvedené v § 3 až 15, poskytované těmito smluvními poskytovateli zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel“):

- a) poskytovateli lůžkové péče a poskytovateli zvláštní lůžkové péče podle § 22a zákona,
- b) poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,
- c) poskytovateli specializované ambulantní péče, poskytovateli hemodialyzační zdravotní péče a poskytovateli v odbornostech 903, 905, 919 a 927 podle vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami³⁾ (dále jen „seznam výkonů“),
- d) poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů,
- e) poskytovateli v oboru zubního lékařství,
- f) poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819, 820, 822 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen „vyjmenovaná odbornost“),

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

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

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

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

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

- 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 služby a poskytovateli pohotovostní služby v oboru zubní lékařství,
- j) poskytovateli lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravovnamí a
- k) poskytovateli lékárenské péče.

§ 2

(1) Referenčním obdobím se rozumí pro účely příloh č. 1, 3 až 8 k této vyhlášce rok 2013.

(2) Hodnoceným obdobím se rozumí pro účely příloh č. 1, 3 až 8 k této vyhlášce rok 2015.

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

(4) 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 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 počtem globálních unikátních pojištěnců rozumí 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.

(5) Při výpočtu celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za zdravotní výkony (dále jen „výkon“) za referenční období podle příloh č. 1, 3, 5 až 8 k této vyhlášce se těmito body rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2015, do nichž nejsou započítány body za hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.

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

§ 3

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

§ 4

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

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

§ 5

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

§ 6

Pro specializovanou ambulantní péči poskytovanou poskytovateli ambulantní zdravotní péče hrazenou podle seznamu výkonů a poskytovateli v odbornostech 903, 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 3 k této vyhlášce.

§ 7

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

§ 8

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

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

(3) Zdravotní pojišťovna omezí výši úhrady poskytovatelům v oboru zubní lékařství tak, aby celková výše nákladů zdravotní pojišťovny vynaložených na hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství v roce 2015 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 2013, zdravotní pojišťovna tento větší objem uhradí.

§ 9

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

§ 10

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

§ 11

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

§ 12

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické záchranné služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,11 Kč. Je-li s hrazenými službami podle věty první vykázán zároveň výkon č. 79205 podle seznamu výkonů nebo jedná-li se o hrazené služby poskytované poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče, stanoví se pro tyto hrazené služby hodnota bodu ve výši 1,10 Kč.

§ 13

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

§ 14

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v rámci lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,95 Kč.

§ 15

(1) Pro komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána k 31. prosinci 2013, navýšené o 100 Kč. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu k 31. prosinci 2013 sjednána, stanoví se úhrada ve výši 1050 Kč.

(2) Pro komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro děti a dorost do 18 let poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána k 31. prosinci 2013, navýšené o 300 Kč. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu k 31. prosinci 2013 sjednána, stanoví se úhrada ve výši 1350 Kč.

(3) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána k 31. prosinci 2013. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu k 31. prosinci 2013 sjednána, stanoví se úhrada ve výši 380 Kč.

(4) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro děti a dorost do 18 let poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána k 31. prosinci 2013. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu k 31. prosinci 2013 sjednána, stanoví se úhrada ve výši 480 Kč.

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

(6) Pro hrazené služby poskytované v ozdravovnách se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána k 31. prosinci 2013, navýšené o 100 Kč. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu k 31. prosinci 2013 sjednána, stanoví se úhrada ve výši 740 Kč.

§ 16

Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada 30 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09543 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí třicetinásobek počtu výkonů č. 09543 podle seznamu výkonů, ve znění účinném v referenčním období, vykázaných zdravotní pojišťovně v referenčním období. Tato úhrada se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby.

§ 17

Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09552 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 12 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09552 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí dvanáctinásobek počtu receptů v referenčním období, na jejichž základě byl vydán léčivý přípravek částečně nebo plně hrazený z veřejného zdravotního pojištění.

§ 18

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2015.

Ministr:

Hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení podle § 4**A) Hrazené služby podle § 4 odst. 1**

1. Úhrada poskytovateli v roce 2015 zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady, úhradu formou případového paušálu a úhradu za ambulantní péči (dále jen „ambulantní složka úhrady“). Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2013, poskytovatelem vykázané do 31. května 2014 a zdravotní pojišťovnou uznané do 30. září 2014. Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2015, poskytovatelem vykázané do 31. března 2016 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2016.
2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

2.1. Výše a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace hospitalizovaných pacientů⁴⁾ (dále jen „Klasifikace“) do bazí 0501, 0507, 0511, 0516, 0522, 0523, 0524, 0526, 0527 a 0528 uvedených v příloze č. 9 k této vyhlášce (dále jen „vyjmenované baze“) se sjedná ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady může zahrnovat jiné hrazené služby, než je uvedeno ve větě první; v takovém případě se tato úhrada, stejně jako hrazené služby zařazené podle Klasifikace do vyjmenovaných bazí, nezapočítávají do úhrady uvedené v bodě 3.

Nedojde-li k dohodě o výši úhrady individuálně smluvně sjednané složky úhrady mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou do 30. dubna 2015, zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu ve výši $ÚHR_{ZZ}^{ho}$ vypočtené takto:

$$ÚHR_{ZZ}^{ho} = \min \left(\sum_{i=1}^n \left\{ PP_{i,ZZ}^{ho} * \frac{ÚHR_{i,ZZ}^{2014}}{PP_{i,ZZ}^{2014}} \right\}; 0,85 * \sum_{i=1}^n ÚHR_{i,ZZ}^{2014} \right)$$

kde

$ÚHR_{ZZ}^{ho}$	Maximální úhrada poskytovateli v hodnoceném období.
$PP_{i,ZZ}^{ho}$	Počet případů u daného poskytovatele ve vyjmenované bazi v hodnoceném období, kde $i = 1$ až n , kde n je počet vyjmenovaných bazí.
$ÚHR_{i,ZZ}^{2014}$	Celková úhrada poskytovateli za vyjmenovanou bazi v roce 2014, kde $i = 1$ až n , kde n je počet vyjmenovaných bazí.
$PP_{i,ZZ}^{2014}$	Počet případů u daného poskytovatele ve vyjmenované bazi v roce 2014 kde $i = 1$ až n , kde n je počet vyjmenovaných bazí.

⁴⁾ Sdělení ČSÚ č./2014 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG).

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

Celková poskytnutá výše úhrady za všechny vyjmenované baze poskytnutá zdravotní pojišťovnou všem poskytovatelům v souhrnu činí nejméně 85% úhrady vyjmenovaných bazí v roce 2014.

$$\sum_{zz=1}^q \dot{U}HR_{i,zz}^{ho} \geq 0,85 * \sum_{zz=1}^q \dot{U}HR_{i,zz}^{2014}$$

kde

$\dot{U}HR_{i,zz}^{2014}$ Celková úhrada zdravotní pojišťovny všem poskytovatelům v součtu za vyjmenovanou bazi i v roce 2014, kde $i = 1$ až n , kde n je celkový počet vyjmenovaných bazí. Dolní index zz označuje poskytovatele dané zdravotní pojišťovny, $zz = 1$ až q , kde q je celkový počet poskytovatelů dané zdravotní pojišťovny.

2.2 Výše úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely (dále jen „léčivý přípravek“) označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění, se stanoví podle poskytovatelem vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného léčivého přípravku, maximálně však ve výši uvedené v bodech 2.2.1 až 2.2.5:

2.2.1 Pro onemocnění:

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

se stanoví maximální úhrada na jednoho unikátního pojištěnce ve výši 100 % dvanáctinásobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2014, během nichž byla léčba poskytována. Maximální úhrada na unikátního pojištěnce se vypočte takto:

$$Uhr_{max} = 12 * \frac{Uhr_{i,2014}}{M_{i,2014}}$$

kde:

i	nabývá hodnot 1 až n , kde n je počet výše uvedených onemocnění
Uhr_{max}	je maximální úhrada v roce 2015 na jednoho unikátního pojištěnce pro onemocnění i
$Uhr_{i,2014}$	je celková úhrada v roce 2014 za léčbu onemocnění i
$M_{i,2014}$	je součet měsíců, po které byla léčba onemocnění i poskytována každému jednotlivému pojištěnci s tímto onemocněním v roce 2014.

2.2.2 Pro onemocnění:

- revmatoidní artritida,
- Bechtěrevova choroba,
- psoriatická artritida,
- Crohnova choroba,
- colitis ulcerosa,
- psoriáza těžká,
- plicní arteriální hypertenze,
- astma,
- Parkinsonova choroba a
- juvenilní artritida

se stanoví maximální úhrada ve výši 98 % dvanáctinásobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2014, během nichž byla léčba poskytována, vynásobené 108 % počtu unikátních pojištěnců léčených v roce 2014. Maximální úhrada se vypočte takto:

$$Uhr_{max} = \sum_{i=1}^n \left(0,98 * 12 * \frac{Uhr_{i,2014}}{M_{i,2014}} * UOP_{i,2014} * 1,08 \right)$$

i	nabývá hodnot 1 až n , kde n je počet výše uvedených onemocnění
Uhr_{max}	je maximální úhrada v roce 2015
$Uhr_{i,2014}$	je celková úhrada v roce 2014 za léčbu onemocnění i
$M_{i,2014}$	je součet měsíců, po které byla léčba onemocnění i poskytována každému jednotlivému pacientovi s tímto onemocněním v roce 2014

$UOP_{i,2014}$ je počet unikátních pojištěnců léčených v roce 2014 na příslušné onemocnění uvedené v písmenech a) až j).

- 2.2.3 Pro onemocnění roztroušená skleróza se stanoví maximální úhrada ve výši 98 % dvanáctinásobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2014, během nichž byla léčba poskytována, vynásobené 108 % počtu unikátních pojištěnců léčených v roce 2014. Maximální úhrada se vypočte takto:

$$Uhr_{max} = 0,98 * 12 * \frac{Uhr_{2014}}{M_{2014}} * UOP_{2014} * 1,08$$

Uhr_{max} je maximální úhrada v roce 2015

Uhr_{2014} je celková úhrada v roce 2014 za léčbu onemocnění roztroušená skleróza

M_{2014} je součet měsíců, po které byla léčba onemocnění roztroušená skleróza poskytována každému jednotlivému pacientovi s tímto onemocněním v roce 2014

UOP_{2014} je počet unikátních pojištěnců léčených v roce 2014 na onemocnění roztroušená skleróza.

- 2.2.4 Pro onemocnění HIV/AIDS, hereditární angioedém a pro léčbu 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 referenčním období.

- 2.2.5 Pro onemocnění neuvedená v bodech 2.2.1 až 2.2.4 se stanoví maximální úhrada ve výši 98 % dvanáctinásobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2014, během nichž byla léčba poskytována, vynásobené 102 % počtu unikátních pojištěnců, kterým byl v roce 2014 léčivý přípravek na některé z onemocnění neuvedených v bodech 2.2.1 až 2.2.4 podán. Maximální úhrada se vypočte takto:

$$Uhr_{max} = \sum_{i=1}^n \left(0,98 * 12 * \frac{Uhr_{i,2014}}{M_{i,2014}} * UOP_{i,2014} * 1,02 \right)$$

i nabývá hodnot 1 až n , kde n je počet onemocnění spadajících do bodu 2.2.5

Uhr_{max} je maximální úhrada v roce 2015

$Uhr_{i,2014}$ je celková úhrada v roce 2014 za léčbu onemocnění i

$M_{i,2014}$ je součet měsíců, po které byla léčba onemocnění i poskytována každému jednotlivému pacientovi s tímto onemocněním v roce 2014

$UOP_{i,2014}$ je počet unikátních pojištěnců léčených v roce 2014 na příslušné onemocnění spadající do bodu 2.2.5.

2.2.6 Úhrada za léčivé přípravky poskytnuté pojištěncům na léčbu v hodnoceném období nad celkový limit úhrady stanovený podle bodů 2.2.1 až 2.2.5 se uhradí po předchozí dohodě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem.

2.2.7 Do celkového limitu úhrady stanoveného podle bodů 2.2.1 až 2.2.5 se započítávají i léčivé přípravky předepsané v referenčním období na recept v případě, že v hodnoceném období jsou tyto léčivé přípravky vykazovány jako zvlášť účtované léčivé přípravky a současně pokud v hodnoceném období dále splňují podmínky pro léčivé přípravky označené symbolem „S“ podle vyhlášky č. 376/2011 Sb.

3. Úhrada formou případového paušálu

3.1 Případy hospitalizací se při výpočtu $CM_{2013,010}$ a $CM_{red,2013,010}$ rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro Klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných pro rok 2013. Případy hospitalizací se při výpočtu $CM_{red,2015,012}$, $CM_{2015,012}$, $CM_{red,2013,012}$ a $CM_{2013,012}$ rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro Klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných pro rok 2015.

3.2 Léčivé přípravky vyjmuté z platby případovým paušálem a uvedené v příloze č. 14 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich jednotkové ceny v roce 2014.

3.3 Pro výkony doprovodu č. 00031, 00032 a 31130 podle seznamu výkonů se stanoví paušální úhrada ve výši 100 Kč.

3.4 Pro výkon ošetrovací den zvýšené psychiatrické péče č. 00085 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu 1 Kč.

3.5 Za každý vykázaný výkon č. 09544 podle seznamu výkonů náleží poskytovateli částka 100 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09544 podle seznamu výkonů nepřekročí stonásobek počtu výkonů č. 09544 podle seznamu výkonů, ve znění účinném v referenčním období, vykázaných zdravotní pojišťovně v referenčním období.

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

3.7 Úhrada formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a stanoví se až do výše $CELK_{PU_{drg,2015}}$ podle výrazu (i), kdy individuální paušální úhrada (IPU) je poměrně snížena, nedojde-li k dosažení alespoň 104 % uhrazené produkce referenčního období ($CM_{red,2013,012}$) vážené koeficientem přechodu pojištěnců (K_p), a od poměrně snížené individuální paušální úhrady je odečtena úhrada za vyžádanou extramurální péči v hodnoceném období (EM_{2015}). Výše $CM_{red,2013,012}$ se stanoví podle výrazu (ii).

Individuální paušální úhrada (IPU) se vypočte podle výrazu (iii) jako referenční produkce ($KS_CM_{drg,2013,010}$) vážená koeficienty specializace zdravotních služeb podle výrazu (iv), násobená technickou základní sazbou (TZS) a koeficientem přechodu pojištěnců (Kp_p). Takto vypočtená paušální úhrada neklesne pod 102 % úhrady referenčního období ($PU_{drg,2013}$) násobené koeficientem přechodu pojištěnců (Kp_p) a zároveň nepřekročí 145 % úhrady referenčního roku ($PU_{drg,2013}$) násobené koeficientem přechodu pojištěnců (Kp_p).

Objem produkce hodnoceného období ($CM_{red,2015,012}$) se stanoví podle výrazu (v) tak, že do výše 105 % průměrné referenční produkce na případ $\left(\frac{CM_{2013,012}}{PP_{drg,2013}}\right)$ násobené počtem případů v hodnoceném období ($PP_{drg,2015}$) je brána plná hodnota ($CM_{2015,012}$) a nad tuto hranici je objem produkce poměrně snížen v závislosti na výši nedosažení potřebného počtu případů ($PP_{drg,2015}$).

Výpočet všech výše uvedených složek úhrady se provede takto:

$$(i) \text{ CELK } PU_{drg,2015} = \min \left\{ 1; \frac{CM_{red,2015,012}}{1,04 * Kp_p * CM_{red,2013,012}} \right\} * IPU - EM_{2015},$$

kde:

$$(ii) \text{ } CM_{red,2013,012} = CM_{2013,012} * CM_{red,2013,010} / CM_{2013,010}$$

a kde IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

$$(iii) \text{ } IPU = \min \left\{ 1,45 * Kp_p * PU_{drg,2013}; \max \left\{ 1,02 * Kp_p * PU_{drg,2013}; KS_CM_{drg,2013,010} * TZS * Kp_p \right\} \right\},$$

kde:

$$(iv) \text{ } KS_CM_{drg,2013,010} = \sum_{i=1}^n KS_{p,i} * CM_{2013,010}$$

$CM_{2013,010}$ 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. 10 k této vyhlášce vynásobených indexy 2013.

$KS_{p,i}$ koeficient specializace jednotlivých skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.

Kp_p koeficient změny podílu počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele na celkovém počtu pojištěnců čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele mezi 1. lednem 2015 a 1. lednem 2013, přičemž jednotliví pojištěnci jsou váženi jejich náklady na akutní lůžkovou péči v referenčním období; pokud došlo v referenčním období nebo v roce 2014 ke sloučení dvou či více zdravotních pojišťoven, jde o koeficient změny podílu počtu pojištěnců všech sloučených zdravotních pojišťoven. Tento koeficient se stanoví jako index změny počtu pojištěnců váženého náklady na akutní

lůžkovou péči příslušné zdravotní pojišťovny v kraji poskytování hrazených služeb mezi 1. lednem 2013 a 1. lednem 2015, přičemž tyto koeficienty změny váženého počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle krajů České republiky jsou uvedeny v příloze č. 12 k této vyhlášce.

$PU_{drg,2013}$ 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. 10 k této vyhlášce, včetně vypořádání regulačních omezení s výjimkou regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, zvýšené o hodnotu vyžádané extramurální péče oceněné hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky. Pokud je poskytovatel v průběhu celého hodnoceného období držitelem certifikátu kvality a bezpečí podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, může mu zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu IPU zvýšit $PU_{drg,2013}$ až o jedno procento.

TZS je technická základní sazba stanovená na 28 600 Kč.

$CM_{2013,012}$ 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. 10 k této vyhlášce vynásobených indexy 2015.

$CM_{red,2013,010}$ je počet případů hospitalizací ukončených v referenčním období, zdravotní pojišťovnou uznaných a uhrazených, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce vynásobených indexy 2013.

EM_{2015} je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

a kde:

$$(v) \quad CM_{red,2015,012} = \min \left\{ CM_{2015,012}; (CM_{2015,012})^{0,2} * (1,05 * PP_{drg,2015} * \left(\frac{CM_{2013,012}}{PP_{drg,2013}} \right)^{0,8} \right\},$$

a kde:

- $CM_{2015,012}$ 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, vynásobených indexy 2015.
- $PP_{drg,2015}$ 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.
- $CM_{2013,012}$ 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, vynásobených indexy 2015.
- $PP_{drg,2013}$ 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.
- min funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejnižší.
- max funkce maximum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejvyšší.

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

specializovanou ambulantní zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů a poskytovatele v odbornostech 903, 905, 919 a 927 nepoužijí.

- 5.3. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v části A) bodu 1 přílohy č. 4 k této vyhlášce, s výjimkou regulačních omezení uvedených v části B) přílohy č. 4 k této vyhlášce, která se pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 nepoužijí.
- 5.4. Pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů se výsledná hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodů 1 a 2 přílohy č. 5 k této vyhlášce.
- 5.5. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 911, 914, 921 a 925 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se výsledná hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodů 1 a 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce.
- 5.6. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se výsledná hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodů 1 a 2 přílohy č. 7 k této vyhlášce.
- 5.7. Pro výkony poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby hrazené podle seznamu výkonů se výsledná hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodu 1 přílohy č. 8 k této vyhlášce.
- 5.8. Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle § 8.
- 5.9. Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby se hradí podle § 14.
- 5.10. Maximální úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodů 5.1 až 5.9 se stanoví ve výši:

$$\dot{U}hr_amb_{max} = \dot{U}hr_amb_{2013} * 1,05 * Kp_p$$

kde:

$\dot{U}hr_amb_{max}$ je maximální celková úhrada poskytovateli za hrazené služby, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaného materiálu, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 14 k této vyhlášce, poskytnuté v hodnoceném období podle odstavců 5.1 až 5.9.

$\dot{U}hr_amb_{2013}$ se vypočte jako součet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle odstavců 5.1 až 5.9 vynásobených hodnotami bodu platnými v hodnoceném období a úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období 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. 14 k této vyhlášce.

Kp_p je koeficient změny podílu počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele na celkovém počtu pojištěnců čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele mezi 1. lednem 2015 a 1. lednem 2013, přičemž jednotliví pojištěnci jsou váženi jejich náklady na ambulantní péči v referenčním období; pokud došlo v referenčním období

nebo v roce 2014 ke sloučení dvou či více zdravotních pojišťoven, jde o koeficient změny podílu počtu pojištěnců všech sloučených zdravotních pojišťoven. Tento koeficient se stanoví jako index změny počtu pojištěnců váženého náklady na ambulantní péči příslušné zdravotní pojišťovny v kraji poskytování hrazených služeb mezi 1. lednem 2013 a 1. lednem 2015, přičemž tyto koeficienty změny váženého počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle krajů České republiky jsou uvedeny v příloze č. 13 k této vyhlášce;

- 5.11. Pro nasmlouvaný výkon č. 09563 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč a pro nasmlouvaný výkon č. 88101 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč. Výkony uvedené ve větě první zdravotní pojišťovna nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 5.1 až 5.10.
- 5.12. Léčivé přípravky uvedené v příloze č. 14 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich jednotkové ceny v roce 2014.
6. 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.
7. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši vypočtené z údajů o poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených službách poskytnutých v referenčním období při použití výše úhrady a regulačních omezení stanovených touto vyhláškou, včetně koeficientu přechodu pojištěnců KP_p podle příloh č. 12 a 13 k této vyhlášce, a to ve výši jedné dvanáctiny. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zahrne změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb dohodnuté podle bodu 6, včetně změny počtu hospitalizací, počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Hrazené služby podle § 4 odst. 2

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

- a) Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetrovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného ošetrovacího dne včetně režie přiřazené k ošetrovacímu dni a kategorie pacienta podle seznamu výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, a výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření podle seznamu výkonů.
- b) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období, s výjimkou paušální sazby za ošetrovací den 00022 a 00027 podle seznamu výkonů, se stanoví ve výši 107 % paušální sazby za jeden den hospitalizace, která byla sjednána k 31. prosinci 2013.
- c) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období za ošetrovací den 00022 a 00027 se pro kategorii pacienta 0, 1 nebo 2 podle seznamu výkonů stanoví ve výši 107 % paušální sazby za jeden den hospitalizace, která byla sjednána k 31. prosinci 2013 a pro kategorii pacienta 3 nebo 4 podle seznamu výkonů ve výši 110 % paušální sazby za jeden den hospitalizace, která byla sjednána k 31. prosinci 2013.

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

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 (HB) stanoví ve výši 0,95 Kč.
- b) Pro zvláštní ambulantní péči poskytovanou podle § 22 písm. c) zákona hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví výsledná hodnota bodu (HB_{red}). Výsledná hodnota bodu je součtem variabilní složky úhrady a fixní složky úhrady:

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

kde

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

FS je fixní složka úhrady podle písmene c)

VS je variabilní složka úhrady spočtená podle vzorce:

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

kde:

HB hodnota bodu podle písmene c)

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

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

UOP_{ref} počet unikátních pojištěnců v referenčním období

UOP_{ho} počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513

min funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejnižší

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

Pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb pojištěncům, na které vykázal více bodů, než je jeho referenční průměr na jednoho unikátního pojištěnce, na jejichž základě došlo v hodnoceném období k překročení referenčního průměrného

počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce (PB_{ref}/UOP_{ref}), nezapočítá se pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu (HB_{red}) počet bodů za tyto hrazené služby do celkového počtu bodů v hodnoceném období (PB_{no}).

3. Zvláštní lůžková péče

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

C) Regulační omezení

1. Regulační omezení úhrady formou případového paušálu

1.1. Regulační omezení uvedená v bodě 1.2 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v těchto případech:

- Pokud zdravotní pojišťovna sdělila poskytovateli do 30. dubna 2015 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
- Pokud zdravotní pojišťovna oznámila poskytovateli nejpozději týden před započítáním revize, jestli se bude jednat o revizi náhodného vzorku případů či o revizi vybraných jednotlivých případů.

1.2. Pokud zdravotní pojišťovna zjistí při kontrole odchylky od pravidel ve vykazování a kódování podle Klasifikace, v jejichž důsledku došlo k nesprávnému zařazení případu do DRG skupiny s vyšší hodnotou relativní váhy u konkrétního poskytovatele, sníží poskytovatelem vykázaný a pojišťovnou uznaný CM takto:

- při revizi jednotlivého případu sníží CM o:

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

nebo

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

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

nebo

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

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

kde:

CM baze součet relativních vah příslušné DRG baze

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

DRG skupina skupina ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace⁴⁾

Relativní váha index 2015, který je uvedený pro každou DRG skupinu v příloze č. 9 a 10 k této vyhlášce

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

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

CM_{revidovaný} počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace⁴⁾ zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10 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 2015 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, vyjma vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem;
- (iii) Počet globálních unikátních pojištěnců ošetřených v odbornostech uvedených v části A) bodu 5.1 až 5.3 přílohy č. 1 k této vyhlášce.

2.2 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho globálního unikátního pojištěnce

ošetřeného v odbornostech uvedených v části A) bodu 5.1 až 5.3 přílohy č. 1 k této vyhlášce vyšší než 100 % průměrné úhrady v referenčním období za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v části A) bodu 5.1 až 5.3 přílohy č. 1 k této vyhlášce, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513. Do regulačního omezení se nezahrnují léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky schválené revizním lékařem. Vystaví-li poskytovatel v hodnoceném období alespoň 50 % lékařských předpisů v elektronické podobě, použije se jako hranice pro snížení celkové úhrady podle věty první částka 105 % průměrné úhrady v referenčním období za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v části A) bodu 5.1 až 5.3 přílohy č. 1 k této vyhlášce.

- 2.3 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, vyjma vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v části A) bodu 5.1 až 5.3 přílohy č. 1 k této vyhlášce vyšší než 100 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, vyjma vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v části A) bodu 5.1 až 5.3 přílohy č. 1 k této vyhlášce v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 55 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2015 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.

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) 52 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 2 dny v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu,
 - b) 49 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, kteří poskytují 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) 47 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, kteří neposkytují hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a) nebo b),
 - d) 49 Kč pro poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, kteří neposkytují hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a),

Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte jako součin počtu poskytovatelem registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 7 a indexů podle bodu 7.

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

č. výkonu	Název
01023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVÁZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM ²
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU

09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
44239	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ BÉRCOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BÉREC)
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

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

č. výkonu	Název
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
02023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ DO 6 LET
02024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ DO 6 LET
02033	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ NAD 6 LET
02034	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ NAD 6 LET
06111	KOMPLEX - VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA SESTROU VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ
06119	KOMPLEX - ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU
06121	KOMPLEX - LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ
06123	KOMPLEX - EDUKACE, REEDUKACE, OŠETŘOVATELSKÁ REHABILITACE
06125	KOMPLEX - KLYSMA, VÝPLACHY, CÉVKOVÁNÍ, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATETRŮ
06127	KOMPLEX - APLIKACE INHALAČNÍ A LÉČEBNÉ TERAPIE P. O., S. C., I. M., I. V., UV, EVENT.DALŠÍ ZPŮSOBY APLIKACE TERAPIE ČI INSTILACE LÉČIV
06129	NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U Dospělého ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09221	INFÚZE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09235	ODSTRANĚNÍ MALÝCH LÉZÍ KŮŽE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM ²
09253	UVOLNĚNÍ PREPUCIA, VČETNĚ NEOPERAČNÍ REPOZICE PARAFIMOZY
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

4. Pro 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.

5. Pro výkony č. 01021, 01022, 02021, 02022, 02031, 02032 a výkony očkování č. 02125 a 02130 se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč. Hodnota bodu výkonů pravidelného očkování č. 02100 a 02105 se stanoví ve výši 1,10 Kč.
6. Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
7. Věkové skupiny a indexy, které vyjadřují poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let:

Věková skupina	Index
0 – 4 roky	3,91
5 – 9 let	1,70
10 – 14 let	1,35
15 – 19 let	1,00
20 – 24 let	0,90
25 – 29 let	0,95
30 – 34 let	1,00
35 – 39 let	1,05
40 – 44 let	1,05
45 – 49 let	1,10
50 – 54 let	1,35
55 – 59 let	1,45
60 – 64 let	1,50
65 – 69 let	1,70
70 – 74 let	2,00
75 – 79 let	2,40
80 – 84 let	2,90
85 a více let	3,40

B) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

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

3. Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se body 4 až 7 části A) použijí obdobně.

C) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

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

D) Regulační omezení

- 1.1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek skupiny 2 – Pomůcky pro inkontinentní, uvedených v oddíle C přílohy č. 3 zákona (dále jen „pomůcky pro inkontinentní“) předepsané poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v hodnoceném období, převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a zároveň pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní, předepsané poskytovatelem v hodnoceném období převyší 100 % celkové úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovatelem v roce 2014, 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 změny struktury ošetřených pojištěnců, použijí se regulační omezení podle věty první přiměřeně. Vystaví-li poskytovatel v hodnoceném období alespoň 50 % lékařských předpisů v elektronické podobě, použije se jako hranice pro snížení celkové úhrady podle věty první částka 105 % celkové úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovatelem v roce 2014.
- 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, převyší 110 % celostátní průměrné úhrady za pomůcky pro inkontinentní a zároveň pokud celková úhrada za pomůcky pro inkontinentní, předepsané poskytovatelem v hodnoceném období převyší 100 % celkové úhrady za pomůcky pro inkontinentní předepsané poskytovatelem v roce 2014, 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 CRP (č. 02230) a INR (č. 01443) podle seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, s výjimkou výkonů mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního

hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděných poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v roce 2015, převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů a zároveň pokud celková úhrada za poskytovatelem vyžádanou péči a za výkony CRP (č. 02230) a INR (č. 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 převyší 100% celkové úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů v roce 2014, 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 roce 2015, převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči v odbornosti 902 a zároveň pokud celková úhrada za poskytovatelem vyžádanou péči v odbornosti 902 v hodnoceném období převyší 100% celkové úhrady za poskytovatelem vyžádanou péči v odbornosti 902, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 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 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na příslušný druh hrazených služeb na rok 2015 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 2015 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2015 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 2015 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2015 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 2015 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2015 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 2015 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 2015.

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 výslednou hodnotou bodu (HB_{red}) ve výši hodnoty bodu (HB):
 - a) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů vykazující výkony odbornosti 910 – psychoterapie podle seznamu výkonů společně s ošetřovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů a pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 901 – klinická psychologie nebo v odbornosti 931 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 1,08 Kč.
 - b) Pro poskytovatele poskytující hemodialyzační péči se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,90 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 18530 a 18550 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,75 Kč.
 - c) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 927 – ortoptista podle seznamu výkonů, poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 903 – klinická logopedie podle seznamu výkonů, poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 905 – zrakový terapeut podle seznamu výkonů a poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 919 – adiktolog podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 1 Kč.
 - d) Pro výkony č. 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633 podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 – radiační onkologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,68 Kč.
 - e) 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 (HB) ve výši 0,68 Kč.
 - f) Pro výkony č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950, vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti gastroenterologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 1,03 Kč a pro poskytovatele poskytujícího novorozenecký screening se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 1 Kč.
2. Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči neuvedenou v bodě 1 se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu (HB_{red}). Hodnota bodu (HB) se stanoví ve výši 1,03 Kč, fixní složka úhrady (FS) se stanoví ve výši 0,31 Kč a výsledná hodnota bodu (HB_{red}) se stanoví takto: .

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

kde

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

FS je fixní složka úhrady

VS je variabilní složka úhrady spočtená podle vzorce:

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

kde:

HB je hodnota bodu

PB_{ref} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období, do něhož se nezapočte 45 % bodů uhrazených v referenčním období ve snížené hodnotě bodu

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

UOP_{ref} počet unikátních pojištěnců v referenčním období

UOP_{ho} počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázan pouze výkon č. 09513

min funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejmenší

3. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo neposkytoval péči v dané odbornosti, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu průměrné počty bodů na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
4. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti k nárůstu průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se objem počtu bodů podle bodu 2 navýší o počet bodů, který odpovídá poskytovatelem vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným nově nasmlouvaným výkonům.
5. Výpočet výsledné hodnoty bodu 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,
 - c. u výkonu č. 09555.

V těchto případech se výkony hradí výslednou hodnotou bodu (HB_{red}) 1,03 Kč.

6. 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, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Regulační omezení

1. Regulační omezení uvedená v bodech 2 až 4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2015 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
 - (i) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;
 - (ii) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
 - (iii) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.
2. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které 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. Vystaví-li poskytovatel v hodnoceném období alespoň 50 % lékařských předpisů v elektronické podobě, použije se jako hranice pro snížení celkové úhrady podle věty první částka 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období.
4. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období 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 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 2015 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 bodu 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál u poskytovatelů specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevyší u příslušné zdravotní pojišťovny 100 % úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
7. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2015 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
8. Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2015 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
9. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví; ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech.
10. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, nebo neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
11. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 2 až 4. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
12. 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.

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

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 7

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,07 Kč.
2. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornosti 603 nebo 604 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

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

kde:

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

PUROo 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.

3. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se úhrada stanoví podle bodu 1.
4. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
5. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 2 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných 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.
6. Zdravotní pojišťovna při vyúčtování uhradí případy, kdy k nárůstu nákladů dojde v důsledku nárůstu počtu těhotných pojištěnek.
7. Zdravotní pojišťovna dále uhradí případy, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšené průměrné náklady na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti byly způsobeny změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.
8. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši jedné dvanáctiny 100 % objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Regulační omezení

1. Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech.
 - 1.1 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší, než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona. Vystaví-li poskytovatel v hodnoceném období alespoň 50 % lékařských předpisů v elektronické podobě, použije se jako hranice pro snížení celkové úhrady podle věty první částka 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období.
 - 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 a kolorektálního karcinomu, 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 2015 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
3. Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1 nebo 1.2.
4. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.1, pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v roce 2015 nepřevýší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2015 vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.
5. 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 2015 vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.
6. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.

7. V případě, že poskytovatel v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, nebo neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, zdravotní pojišťovna použije pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
8. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za zdravotní výkony, snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
9. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1 a 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.
10. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek s úhradou vyšší než 15 000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se tato úhrada do výpočtu regulačních omezení podle bodu 1.1.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 9

1. Pro nasmlouvané výkony mamografického screeningu a screeningu děložního hrdla podle seznamu výkonů se stanoví výsledná hodnota bodu (HB_{red}) ve výši hodnoty bodu (HB) 1,03 Kč.
2. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu (HB):
 - a. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 809 a v odbornosti 810 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 1,05 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,37 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 89711 až 89725 a č. 89611 až 89619, podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,67 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,37 Kč.
 - b. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 812 až 815, 818, 819 a 822 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,70 Kč. V případě, že poskytovatel neprokáže, že je v hodnoceném období držitelem osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo osvědčení o auditu II NASKL, hodnota bodu (HB) podle věty první se stanoví ve výši 0,55 Kč. V případě, že poskytovatel získal osvědčení v průběhu hodnoceného období, stanoví se hodnota bodu podle věty první ode dne platnosti osvědčení.
 - c. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 807, 816, 817 a 823 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,50 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,20 Kč. V případě, že poskytovatel neprokáže, že je v hodnoceném období držitelem osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo osvědčení o auditu II NASKL, hodnota bodu podle věty první se stanoví ve výši 0,40 Kč. V případě, že poskytovatel získal osvědčení v průběhu hodnoceného období, stanoví se hodnota bodu podle věty první ode dne platnosti osvědčení.
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 (HB_{red}). Výsledná hodnota bodu je součtem variabilní složky úhrady a fixní složky úhrady:

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

kde:

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

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

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

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

kde:

HB – hodnota bodu podle bodu 2 písm. a)

PB_{ref} – celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období, které nebyly uhrazeny ve snížené hodnotě bodu

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

UOP_{ref} – počet unikátních pojištěnců v referenčním období

UOP_{ho} – počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období

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

$$\text{POP}_{icz} \times \text{PURO}_{icz}$$

kde:

POP_{icz} počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených poskytovatelem v odbornostech uvedených v bodu 2 písm. b) a c) v hodnoceném období,

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

5. Celková výše úhrady se stanoví pro každou skupinu odborností uvedených v bodě 2 písm. b) a c) zvlášť.
6. U poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, neměl v referenčním období smlouvu se zdravotní pojišťovnou nebo pokud poskytovatel v dané odbornosti v referenčním období hrazené služby neposkytoval, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady podle bodů 3 a 4 průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
7. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům a v případě, že poskytovatel v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil méně než 50 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 v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady 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.
9. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 100 % objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 10

1. Pro výkony dopravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů se stanoví výsledná hodnota bodu (HB_{red}) ve výši hodnoty bodu (HB) 0,90 Kč.
2. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu (HB_{red}). Výsledná hodnota bodu je součtem variabilní složky úhrady a fixní složky úhrady:

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

kde

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

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

VS je variabilní složka úhrady spočtená podle vzorce:

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

kde:

HB je hodnota bodu podle písmen a) a b)

PB_{ref} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období, které nebyly uhrazeny ve snížené hodnotě bodu

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

UOP_{ref} počet unikátních pojištěnců v referenčním období

UOP_{ho} počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513

min funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejnižší

- a) Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornosti 925 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 1 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,70 Kč.
 - b) Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornosti 911, 914, 916 a 921 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,90 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,63 Kč.
3. Pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb pojištěncům, na které vykázal více bodů, než je jeho referenční průměr na jednoho unikátního pojištěnce, na jejichž základě došlo v hodnoceném období k překročení referenčního průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce (PB_{ref}/UOP_{ref}), nezapočítá se pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu (HB_{red}) počet bodů za tyto hrazené služby do celkového počtu bodů v hodnoceném období (PB_{ho}).

4. 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.
5. Pokud poskytovatel ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců v referenčním období, stanoví se výsledná hodnota bodu (HB_{red}) ve výši hodnoty bodu (HB) podle bodu 2 písm. a) a b).
6. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, nebo u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu podle bodu 2 průměrný počet bodů na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
7. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 105 % objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 11

1. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů se pro výkony přepravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů výsledná hodnota bodu (HB_{red}) stanoví ve výši hodnoty bodu (HB) 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 výslednou hodnotou bodu (HB_{red}). Hodnota bodu (HB) se stanoví ve výši 0,80 Kč, fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,40 Kč a výsledná hodnota bodu (HB_{red}) takto:

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

kde

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

FS je fixní složka úhrady

VS je variabilní složka úhrady spočtená podle vzorce:

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

kde:

HB je hodnota bodu

PB_{ref} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období, které nebyly uhrazeny ve snížené hodnotě bodu

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

UOP_{ref} počet unikátních pojištěnců v referenčním období

UOP_{ho} počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513

min funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejmenší

3. Pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb pojištěncům, na které vykázal více bodů, než je jeho referenční průměr na jednoho unikátního pojištěnce, na jejichž základě došlo v hodnoceném období k překročení referenčního průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce (PB_{ref}/UOP_{ref}), nezapočítá se pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu (HB_{red}) počet bodů za tyto hrazené služby do celkového počtu bodů v hodnoceném období (PB_{ho}).
4. 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.

5. Pokud poskytovatel ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců v referenčním období, stanoví se výsledná hodnota bodu (HB_{red}) ve výši hodnoty bodu (HB) podle bodu 2.
6. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 13

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

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

kde

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

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

VS je variabilní složka úhrady spočtená podle vzorce:

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

kde:

HB je hodnota bodu podle písmen a) a b)

PB_{ref} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období, které nebyly uhrazeny ve snížené hodnotě bodu

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 vykázan výkon přepravy na základě příkazu ke zdravotnímu transportu

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

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

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

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

Skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace s indexy těchto skupin

Baze	IR-DRG ⁴⁾	Název skupiny	Index 2015	Index 2013
0501	05011	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE BEZ CC	13,3977	31,1412
0501	05012	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE S CC	14,1683	31,4609
0501	05013	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE S MCC	17,2009	32,5326
0507	05070	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU U AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU	5,0907	6,6439
0511	05111	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU BEZ CC	2,9492	4,31
0511	05112	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU S CC	3,3581	4,5586
0511	05113	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU S MCC	4,2280	5,3158
0516	05161	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU BEZ CC	2,2852	3,1662
0516	05162	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU S CC	2,4223	3,1662
0516	05163	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU S MCC	2,4604	3,1662
0522	05221	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	6,1971	9,3137
0522	05222	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	6,3880	10,2001
0522	05223	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	9,6231	10,2001
0523	05231	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	3,2821	5,0872
0523	05232	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	4,0204	5,7403
0523	05233	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	4,7213	5,8594
0524	05241	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	6,0504	6,8828
0524	05242	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	6,8727	7,3906

0524	05243	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	7,1955	8,7989
0526	05261	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	5,9480	8,5971
0526	05262	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	6,7752	9,4074
0526	05263	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	6,7752	9,5117
0527	05271	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	2,9366	4,4563
0527	05272	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	3,6685	4,8342
0527	05273	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	4,3670	5,6915
0528	05281	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	4,9820	6,1099
0528	05282	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	5,4860	6,1099
0528	05283	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	7,2516	8,1371

Skupiny vztahené k diagnóze podle Klasifikace s indexy těchto skupin

IR-DRG⁴⁾	Název skupiny	Index 2015	Index 2013	KSp
00011	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC BEZ CC	20,2989	26,1322	1,13
00012	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC S CC	22,6905	26,1322	1,13
00013	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC S MCC	30,2884	31,8367	1,13
00021	TRANSPLANTACE JATER BEZ CC	13,6501	16,7359	1,13
00022	TRANSPLANTACE JATER S CC	13,6501	16,7359	1,13
00023	TRANSPLANTACE JATER S MCC	17,1323	32,6533	1,13
00031	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC	15,8635	31,0787	2,43
00032	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC	27,5976	31,0787	2,43
00033	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC	27,5976	34,5925	2,43
00041	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) BEZ CC	13,4935	13,2752	1
00042	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S CC	13,4935	13,2752	1
00043	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S MCC	13,8681	15,6523	1
00051	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) BEZ CC	7,0935	7,2294	1
00052	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S CC	7,0935	7,2953	1
00053	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S MCC	7,7703	8,3296	1
00060	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1800 HODIN (VÍCE NEŽ 75 DNÍ)	81,2091	80,5404	1
00070	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ) S TRANSPLANTACÍ SRDCE, PLIC, JATER, KOSTNÍ DŘENĚ	110,4444	102,3751	2,43
00080	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (43-75 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	52,6309	58,0817	1
00090	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (43-75 DNÍ)	37,8735	43,6942	1
00100	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 504 HODIN (22-42 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	33,1500	36,6705	1
00110	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 504 HODIN (22-42 DNÍ)	22,9223	27,8249	1
00121	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	20,0536	19,5707	1,13
00122	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	20,0536	19,5707	1,13
00123	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE >	20,3392	22,1602	1,13

	240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC			
00131	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	12,3761	10,2243	1,13
00132	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	12,3761	10,2243	1,13
00133	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	12,6480	13,0692	1,13
00141	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC	5,4395	7,8944	2,43
00142	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC	5,8183	8,1651	2,43
00143	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC	7,2000	9,2647	2,43
00151	SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC	2,2380	1,4268	2,43
00152	SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC	2,8840	2,4802	2,43
00153	SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC	4,4022	4,2044	2,43
00161	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM BEZ CC	60,1461	26,355	2,43
00162	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM S CC	60,1461	26,355	2,43
00163	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM S MCC	60,1461	26,355	2,43
00171	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY BEZ CC	22,8077	19,1082	2,43
00172	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S CC	22,8077	19,1082	2,43
00173	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S MCC	22,8077	19,1082	2,43
00180	IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU PRO HLUBOKOU MOZKOVOU STIMULACI	25,4780		1
00181	IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU BEZ CC	0,0000	16,7002	1,13
00182	IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU S CC	0,0000	16,7002	1,13
00183	IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU S MCC	0,0000	16,7002	1,13
00190	IMPLANTACE JINÝCH NEUROSTIMULÁTORU A LÉKOVÉ PUMPY	11,3441		1
01011	KRANIOTOMIE BEZ CC	3,2886	3,7674	1,13
01012	KRANIOTOMIE S CC	4,5995	4,828	1,13
01013	KRANIOTOMIE S MCC	6,4973	6,5042	1,13
01021	SPINÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	2,4582	2,6284	1,13
01022	SPINÁLNÍ VÝKONY S CC	3,2223	4,8719	1,13
01023	SPINÁLNÍ VÝKONY S MCC	5,4600	8,3574	1,13
01031	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH BEZ CC	1,6901	2,1751	1,13
01032	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH	2,2838	2,5382	1,13

	S CC			
01033	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH S MCC	3,1957	2,9521	1,13
01041	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH BEZ CC	0,4486	0,4954	1
01042	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH S CC	0,6146	0,534	1
01043	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH S MCC	1,1317	0,5545	1
01051	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU BEZ CC	0,2354	0,1977	1
01052	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU S CC	0,3439	0,2265	1
01053	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU S MCC	0,3444	0,2265	1
01061	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,2430	1,2569	1
01062	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	2,5007	1,8541	1
01063	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	5,4183	3,7757	1
01070	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI MOZKOVÉM INFARKTU	7,1898		1
01080	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI JINÝCH ONEMOCNĚNÍCH NERVOVÉHO SYSTÉMU	3,9877		1
01301	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY BEZ CC	0,6232	0,5811	1
01302	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY S CC	1,0922	1,0253	1
01303	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY S MCC	2,3912	1,6578	1
01311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,6053	0,6063	1
01312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,7363	0,7254	1
01313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	1,1041	0,9713	1
01321	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE BEZ CC	0,4302	0,3832	1
01322	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE S CC	0,5644	0,4479	1
01323	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE S MCC	0,7790	0,6614	1
01331	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ BEZ CC	1,0829	1,1168	1
01332	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ S CC	1,6121	1,5071	1
01333	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ S MCC	2,2204	2,1488	1
01341	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM BEZ CC	0,8194	0,7722	1
01342	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM S CC	1,1127	0,9236	1
01343	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM S MCC	1,7233	1,4035	1

01351	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU BEZ CC	0,5962	0,5815	1
01352	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S CC	0,6641	0,6842	1
01353	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S MCC	1,0883	0,9607	1
01361	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA BEZ CC	0,4700	0,4122	1
01362	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S CC	0,5367	0,4628	1
01363	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S MCC	0,6739	0,5589	1
01371	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ BEZ CC	0,4956	0,4885	1
01372	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ S CC	0,5818	0,5517	1
01373	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ S MCC	0,7448	0,659	1
01381	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,0704	1,5098	1,13
01382	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	2,4266	2,0455	1,13
01383	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	3,2842	2,887	1,13
01391	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY BEZ CC	0,9780	0,9543	1,13
01392	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY S CC	1,3898	1,4245	1,13
01393	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY S MCC	2,2188	2,213	1,13
01401	VIROVÁ MENINGITIDA BEZ CC	0,9675	1,1762	1,13
01402	VIROVÁ MENINGITIDA S CC	1,1444	1,3712	1,13
01403	VIROVÁ MENINGITIDA S MCC	1,5141	1,9606	1,13
01411	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA BEZ CC	0,4883	0,4315	1
01412	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA S CC	0,6456	0,6303	1
01413	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA S MCC	1,2366	1,1964	1
01421	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT BEZ CC	0,4924	0,4562	1
01422	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S CC	0,6420	0,5435	1
01423	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S MCC	1,1584	0,8679	1
01431	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY BEZ CC	0,4129	0,3766	1
01432	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY S CC	0,5330	0,4898	1
01433	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY S MCC	0,7168	0,6312	1
01441	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ BEZ CC	0,6737	0,7749	1
01442	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ	1,1159	1,2581	1

	S CC			
01443	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ S MCC	2,3755	2,2412	1
01451	OTŘES MOZKU BEZ CC	0,2238	0,2421	1
01452	OTŘES MOZKU S CC	0,2541	0,2694	1
01453	OTŘES MOZKU S MCC	0,4775	0,4573	1
01461	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3836	0,3686	1
01462	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,5099	0,4921	1
01463	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	0,7590	0,6945	1
02011	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI BEZ CC	1,1362	1,099	1,13
02012	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI S CC	1,6634	1,349	1,13
02013	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI S MCC	2,1766	1,5722	1,13
02021	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE BEZ CC	0,4635	0,4223	1,13
02022	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE S CC	0,5593	0,5703	1,13
02023	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE S MCC	0,6752	0,5722	1,13
02031	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY BEZ CC	0,9810	1,2111	1,13
02032	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S CC	1,0816	1,272	1,13
02033	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S MCC	1,2448	1,2936	1,13
02041	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE BEZ CC	0,5296	0,7141	1
02042	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE S CC	0,5585	0,7438	1
02043	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE S MCC	0,5585	0,7438	1
02301	AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA BEZ CC	0,5678	0,6119	1,13
02302	AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA S CC	0,7369	0,6524	1,13
02303	AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA S MCC	0,8888	0,7945	1,13
02311	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA BEZ CC	0,5396	0,5294	1,13
02312	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA S CC	0,7254	0,5583	1,13
02313	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA S MCC	0,7492	0,6595	1,13
02321	JINÉ PORUCHY OKA BEZ CC	0,3416	0,3734	1,13
02322	JINÉ PORUCHY OKA S CC	0,4081	0,4267	1,13
02323	JINÉ PORUCHY OKA S MCC	0,6441	0,4483	1,13
03011	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI BEZ CC	4,2319	4,0185	1,13
03012	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI S CC	5,7766	4,7985	1,13
03013	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI S MCC	10,2548	5,7697	1,13
03021	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU BEZ CC	2,1906	1,503	1,13

03022	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU S CC	4,2904	2,7526	1,13
03023	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU S MCC	6,8559	4,1606	1,13
03031	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU BEZ CC	2,9525	1,304	1,13
03032	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU S CC	3,1009	1,304	1,13
03033	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU S MCC	5,5757	2,3431	1,13
03041	VÝKONY NA ÚSTECH BEZ CC	1,3632	0,6182	1,13
03042	VÝKONY NA ÚSTECH S CC	2,1192	0,8576	1,13
03043	VÝKONY NA ÚSTECH S MCC	2,3596	1,1573	1,13
03051	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU BEZ CC	1,2995	1,0912	1,13
03052	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU S CC	1,5963	1,1749	1,13
03053	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU S MCC	1,6458	1,2587	1,13
03061	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE BEZ CC	1,0863	0,8642	1,13
03062	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S CC	1,3223	0,9708	1,13
03063	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S MCC	1,6953	1,2241	1,13
03071	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA BEZ CC	1,6889	1,3857	2,43
03072	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA S CC	1,6889	2,0858	2,43
03073	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA S MCC	1,8452	2,0858	2,43
03081	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH BEZ CC	0,4620	0,4336	1,13
03082	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S CC	0,5761	0,5282	1,13
03083	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S MCC	0,6392	0,643	1,13
03091	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,5690	0,5142	1,13
03092	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,8245	0,6913	1,13
03093	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	1,4097	1,1458	1,13
03100	KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT	22,2683	22,54	2,43
03301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,4519	0,5675	1
03302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,5142	0,6096	1
03303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	0,8573	0,7411	1
03311	PORUCHY ROVNOVÁHY BEZ CC	0,4311	0,4024	1
03312	PORUCHY ROVNOVÁHY S CC	0,5064	0,4616	1
03313	PORUCHY ROVNOVÁHY S MCC	0,6096	0,5162	1

03321	EPISTAXE BEZ CC	0,2927	0,3113	1
03322	EPISTAXE S CC	0,3851	0,3561	1
03323	EPISTAXE S MCC	0,5019	0,4103	1
03331	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS BEZ CC	0,3243	0,3515	1
03332	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS S CC	0,4455	0,4658	1
03333	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS S MCC	0,5815	0,5875	1
03341	NEMOCI ZUBŮ A ÚST BEZ CC	0,9968	0,4311	1
03342	NEMOCI ZUBŮ A ÚST S CC	1,0035	0,5244	1
03343	NEMOCI ZUBŮ A ÚST S MCC	1,4948	0,6741	1
03351	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,3537	0,3676	1
03352	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,4179	0,4753	1
03353	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	0,5478	0,5102	1
04011	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY BEZ CC	3,3069	3,1521	1,13
04012	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY S CC	4,1272	3,8248	1,13
04013	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY S MCC	5,4514	4,7381	1,13
04021	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY BEZ CC	2,8815	2,8557	1,13
04022	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY S CC	2,9550	2,8557	1,13
04023	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY S MCC	4,4035	3,3892	1,13
04031	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,8415	1,0298	1,13
04032	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	1,2127	1,4176	1,13
04033	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	2,4085	2,699	1,13
04301	CYSTICKÁ FIBRÓZA BEZ CC	1,2303	1,9596	1,13
04302	CYSTICKÁ FIBRÓZA S CC	1,8685	1,9596	1,13
04303	CYSTICKÁ FIBRÓZA S MCC	2,1578	2,4827	1,13
04310	RESPIRAČNÍ SELHÁNÍ	1,6667	1,8086	1
04321	PLICNÍ EMBOLIE BEZ CC	0,7345	0,8367	1
04322	PLICNÍ EMBOLIE S CC	0,8339	0,9258	1
04323	PLICNÍ EMBOLIE S MCC	1,0006	1,0467	1
04331	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU BEZ CC	0,3645	0,418	1
04332	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU S CC	0,6141	0,667	1
04333	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU S MCC	0,9741	1,0392	1
04341	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4907	0,6648	1
04342	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,6173	0,7552	1
04343	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO	0,8408	0,9208	1

	SYSTÉMU S MCC			
04351	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,7317	0,8771	1
04352	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,9602	0,9708	1
04353	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	1,5545	1,4166	1
04361	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL BEZ CC	0,5767	0,6743	1
04362	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL S CC	0,7310	0,8142	1
04363	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL S MCC	1,0580	1,122	1
04371	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC BEZ CC	0,4544	0,5355	1
04372	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC S CC	0,6048	0,6426	1
04373	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC S MCC	0,9336	0,8163	1
04381	ASTMA A BRONCHIOLITIDA BEZ CC	0,3981	0,4454	1
04382	ASTMA A BRONCHIOLITIDA S CC	0,5508	0,5501	1
04383	ASTMA A BRONCHIOLITIDA S MCC	0,8134	0,7245	1
04391	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC BEZ CC	0,5808	0,631	1
04392	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S CC	0,7424	0,7517	1
04393	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S MCC	1,1181	1,0008	1
04401	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK BEZ CC	0,7339	0,8924	1
04402	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK S CC	0,8661	0,9137	1
04403	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK S MCC	1,2956	1,248	1
04411	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4171	0,4666	1
04412	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,5591	0,585	1
04413	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	0,8203	0,7933	1
05000	ÚMRTÍ DO 5 DNÍ OD PŘÍJMU PŘI HLAVNÍ DIAGNÓZE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU	0,4204	0,4051	1
05021	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC	13,0696	15,2923	1,13
05022	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC	13,0696	16,1487	1,13
05023	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC	16,1010	18,4394	1,13
05031	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA OTEVŘENÉM SRDCI BEZ CC	7,5532	13,1692	2,43
05032	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA OTEVŘENÉM SRDCI S CC	9,3162	13,1692	2,43
05033	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA OTEVŘENÉM SRDCI S MCC	10,8863	13,1692	2,43
05041	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC	9,8039	12,7006	1,13

05042	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC	10,7579	13,2276	1,13
05043	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC	13,1732	16,5941	1,13
05051	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC	8,6451	10,9661	1,13
05052	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC	9,3354	11,4452	1,13
05053	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC	11,2100	12,2784	1,13
05061	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC	7,2607	9,5387	1,13
05062	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC	7,3728	9,7976	1,13
05063	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC	8,4928	10,9984	1,13
05081	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA ZAVŘENÉM SRDCI BEZ CC	4,4077	3,6121	2,43
05082	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA ZAVŘENÉM SRDCI S CC	5,5256	7,4545	2,43
05083	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA ZAVŘENÉM SRDCI S MCC	6,7655	9,7429	2,43
05091	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	5,4064	4,6396	1,13
05092	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	7,2601	6,5739	1,13
05093	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	9,3116	8,162	1,13
05101	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	3,0091	3,6723	1,13
05102	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	3,3085	3,9622	1,13
05103	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	4,2257	5,1142	1,13
05121	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	6,6559	9,9067	1,13
05122	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	7,0084	11,4811	1,13
05123	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	10,3792	13,2749	1,13
05131	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	2,4443	3,2569	1
05132	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	2,8512	3,3305	1
05133	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	3,8053	3,9691	1
05141	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	2,1221	2,0351	1,13
05142	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	2,8592	2,3788	1,13

05143	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	3,8086	3,4323	1,13
05151	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY BEZ CC	1,7841	1,9128	1
05152	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S CC	2,3184	2,1881	1
05153	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S MCC	3,5216	3,163	1
05171	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,1552	1,2969	1
05172	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,3374	1,426	1
05173	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	1,7841	1,7969	1
05181	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ BEZ CC	0,9637	1,0552	1
05182	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ S CC	1,2788	1,5999	1
05183	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ S MCC	2,0263	1,797	1
05191	LIGATURA A STRIPPING CÉV BEZ CC	0,5257	0,442	1
05192	LIGATURA A STRIPPING CÉV S CC	0,5798	0,4712	1
05193	LIGATURA A STRIPPING CÉV S MCC	0,5798	0,5074	1
05201	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,8517	0,9507	1
05202	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,2410	1,6615	1
05203	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	2,5273	3,3265	1
05291	SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	6,3397	7,9382	1,13
05292	SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	6,4627	8,4125	1,13
05293	SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	6,7695	8,6777	1,13
05301	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	0,7269	0,9841	1,13
05302	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	1,0691	1,3169	1,13
05303	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	1,9162	1,8099	1,13
05311	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ	0,4182	0,5642	1

	CHOROBĚ SRDEČNÍ BEZ CC			
05312	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ S CC	0,5460	0,8092	1
05313	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ S MCC	0,6764	0,9537	1
05321	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4947	0,7403	1,13
05322	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,7905	1,0604	1,13
05323	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	1,6321	1,3601	1,13
05331	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU BEZ CC	0,4270	0,5232	1
05332	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S CC	0,7343	0,7688	1
05333	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S MCC	1,3575	1,2491	1
05341	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA BEZ CC	1,1678	1,2667	1
05342	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA S CC	1,6814	2,1399	1
05343	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA S MCC	3,1145	3,1517	1
05351	SRDEČNÍ SELHÁNÍ BEZ CC	0,5472	0,6225	1
05352	SRDEČNÍ SELHÁNÍ S CC	0,6826	0,7126	1
05353	SRDEČNÍ SELHÁNÍ S MCC	1,0408	0,9819	1
05361	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA BEZ CC	0,4298	0,4488	1
05362	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA S CC	0,5310	0,5071	1
05363	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA S MCC	0,6945	0,6193	1
05371	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA BEZ CC	1,2284	1,4058	1
05372	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA S CC	1,4484	1,5188	1
05373	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA S MCC	2,6918	2,8106	1
05381	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY BEZ CC	0,4208	0,4645	1
05382	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY S CC	0,5430	0,5921	1
05383	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY S MCC	0,6242	0,6797	1
05391	ATEROSKLERÓZA BEZ CC	0,3564	0,3465	1
05392	ATEROSKLERÓZA S CC	0,4761	0,5234	1
05393	ATEROSKLERÓZA S MCC	0,6549	0,723	1
05401	HYPERTENZE BEZ CC	0,3008	0,3266	1
05402	HYPERTENZE S CC	0,3745	0,4086	1
05403	HYPERTENZE S MCC	0,5103	0,5327	1
05411	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY BEZ CC	0,3893	0,4023	1
05412	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY S CC	0,5341	0,6238	1
05413	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY S MCC	0,9460	0,9302	1
05421	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ BEZ CC	0,3660	0,3931	1
05422	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ S CC	0,5577	0,561	1

05423	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ S MCC	0,9344	0,7635	1
05431	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU BEZ CC	0,3173	0,3268	1
05432	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU S CC	0,3943	0,4179	1
05433	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU S MCC	0,5075	0,5159	1
05441	SYNKOPA A KOLAPS BEZ CC	0,3533	0,3529	1
05442	SYNKOPA A KOLAPS S CC	0,4458	0,4534	1
05443	SYNKOPA A KOLAPS S MCC	0,6430	0,5848	1
05451	KARDIOMYOPATIE BEZ CC	0,3933	0,4345	1
05452	KARDIOMYOPATIE S CC	0,6641	0,6934	1
05453	KARDIOMYOPATIE S MCC	1,0370	1,0881	1
05461	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU BEZ CC	0,5586	0,6556	1,13
05462	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU S CC	0,7782	0,8337	1,13
05463	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU S MCC	0,7782	0,8337	1,13
05471	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3202	0,3865	1
05472	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,4547	0,5254	1
05473	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	0,7765	0,7319	1
05481	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO AKUTNÍ ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV BEZ CC	4,2656	3,1956	1,13
05482	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO AKUTNÍ ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV S CC	4,6105	3,5231	1,13
05483	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO AKUTNÍ ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV S MCC	4,6255	4,2119	1,13
05491	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO KRITICKOU ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV BEZ CC	3,0547		1
05492	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO KRITICKOU ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV S CC	3,4453		1
05493	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO KRITICKOU ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV S MCC	4,0892		1
05501	ANGIOPLASTIKA NEBO ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍ CÉVY BEZ CC	2,0526		1
05502	ANGIOPLASTIKA NEBO ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍ CÉVY S CC	2,6484		1
05503	ANGIOPLASTIKA NEBO ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍ CÉVY S MCC	2,7443		1
06011	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU BEZ CC	3,2925	3,1926	1
06012	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM	4,0857	3,7627	1

	STŘEVU S CC			
06013	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S MCC	6,3652	5,3364	1
06021	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU BEZ CC	3,0146	2,8631	1
06022	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S CC	4,6451	4,1546	1
06023	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S MCC	5,2952	4,6206	1
06031	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU BEZ CC	1,6419	1,5571	1
06032	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S CC	2,5544	2,1229	1
06033	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S MCC	4,1984	3,6205	1
06041	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘIŠNICE BEZ CC	1,0368	0,9056	1
06042	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘIŠNICE S CC	1,1915	1,0146	1
06043	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘIŠNICE S MCC	1,5580	1,5014	1
06051	VÝKONY NA APENDIXU BEZ CC	0,9787	0,8376	1
06052	VÝKONY NA APENDIXU S CC	1,2714	1,0367	1
06053	VÝKONY NA APENDIXU S MCC	1,6333	1,4413	1
06061	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE BEZ CC	1,1377	1,0157	1
06062	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S CC	1,2121	1,1029	1
06063	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S MCC	1,3958	1,2647	1
06071	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU BEZ CC	2,0243	1,7472	1,13
06072	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S CC	2,5404	2,07	1,13
06073	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S MCC	3,5693	2,5418	1,13
06081	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE BEZ CC	0,6566	0,5627	1
06082	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S CC	0,9568	0,761	1
06083	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S MCC	1,4998	1,0276	1
06091	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY BEZ CC	0,5256	0,5025	1
06092	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY S CC	0,7340	0,6291	1
06093	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY S MCC	0,9523	0,8678	1
06101	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,9965	0,8733	1
06102	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A	1,7214	1,4005	1

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

06381	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3067	0,3128	1
06382	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	0,4618	0,4434	1
06383	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	0,8560	0,6517	1
07011	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY BEZ CC	4,1487	3,6363	1,13
07012	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY S CC	5,3486	4,6369	1,13
07013	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY S MCC	8,5013	6,9933	1,13
07021	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	3,3694	2,5084	1
07022	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH S CC	3,9916	3,3461	1
07023	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH S MCC	5,7420	4,6923	1
07031	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ BEZ CC	1,5229	1,3581	1
07032	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S CC	2,1760	1,8978	1
07033	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S MCC	3,6797	3,1213	1
07041	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE BEZ CC	1,2241	1,099	1
07042	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE S CC	1,4394	1,2513	1
07043	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE S MCC	1,9244	1,635	1
07051	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU BEZ CC	1,6010	1,5519	1
07052	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S CC	2,0768	2,0497	1
07053	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S MCC	3,7718	3,3047	1
07301	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA BEZ CC	0,4940	0,5365	1
07302	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA S CC	0,6106	0,648	1
07303	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA S MCC	1,0593	0,9549	1
07311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU BEZ CC	0,4715	0,5355	1
07312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S CC	0,6116	0,677	1
07313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S MCC	0,8213	0,7615	1
07321	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,6332	0,6975	1
07322	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S CC	0,8941	0,9046	1
07323	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S MCC	2,2508	1,9195	1

07331	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY BEZ CC	0,4370	0,5204	1
07332	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY S CC	0,6473	0,6259	1
07333	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY S MCC	1,0614	0,9753	1
07341	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST BEZ CC	0,4718	0,4686	1
07342	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S CC	0,6590	0,6143	1
07343	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S MCC	1,0732	0,9456	1
08011	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE BEZ CC	15,2061	10,8644	1
08012	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE S CC	16,8329	14,6524	1
08013	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE S MCC	19,1709	20,9642	1
08021	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN BEZ CC	2,8046	3,3423	1
08022	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN S CC	3,5151	4,6732	1
08023	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN S MCC	7,5570	5,0795	1
08031	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY BEZ CC	4,9933	4,7922	1
08032	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S CC	5,1798	5,2492	1
08033	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S MCC	7,4107	5,9305	1
08041	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ BEZ CC	3,0220	2,9981	1
08042	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S CC	3,1104	3,0819	1
08043	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S MCC	3,7127	3,5088	1
08051	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ BEZ CC	3,1175	2,6799	1,13
08052	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ S CC	3,5307	2,6799	1,13
08053	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ S MCC	4,5648	5,7667	1,13
08061	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ BEZ CC	5,5681	2,981	1,13
08062	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S CC	5,5681	3,4953	1,13
08063	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S MCC	5,5681	4,5602	1,13
08071	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	1,5904	1,9842	1
08072	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	2,1614	2,3061	1
08073	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A	4,1863	4,1	1

	POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC			
08081	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ BEZ CC	2,3786	2,1808	1
08082	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S CC	2,7606	2,5265	1
08083	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S MCC	3,7041	3,2354	1
08091	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY BEZ CC	0,7853	0,7906	1
08092	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY S CC	1,8407	1,7818	1
08093	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY S MCC	4,8230	3,5543	1
08101	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE BEZ CC	1,6756	1,5429	1,13
08102	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S CC	1,9702	2,1375	1,13
08103	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S MCC	3,7325	2,5871	1,13
08111	VÝKONY NA KOLENU, BĚRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA BEZ CC	1,2205	1,0592	1
08112	VÝKONY NA KOLENU, BĚRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA S CC	1,5762	1,2503	1
08113	VÝKONY NA KOLENU, BĚRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA S MCC	2,3685	1,5	1
08121	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ BEZ CC	0,3799	0,3573	1
08122	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S CC	0,4689	0,4059	1
08123	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S MCC	1,0504	0,4874	1
08131	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,7434	0,654	1
08132	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU S CC	1,3508	1,1177	1
08133	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU S MCC	2,6443	2,0254	1
08141	VÝKONY NA CHODIDLE BEZ CC	0,6157	0,5536	1
08142	VÝKONY NA CHODIDLE S CC	0,8113	0,6031	1
08143	VÝKONY NA CHODIDLE S MCC	1,0674	0,7967	1
08151	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH BEZ CC	0,8910	0,8092	1
08152	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH S CC	1,3656	1,1342	1
08153	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH S MCC	1,7649	1,402	1

08161	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI BEZ CC	0,5377	0,4969	1
08162	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI S CC	0,8030	0,7513	1
08163	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI S MCC	1,7579	1,3346	1
08171	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	0,6093	0,5515	1
08172	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	1,2509	1,0243	1
08173	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	2,8362	1,6976	1
08181	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU BEZ CC	3,4820	3,5812	1
08182	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU S CC	3,5596	3,7839	1
08183	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU S MCC	3,9120	3,9191	1
08191	ARTROSKOPIE BEZ CC	0,6010	0,4971	1
08192	ARTROSKOPIE S CC	0,6189	0,5422	1
08193	ARTROSKOPIE S MCC	0,6912	0,5541	1
08201	REIMPLANTACE ENDOPROTÉZ KLOUBŮ HORNÍCH A DOLNÍCH KONČETIN, TUMOROZNÍ ENDOPROTÉZY BEZ CC	4,5165		1
08202	REIMPLANTACE ENDOPROTÉZ KLOUBŮ HORNÍCH A DOLNÍCH KONČETIN, TUMOROZNÍ ENDOPROTÉZY S CC	5,0720		1
08203	REIMPLANTACE ENDOPROTÉZ KLOUBŮ HORNÍCH A DOLNÍCH KONČETIN, TUMOROZNÍ ENDOPROTÉZY S MCC	6,8116		1
08301	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ BEZ CC	0,4941	0,5936	1
08302	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ S CC	0,6080	0,692	1
08303	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ S MCC	1,1875	1,1041	1
08311	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE BEZ CC	0,4735	0,5813	1
08312	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE S CC	0,6284	0,7088	1
08313	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE S MCC	0,9721	0,8807	1
08321	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE BEZ CC	0,3224	0,3297	1
08322	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE S CC	0,4248	0,4797	1
08323	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE S MCC	0,7207	0,5739	1
08331	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY BEZ CC	0,5672	0,6049	1
08332	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ, PATOLOGICKÉ	0,6690	0,9224	1

	ZLOMENINY S CC			
08333	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇE, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY S MCC	1,0184	1,1115	1
08341	OSTEOMYELITIDA BEZ CC	0,6764	0,7692	1
08342	OSTEOMYELITIDA S CC	0,8917	0,8774	1
08343	OSTEOMYELITIDA S MCC	1,6812	1,1952	1
08351	SEPTICKÁ ARTRITIDA BEZ CC	0,8229	0,9466	1
08352	SEPTICKÁ ARTRITIDA S CC	1,1104	1,0748	1
08353	SEPTICKÁ ARTRITIDA S MCC	1,8598	2,01	1
08361	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁŇE BEZ CC	0,5554	0,5914	1
08362	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁŇE S CC	0,7837	0,6563	1
08363	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁŇE S MCC	0,9826	0,8199	1
08371	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY BEZ CC	0,4270	0,4479	1
08372	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S CC	0,5031	0,5225	1
08373	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S MCC	0,7500	0,5881	1
08381	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ BEZ CC	0,4191	0,4639	1
08382	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ S CC	0,5198	0,5322	1
08383	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ S MCC	0,6834	0,6107	1
08391	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU BEZ CC	0,5071	0,5341	1
08392	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU S CC	0,6734	0,7265	1
08393	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU S MCC	0,8714	1,2407	1
08401	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MĚNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY BEZ CC	0,3477	0,3659	1
08402	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MĚNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY S CC	0,4911	0,4896	1
08403	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MĚNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY S MCC	0,5448	0,5629	1
08411	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇE BEZ CC	0,3043	0,3392	1
08412	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇE S CC	0,4633	0,5189	1
08413	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇE S MCC	0,6814	0,7221	1
09011	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT BEZ CC	0,7382	0,6718	1
09012	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT S CC	1,2360	1,0534	1
09013	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT S MCC	2,4816	1,9273	1

09021	VÝKONY NA PRSECH BEZ CC	0,9337	0,8253	1
09022	VÝKONY NA PRSECH S CC	1,1864	1,0123	1
09023	VÝKONY NA PRSECH S MCC	1,3089	1,0674	1
09031	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁŇ A PRSU BEZ CC	0,4487	0,4633	1
09032	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁŇ A PRSU S CC	0,7222	0,7848	1
09033	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁŇ A PRSU S MCC	1,5221	1,2401	1
09301	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE BEZ CC	0,5377	0,7673	1
09302	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S CC	0,5969	0,7673	1
09303	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S MCC	0,8563	0,9391	1
09311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ BEZ CC	0,3315	0,474	1
09312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ S CC	0,4845	0,5897	1
09313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ S MCC	0,6009	0,7213	1
09321	FLEGMÓNA BEZ CC	0,4867	0,5569	1
09322	FLEGMÓNA S CC	0,6470	0,7445	1
09323	FLEGMÓNA S MCC	0,9716	0,933	1
09331	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁŇ A PRSU BEZ CC	0,2457	0,2633	1
09332	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁŇ A PRSU S CC	0,3114	0,3429	1
09333	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁŇ A PRSU S MCC	0,6223	0,5339	1
09341	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU BEZ CC	0,3430	0,4232	1
09342	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S CC	0,4804	0,6158	1
09343	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S MCC	0,5338	0,6939	1
10011	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM BEZ CC	2,6665	2,835	1,13
10012	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM S CC	3,0916	2,8889	1,13
10013	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM S MCC	7,0087	4,3757	1,13
10021	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,5666	1,6178	1
10022	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	1,5944	1,8964	1
10023	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	2,3728	2,5781	1
10031	VÝKONY PRO OBEZITU BEZ CC	2,7160	2,5735	1
10032	VÝKONY PRO OBEZITU S CC	2,7160	2,944	1
10033	VÝKONY PRO OBEZITU S MCC	5,7160	5,3767	1
10041	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A	1,8620	1,6803	1

	METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC			
10042	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	1,9731	2,1123	1
10043	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	3,4348	3,5979	1
10051	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	1,3031	1,0794	1
10052	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S CC	1,5163	1,2365	1
10053	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S MCC	2,1221	1,6347	1
10061	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,5552	1,5102	1
10062	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	2,2443	1,9343	1
10063	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	3,7162	4,0151	1
10301	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY BEZ CC	0,3837	0,4219	1
10302	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S CC	0,5269	0,5069	1
10303	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S MCC	0,9057	0,7403	1
10311	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ BEZ CC	0,3777	0,4255	1
10312	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ S CC	0,4210	0,4936	1
10313	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ S MCC	0,6425	0,6188	1
10321	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU BEZ CC	0,4317	0,3882	1
10322	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU S CC	0,5613	0,5142	1
10323	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU S MCC	0,7483	0,709	1
10331	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY BEZ CC	0,3211	0,5916	1
10332	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY S CC	0,4788	0,5916	1
10333	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY S MCC	0,8712	0,6994	1
11011	TRANSPLANTACE LEDVIN BEZ CC	6,2384	5,855	1,13
11012	TRANSPLANTACE LEDVIN S CC	6,2965	6,5808	1,13
11013	TRANSPLANTACE LEDVIN S MCC	9,2160	7,5387	1,13
11021	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI BEZ CC	5,6808	4,5478	1,13
11022	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI S CC	7,4203	5,5534	1,13
11023	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI S MCC	10,1105	7,1694	1,13
11031	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	2,4029	1,9765	1,13
11032	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A	2,9612	2,2209	1,13

	MOČOVÝCH CESTÁCH S CC			
11033	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S MCC	4,5897	3,1174	1,13
11041	DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY BEZ CC	1,2642	1,2109	1
11042	DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY S CC	1,9074	1,4271	1
11043	DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY S MCC	3,3151	2,6898	1
11051	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI BEZ CC	0,9877	0,8603	1
11052	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S CC	1,1982	0,9837	1
11053	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S MCC	1,8847	1,4642	1
11061	PROSTATEKTOMIE BEZ CC	1,2478	1,1884	1
11062	PROSTATEKTOMIE S CC	1,5299	1,3365	1
11063	PROSTATEKTOMIE S MCC	1,9595	1,4211	1
11071	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	0,6502	0,5401	1
11072	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S CC	0,8037	0,6538	1
11073	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S MCC	1,0402	0,808	1
11081	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,5458	0,5399	1
11082	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,7873	0,7804	1
11083	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	1,3480	1,3165	1
11301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ BEZ CC	0,4608	0,4065	1
11302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ S CC	0,6490	0,5836	1
11303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ S MCC	1,0041	0,8794	1
11311	NEFRITIDA BEZ CC	0,4749	0,4345	1
11312	NEFRITIDA S CC	0,5036	0,489	1
11313	NEFRITIDA S MCC	1,1800	0,902	1
11321	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,4186	0,4599	1
11322	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,5493	0,5616	1
11323	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	0,7672	0,7493	1
11331	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU BEZ CC	1,0031	0,5817	1,13
11332	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S CC	1,5538	0,8437	1,13
11333	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S MCC	1,6581	0,8437	1,13

11341	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE BEZ CC	0,3014	0,2839	1
11342	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S CC	0,4511	0,3935	1
11343	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S MCC	0,7404	0,599	1
11351	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURETRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU BEZ CC	0,2800	0,2296	1,13
11352	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURETRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU S CC	0,4357	0,3927	1,13
11353	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURETRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU S MCC	0,5607	0,456	1,13
11361	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	0,3224	0,3207	1
11362	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S CC	0,3962	0,3999	1
11363	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S MCC	0,4648	0,4954	1
11371	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,3108	0,3024	1
11372	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,4628	0,411	1
11373	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	0,7704	0,6673	1
12011	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE BEZ CC	2,5254	1,9219	1
12012	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE S CC	2,6161	1,9777	1
12013	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE S MCC	3,7871	2,5231	1
12021	VÝKONY NA PENISU BEZ CC	0,5321	0,4584	1
12022	VÝKONY NA PENISU S CC	0,8846	0,6167	1
12023	VÝKONY NA PENISU S MCC	1,8571	0,7059	1
12031	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE BEZ CC	1,2147	1,0052	1
12032	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S CC	1,4319	1,0935	1
12033	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S MCC	1,8748	1,3195	1
12041	VÝKONY NA VARLATECH BEZ CC	0,5326	0,4607	1
12042	VÝKONY NA VARLATECH S CC	0,7539	0,5818	1
12043	VÝKONY NA VARLATECH S MCC	1,2059	0,7057	1
12051	CIRKUMCIZE BEZ CC	0,3639	0,3135	1
12052	CIRKUMCIZE S CC	0,4074	0,3355	1
12053	CIRKUMCIZE S MCC	0,4074	0,3842	1
12061	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,7094	0,6298	1
12062	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S CC	1,0389	0,9668	1
12063	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S MCC	2,0499	1,202	1

12301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3160	0,3767	1
12302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,5278	0,5506	1
12303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,6899	0,6952	1
12311	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,2579	0,2572	1
12312	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S CC	0,3579	0,3327	1
12313	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S MCC	0,5278	0,3987	1
13011	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE BEZ CC	3,0379	2,2554	1
13012	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S CC	3,8293	2,7714	1
13013	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S MCC	5,5216	2,9505	1
13021	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH BEZ CC	2,0407	1,496	1,13
13022	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S CC	2,5680	1,8794	1,13
13023	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S MCC	4,6577	2,8503	1,13
13031	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH BEZ CC	1,7836	1,3462	1
13032	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH S CC	2,2158	1,5991	1
13033	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH S MCC	3,0541	2,2615	1
13041	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUNÝCH ONEMOCNĚNÍCH BEZ CC	1,3289	0,9845	1
13042	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUNÝCH ONEMOCNĚNÍCH S CC	1,4619	1,1045	1
13043	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUNÝCH ONEMOCNĚNÍCH S MCC	1,5592	1,2585	1
13051	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE BEZ CC	0,8250	0,6077	1
13052	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S CC	1,0693	0,9245	1

13053	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S MCC	1,0693	0,9245	1
13061	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,9385	0,768	1
13062	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S CC	1,2311	0,8998	1
13063	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S MCC	1,2311	1,0647	1
13071	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY BEZ CC	0,3066	0,2285	1
13072	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S CC	0,4255	0,3191	1
13073	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S MCC	0,5458	0,3579	1
13081	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU BEZ CC	0,6500	0,5093	1
13082	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S CC	0,7074	0,5401	1
13083	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S MCC	0,7074	0,5579	1
13091	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE BEZ CC	0,3447	0,2111	1
13092	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE S CC	0,3936	0,2437	1
13093	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE S MCC	0,3937	0,284	1
13101	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,8450	0,6601	1
13102	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	1,1841	0,9317	1
13103	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,6880	1,6179	1
13301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3442	0,4272	1
13302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,4564	0,5415	1
13303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,5855	0,7416	1
13311	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3223	0,291	1
13312	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,4034	0,4104	1
13313	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,6699	0,7529	1
13321	MENSTRUÁČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,1990	0,1708	1
13322	MENSTRUÁČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,2972	0,2824	1
13323	MENSTRUÁČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,4106	0,3945	1
14601	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM BEZ CC	1,3683	0,8797	1
14602	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S CC	1,5837	1,0843	1
14603	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S MCC	1,8567	1,3397	1

14611	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ BEZ CC	1,0900	0,6465	1
14612	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S CC	1,2166	0,7399	1
14613	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S MCC	1,4471	0,8864	1
14621	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE BEZ CC	0,9929	0,6914	1,13
14622	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE S CC	1,4144	2,4881	1,13
14623	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE S MCC	3,2277	3,4167	1,13
14631	VAGINÁLNÍ POROD BEZ CC	0,8435	0,507	1
14632	VAGINÁLNÍ POROD S CC	0,9158	0,5593	1
14633	VAGINÁLNÍ POROD S MCC	0,9158	0,5593	1
14641	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ BEZ CC	0,2590	0,1719	1
14642	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ S CC	0,3050	0,2228	1
14643	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ S MCC	0,3050	0,2228	1
14651	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE BEZ CC	0,1556	0,1089	1
14652	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S CC	0,2729	0,2275	1
14653	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S MCC	0,2729	0,4523	1
14661	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM BEZ CC	0,2633	0,1691	1
14662	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM S CC	0,3622	0,3198	1
14663	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM S MCC	0,4347	0,7325	1
14671	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC	0,2385	0,1786	1
14672	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC	0,3347	0,4854	1
14673	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC	0,3347	0,4854	1
14681	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM BEZ CC	1,0436	0,822	1
14682	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM S CC	1,1020	0,889	1
14683	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM S MCC	1,1020	0,889	1
14691	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU BEZ CC	0,4002	0,3062	1

14692	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU S CC	0,4002	0,4076	1
14693	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU S MCC	1,1829	1,1938	1
14701	HROZÍCÍ POTRAT BEZ CC	0,3187	0,2829	1
14702	HROZÍCÍ POTRAT S CC	0,4433	0,4864	1
14703	HROZÍCÍ POTRAT S MCC	0,4598	0,4864	1
14711	FALEŠNÝ POROD BEZ CC	0,1763	0,128	1
14712	FALEŠNÝ POROD S CC	0,1763	0,1955	1
14713	FALEŠNÝ POROD S MCC	0,1763	0,2118	1
14721	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM BEZ CC	0,3143	0,2223	1
14722	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM S CC	0,5597	0,4393	1
14723	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM S MCC	0,7452	0,6339	1
14731	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC	0,2674	0,2324	1
14732	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC	0,3734	0,4111	1
14733	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC	0,3734	0,4492	1
15601	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ BEZ CC	0,1206	0,1952	1
15602	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ S CC	0,1786	0,3219	1
15603	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ S MCC	0,3149	0,5458	1
15611	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ BEZ CC	9,3056	9,3056	1
15612	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ S CC	13,0304	13,0304	1
15613	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ S MCC	20,7049	20,7049	1
15621	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	38,1079	54,0693	2,43
15622	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	38,1079	54,0693	2,43
15623	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	38,1079	54,0693	2,43
15631	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	7,5944	7,5241	2,43
15632	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	12,7228	12,8842	2,43
15633	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	23,1431	32,3429	2,43
15641	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	12,1263	28,431	2,43
15642	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	12,1263	34,9525	2,43

15643	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	23,9729	37,0756	2,43
15651	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	4,2394	8,171	2,43
15652	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	4,2394	9,8328	2,43
15653	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	9,8686	16,7664	2,43
15661	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	6,1990	16,0373	2,43
15662	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	18,5524	16,0373	2,43
15663	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	18,5524	16,0373	2,43
15671	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	1,9339	3,439	2,43
15672	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	2,5570	5,073	2,43
15673	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	4,9950	8,5157	2,43
15681	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	6,2574	15,9115	2,43
15682	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	6,4098	15,9115	2,43
15683	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	14,8389	15,9115	2,43
15691	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	0,4162	0,6326	2,43
15692	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	1,0106	1,6889	2,43
15693	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	2,7575	4,1192	2,43
15701	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	2,1849	4,5128	1
15702	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	4,0353	5,6477	1
15703	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	12,0015	14,9648	1
15711	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM BEZ CC	0,2847	0,422	1,13
15712	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM S CC	0,6144	0,918	1,13
15713	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM S MCC	2,3282	3,8517	1,13
15720	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, SE SYNDROMEM DÝCHACÍCH POTÍŽÍ	2,5181	9,0891	1,13
15731	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM BEZ CC	0,4075	0,6247	1,13
15732	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM S CC	1,3040	1,4767	1,13
15733	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S	3,7282	3,104	1,13

	ASPIRAČNÍM SYNDROMEM S MCC			
15741	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKČÍ BEZ CC	0,6773	0,9857	1,13
15742	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKČÍ S CC	0,6773	1,0461	1,13
15743	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKČÍ S MCC	1,4581	3,4225	1,13
15751	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	0,2212	0,3147	1
15752	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	0,2690	0,4121	1
15753	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	0,3530	0,6721	1
16011	VÝKONY NA SLEZINĚ BEZ CC	2,5831	2,4494	1
16012	VÝKONY NA SLEZINĚ S CC	3,5818	2,9075	1
16013	VÝKONY NA SLEZINĚ S MCC	4,4639	3,3075	1
16021	JINÉ VÝKONY PRO KREVŇÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH BEZ CC	0,6986	0,5996	1
16022	JINÉ VÝKONY PRO KREVŇÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH S CC	0,9601	0,8057	1
16023	JINÉ VÝKONY PRO KREVŇÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH S MCC	2,1714	1,5261	1
16301	AGRANULOCYTÓZA BEZ CC	0,5103	0,7098	1,13
16302	AGRANULOCYTÓZA S CC	0,8315	1,1564	1,13
16303	AGRANULOCYTÓZA S MCC	1,3856	1,6275	1,13
16311	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI BEZ CC	0,5678	0,5952	1
16312	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI S CC	0,7209	0,7106	1
16313	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI S MCC	1,2354	1,1432	1
16321	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST BEZ CC	0,2248	0,4884	1
16322	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST S CC	0,4884	0,4884	1
16323	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST S MCC	0,4884	0,4884	1
16331	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI BEZ CC	0,5640	0,5702	1
16332	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI S CC	0,7159	0,7052	1
16333	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI S MCC	1,0424	0,9069	1
16341	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ BEZ CC	0,4928	0,5223	1
16342	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ S CC	0,6705	0,7172	1
16343	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ S MCC	1,0672	1,0482	1
17011	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM BEZ CC	1,7897	1,5335	1,13
17012	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM S CC	3,3699	2,7138	1,13
17013	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM S MCC	7,8467	8,6057	1,13

17021	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM BEZ CC	0,8605	0,7324	1,13
17022	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM S CC	1,7740	1,8183	1,13
17023	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM S MCC	3,1025	2,7738	1,13
17031	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM BEZ CC	3,0436	2,5347	1,13
17032	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM S CC	4,8160	4,2214	1,13
17033	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM S MCC	8,1144	5,5796	1,13
17041	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM BEZ CC	1,0321	0,9917	1,13
17042	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM S CC	1,7348	1,6797	1,13
17043	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM S MCC	3,6732	3,8397	1,13
17301	AKUTNÍ LEUKÉMIE BEZ CC	0,9098	0,8712	1,13
17302	AKUTNÍ LEUKÉMIE S CC	0,9220	0,9602	1,13
17303	AKUTNÍ LEUKÉMIE S MCC	3,0923	4,2378	1,13
17311	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE BEZ CC	0,6622	0,7735	1,13
17312	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE S CC	0,7631	1,3391	1,13
17313	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE S MCC	1,8254	2,1317	1,13
17321	RADIOTERAPIE BEZ CC	1,5243	1,3582	1
17322	RADIOTERAPIE S CC	2,2609	1,8659	1
17323	RADIOTERAPIE S MCC	2,3997	2,2157	1
17331	CHEMOTERAPIE BEZ CC	0,4881	0,7613	1,13
17332	CHEMOTERAPIE S CC	0,5542	0,7613	1,13
17333	CHEMOTERAPIE S MCC	0,6857	0,8816	1,13
17341	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ BEZ CC	0,5444	0,5628	1
17342	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ S CC	0,6621	0,6947	1
17343	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ S MCC	1,0513	0,9231	1
17351	CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII BEZ CC	0,8648	1,3067	2,43
17352	CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII S CC	2,0211	1,5025	2,43
17353	CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII S MCC	10,6128	13,0084	2,43
18011	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ	0,7285	0,7533	1

	NEMOCI BEZ CC			
18012	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S CC	2,9986	3,1328	1
18013	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S MCC	5,8894	6,6005	1
18021	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE BEZ CC	1,4333	1,2443	1
18022	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S CC	1,8081	1,8818	1
18023	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S MCC	3,7226	4,1175	1
18301	SEPTIKÉMIE BEZ CC	0,9277	0,9273	1
18302	SEPTIKÉMIE S CC	1,1065	1,139	1
18303	SEPTIKÉMIE S MCC	2,0205	2,1669	1
18311	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE BEZ CC	0,5419	0,7108	1
18312	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S CC	0,8245	0,8137	1
18313	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S MCC	1,3070	1,4142	1
18321	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU BEZ CC	0,4566	0,4541	1
18322	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU S CC	0,6024	0,6285	1
18323	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU S MCC	0,7759	0,7856	1
18331	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,3822	0,455	1
18332	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S CC	0,5433	0,6013	1
18333	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S MCC	0,6838	0,7587	1
18341	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI BEZ CC	0,5928	0,6222	1
18342	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S CC	0,8170	0,8823	1
18343	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S MCC	1,2636	1,3825	1
19011	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI BEZ CC	1,5132	1,2148	1,13
19012	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI S CC	3,0382	1,8852	1,13
19013	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI S MCC	4,3302	4,9667	1,13
19301	SCHIZOFRENIE BEZ CC	1,3774	1,4458	1
19302	SCHIZOFRENIE S CC	1,4171	1,4458	1
19303	SCHIZOFRENIE S MCC	1,6429	1,5652	1
19311	PSYCHÓZY BEZ CC	1,1844	1,2005	1
19312	PSYCHÓZY S CC	1,1844	1,2005	1
19313	PSYCHÓZY S MCC	1,2714	1,321	1
19321	PORUCHY OSOBNOSTI BEZ CC	0,9255	0,868	1
19322	PORUCHY OSOBNOSTI S CC	0,9589	0,868	1
19323	PORUCHY OSOBNOSTI S MCC	1,7865	1,2557	1
19331	BIPOLÁRNÍ PORUCHY BEZ CC	1,5103	1,4456	1
19332	BIPOLÁRNÍ PORUCHY S CC	1,5103	1,4456	1
19333	BIPOLÁRNÍ PORUCHY S MCC	1,5103	1,4456	1
19341	DEPRESE BEZ CC	0,9702	0,8451	1
19342	DEPRESE S CC	0,9702	1,0718	1

19343	DEPRESE S MCC	1,3653	1,6553	1
19351	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH BEZ CC	0,5613	0,5708	1
19352	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH S CC	0,5769	0,5708	1
19353	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH S MCC	0,6951	0,6949	1
19361	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE BEZ CC	0,7475	0,6784	1
19362	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE S CC	0,7475	0,6784	1
19363	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE S MCC	0,8436	0,806	1
19371	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY BEZ CC	0,9075	0,8207	1,13
19372	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S CC	0,9075	0,8207	1,13
19373	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S MCC	0,9075	0,8207	1,13
19381	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY BEZ CC	2,0875	1,9308	1
19382	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY S CC	2,0875	1,9308	1
19383	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY S MCC	2,0875	2,445	1
19391	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY BEZ CC	0,4043	0,5105	1
19392	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S CC	0,5304	0,5247	1
19393	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S MCC	0,5743	0,7918	1
19400	DUŠEVNÍ PORUCHY S ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIÍ NEBO S REPETITIVNÍ TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKOU STIMULACÍ	3,0227		1
20301	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE BEZ CC	0,1232	0,1111	1
20302	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S CC	0,1380	0,1111	1
20303	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S MCC	0,2822	0,2041	1
20311	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ BEZ CC	1,1314	0,9051	1
20312	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ S CC	1,7567	0,9051	1
20313	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ S MCC	2,3453	0,9051	1
20321	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU BEZ CC	0,5613	0,4522	1
20322	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU S CC	0,6001	0,5616	1
20323	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA	2,3879	0,9535	1

	OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU S MCC			
20331	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU BEZ CC	0,3105	0,3092	1
20332	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S CC	0,3899	0,3731	1
20333	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S MCC	0,6362	0,6151	1
20341	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH BEZ CC	0,5007	0,4927	1
20342	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH S CC	0,6099	0,6216	1
20343	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH S MCC	1,0924	0,8149	1
21011	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH BEZ CC	1,6034	1,6047	1
21012	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH S CC	1,9900	2,7138	1
21013	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH S MCC	5,2659	7,2275	1
21021	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH BEZ CC	1,2775	1,1904	1
21022	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH S CC	2,3587	2,2991	1
21023	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH S MCC	4,8452	4,7288	1
21301	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH BEZ CC	0,6988	0,6534	1
21302	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH S CC	0,8759	1,0895	1
21303	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH S MCC	3,1769	3,2779	1
21311	ALERGICKÉ REAKCE BEZ CC	0,1973	0,2027	1
21312	ALERGICKÉ REAKCE S CC	0,2786	0,2492	1
21313	ALERGICKÉ REAKCE S MCC	0,5653	0,2492	1
21321	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) BEZ CC	0,3304	0,2925	1
21322	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) S CC	0,5590	0,4294	1
21323	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) S MCC	1,4831	0,9864	1
21331	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ BEZ CC	0,3874	0,2623	1
21332	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ S CC	0,6431	0,4727	1
21333	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ S MCC	1,2141	1,0086	1
21341	SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO BEZ CC	0,4195	0,5098	1
21342	SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO S CC	0,4195	1,8439	1
21343	SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO S MCC	0,4195	5,5155	1
21351	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ BEZ CC	0,2766	0,2924	1
21352	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A	0,4221	0,4392	1

	TOXICKÝCH ÚČINKŮ S CC			
21353	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ S MCC	1,3023	1,0585	1
22501	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE BEZ CC	0,3562	0,338	1
22502	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE S CC	0,3562	0,338	1
22503	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE S MCC	0,6095	0,338	1
22510	ROZSÁHLÉ POPÁLENINY S KOŽNÍM ŠTĚPEM	7,7276	5,9817	2,43
22521	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM BEZ CC	2,6813	2,2478	2,43
22522	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM S CC	8,0092	6,6398	2,43
22523	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM S MCC	12,8015	6,6398	2,43
22530	ROZSÁHLÉ POPÁLENINY BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU	1,4823	1,5518	2,43
22541	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ BEZ CC	0,8374	0,8202	1
22542	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ S CC	1,2200	1,2211	1
22543	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ S MCC	5,3521	3,438	1
22551	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE BEZ CC	0,5662	0,5835	1
22552	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE S CC	1,1063	1,1567	1
22553	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE S MCC	3,0716	1,2166	1
23011	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI BEZ CC	0,6449	0,6618	1
23012	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI S CC	0,8772	1,3169	1
23013	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI S MCC	2,1686	4,1765	1
23301	REHABILITACE BEZ CC	0,5817	0,9678	1
23302	REHABILITACE S CC	0,6733	1,0445	1
23303	REHABILITACE S MCC	0,9595	1,2603	1

23311	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY BEZ CC	0,3113	0,3314	1
23312	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY S CC	0,4474	0,464	1
23313	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY S MCC	0,7217	0,6003	1
23321	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV BEZ CC	0,2568	0,2408	1
23322	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV S CC	0,3583	0,4634	1
23323	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV S MCC	0,8495	0,9781	1
23330	REHABILITACE > 55 DNÍ	4,9457	5,5985	1
23340	REHABILITACE 49-55 DNÍ	4,3032	4,1696	1
23351	REHABILITACE 42-48 DNÍ BEZ CC	3,8100	2,9946	1
23352	REHABILITACE 42-48 DNÍ S CC	3,8100	2,9946	1
23353	REHABILITACE 42-48 DNÍ S MCC	3,8100	3,8618	1
23361	REHABILITACE 35-41 DNÍ BEZ CC	2,7781	2,539	1
23362	REHABILITACE 35-41 DNÍ S CC	2,7781	2,539	1
23363	REHABILITACE 35-41 DNÍ S MCC	3,0086	3,0212	1
23371	REHABILITACE 28-34 DNÍ BEZ CC	2,1828	2,0613	1
23372	REHABILITACE 28-34 DNÍ S CC	2,2477	2,0613	1
23373	REHABILITACE 28-34 DNÍ S MCC	2,3075	2,4106	1
23381	REHABILITACE 21-27 DNÍ BEZ CC	1,5775	1,5975	1
23382	REHABILITACE 21-27 DNÍ S CC	1,6872	1,6431	1
23383	REHABILITACE 21-27 DNÍ S MCC	1,8542	1,8578	1
23391	REHABILITACE 14-20 DNÍ BEZ CC	1,2645	1,2229	1
23392	REHABILITACE 14-20 DNÍ S CC	1,3427	1,236	1
23393	REHABILITACE 14-20 DNÍ S MCC	1,4991	1,316	1
23401	REHABILITACE 5-13 DNÍ BEZ CC	0,7615	0,7601	1
23402	REHABILITACE 5-13 DNÍ S CC	0,7909	0,7601	1
23403	REHABILITACE 5-13 DNÍ S MCC	0,8634	0,7841	1
24010	HIV S VÝKONEM, S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV	0,9390	0,9544	1,13
24020	HIV S VÝKONEM, S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV	1,5844	1,2227	1,13
24031	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV BEZ CC	0,3839	0,3839	1,13
24032	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV S CC	0,3839	0,3839	1,13
24033	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV S MCC	0,3839	0,3839	1,13
24301	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU BEZ CC	0,6206	1,9657	1,13
24302	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU S CC	1,4459	2,1118	1,13
24303	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU S MCC	5,1283	4,8796	1,13
24311	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ BEZ CC	0,1349	0,1349	1,13
24312	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV,	0,1349	0,1349	1,13

	PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ S CC			
24313	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUWISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ S MCC	0,1349	0,1349	1,13
24320	HIV S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUWISEJÍCÍMI S HIV	0,8853	0,6034	1,13
24331	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUWISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUWISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU BEZ CC	1,6980	5,0005	1,13
24332	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUWISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUWISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU S CC	1,6980	5,0005	1,13
24333	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUWISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUWISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU S MCC	1,6980	5,0005	1,13
24341	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUWISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUWISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY BEZ CC	0,8683	0,8918	1,13
24342	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUWISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUWISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY S CC	0,9266	0,8918	1,13
24343	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUWISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUWISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY S MCC	0,9266	0,8918	1,13
24350	HIV BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUWISEJÍCÍ S HIV	1,2144	0,9842	1
25011	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	4,7867	4,2617	1
25012	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	4,7867	4,2617	1
25013	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	9,1407	7,442	1
25021	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	4,0659	3,4375	1,13
25022	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	4,0659	3,4375	1,13
25023	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	6,6018	5,7591	1,13
25030	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	48,5544	65,4383	1,13
25040	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 504 HODIN (22-42 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	37,3448	37,2718	1
25051	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI	23,6816	23,0031	1,13

	POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC			
25052	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	23,6816	23,0031	1,13
25053	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	23,6816	23,0031	1,13
25061	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN BEZ CC	17,3429	13,999	1,13
25062	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN S CC	17,3429	13,999	1,13
25063	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN S MCC	17,3429	13,999	1,13
25071	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	14,1607	11,9123	1,13
25072	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	16,9420	11,9123	1,13
25073	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	16,9420	16,2326	1,13
25301	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	0,8919	0,9717	1
25302	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	0,8919	0,9717	1
25303	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	1,6237	1,7608	1
25311	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU BEZ CC	1,3182	0,9612	1
25312	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU S CC	1,3182	0,9612	1
25313	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU S MCC	1,3182	1,2251	1
25320	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ)	53,8925	47,2581	1,13
25330	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 504 HODIN (22-42 DNÍ)	20,2698	20,2993	1,13
25341	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) BEZ CC	15,4542	8,3209	1
25342	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S CC	15,4542	15,3846	1

25343	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S MCC	15,4542	16,3254	1
25361	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) BEZ CC	9,2479	7,6528	1,13
25362	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S CC	9,2479	7,6528	1,13
25363	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S MCC	9,2479	7,6528	1,13
25370	ÚMRTÍ DO 5 DNÍ OD PŘÍJMU PŘI POLYTRAUMATU	3,1790	2,2333	1,13
88871	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	1,0028	0,9886	1
88872	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	2,2574	1,9972	1
88873	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC	4,4207	4,1014	1
88881	PROSTATICKE VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	1,6993	2,0442	1
88882	PROSTATICKE VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	1,8388	3,6132	1
88883	PROSTATICKE VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC	4,0919	4,4708	1
88891	VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	0,6804	0,6161	1
88892	VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	1,1490	1,1071	1
88893	VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC	2,4382	1,9772	1
99980	HLAVNÍ DIAGNÓZA NEPLATNÁ JAKO PROPOUŠTĚCÍ DIAGNÓZA	0,1100	0,1	1
99990	NEZAŘADITELNÉ	0,1100	0,1	1

Výše úhrad hrazených služeb podle § 8 odst. 2

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

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

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

		vyšetření. Odbornost – 014	
00906	<u>Stomatologické ošetření pojištěnce do 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce. Kód lze vykazovat pouze v souvislosti se stomatologickými výkony, nikoliv s výrobky. U dětí lze vykázt i bez kurativního výkonu.	Lze vykázt 1/1 den. Odbornost – 014 Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE ⁵⁾ lze vykázt i při vyžádané péči neregistrovaného pojištěnce.	95 Kč
00907	<u>Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do 15 let</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce.	Lze vykázt 1/1 den Pouze při kurativní návštěvě (nelze vykázt jen s kódy 00900,00901, 00903, 00909, 00946, a diagnózou Z 012 – zubní vyšetření). Odbornost – 014 Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE ⁵⁾ lze vykázt i při vyžádané péči neregistrovaného pojištěnce.	68 Kč
00908	<u>Akutní ošetření a vyšetření neregistrovaného pojištěnce – v rámci pohotovostní služby</u> Akutní ošetření náhodného pojištěnce mimo rámec preventivní péče. Ošetření zahrnuje vyšetření, paliativní ošetření v endodoncii, amputaci a exstirpaci dřeně, provizorní výplň, lokální ošetření gingivy / sliznice, konzervativní ošetření dentitio difficilis nebo parodontálního abscesu, zavedení a výměnu drénu, nebo opravu / úpravu snímatelné náhrady v ordinaci a podobně.	Nelze kombinovat s kódem 00903 a 00909. Lze vykázt 1/1 den. Odbornost – 014	295 Kč

00909	<u>Klinické stomatologické vyšetření</u> Vyšetření odborníkem na klinickém pracovišti na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření.	Nelze kombinovat s kódy 00900, 00901, 00902, 00903, 00908, 00945, 00946 a 00947. V kombinaci s kódem 00907 nelze vykázat samostatně s diagnózou Z 012 – zubní vyšetření. Lze vykázat 1/1 den Při diagnóze vyžadující opakovanou návštěvu lze vykázat jen jedenkrát, u rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz lze vykázat pouze jednou, při zahájení léčby. Odbornost – 014; 015	410 Kč
00910	<u>Zhotovení intraorálního rentgenového snímku</u> 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	<u>Zhotovení extraorálního rentgenového snímku</u> Zhotovení skiografie lebky různých projekcí za každý snímek. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval, v případě odbornosti 015 i rentgenový snímek ruky (stanovení fáze růstu skeletu).	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	225 Kč
00912	<u>Náplň slinné žlázy kontrastní látkou</u> Sondáž, dilatace, náplň slinných žláz a vývodů kontrastní látkou. Následné rentgenové vyšetření je vykazováno kódem 00911 nebo 00913 poskytovatelem, který snímek indikoval.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE ⁵); 605	581 Kč
00913	<u>Zhotovení ortopantomogramu</u> Zhotovení extraorálního panoramatického snímku na speciálním rentgenovém přístroji. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval.	Lze vykázat 1/ 2 roky 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 1/1 rok pouze v souvislosti se specializovanou péčí; v ostatních případech (např. u vlastních registrovaných pacientů) platí omezení kódu 1/ 2 roky. Pro LSPP a v případě úrazové diagnózy lze vykázat bez omezení,	275 Kč

00914	<p><u>Vyhodnocení ortopantomogramu</u> Vyhodnocení panoramatického rentgenového snímku zubních oblouků a skeletu čelistí nebo ostatních extraorálních snímků.</p> <p>Vyказuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem); v případě odeslání pojištěnce k jinému zubnímu lékaři, který je držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů⁵⁾, může kód vykazat i tento zubní lékař.</p>	<p>Lze vykazat 1/1 snímek/1 poskytovatel</p> <p>Odbornost – 014; 015; 605</p>	70 Kč
00915	<p><u>Zhotovení telerentgenového snímku lbi</u> Zhotovení dálkového rentgenového snímku lbi na speciálním rentgenovém přístroji.</p> <p>Vyказuje poskytovatel, který snímek indikoval.</p>	<p>Lze vykazat 1/1 kalendářní rok</p> <p>Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH; PE⁵⁾; 015; 605</p>	270 Kč
00916	<p><u>Anestézie na foramen mandibulae a infraorbitale</u> Aplikace injekční anestézie na foramen mandibulae (součástí je i aplikace na nervus buccalis) a foramen infraorbitale (součástí je i aplikace na nervus palatinus) ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem.</p>	<p>Lze vykazat – bez omezení.</p> <p>Odbornost – 014; 015; 605</p>	100 Kč
00917	<p><u>Anestézie infiltrační</u> Aplikace injekční anestézie pro každý sextant, včetně anestézie na foramen mentale, foramen palatinum maius a foramen incisivum. Počítá se anestezovaná oblast, nikoli počet vpichů; ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem.</p>	<p>Lze vykazat – bez omezení</p> <p>Odbornost – 014; 015; 605</p>	80 Kč
00920	<p><u>Ošetření zubního kazu – stálý zub – fotokompozitní výplň</u> Ošetření zubního kazu stálého zubu fotokompozitní výplní u pojištěnců do 18 let v rozsahu špičáků včetně, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu.</p>	<p>Lze vykazat 1 zub/6 měsíců</p> <p>Lokalizace – zub</p> <p>Odbornost – 014; 015; 605</p>	315 Kč
00921	<p><u>Ošetření zubního kazu – stálý zub</u> Ošetření zubního kazu definitivní výplní, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu, standardním materiálem podle přílohy č. 1 zákona (při použití samopolymerujících</p>	<p>Lze vykazat 1 zub/365 dní</p> <p>Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu - v takovém případě je výplň vykazána s jinou diagnózou. Dříve</p>	242 Kč

	kompozitních materiálů v rozsahu špičáků včetně a nedózovaného amalgámu v celém rozsahu).	než za 1 rok lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	
00922	<u>Ošetření zubního kazu – dočasný zub</u> Ošetření zubního kazu dočasného zubu definitivní výplní, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu a použitý materiál.	Lze vykázat 1 zub/6 měsíců Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu – v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 6 měsíců lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních. Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	126 Kč
00923	<u>Konzervativní léčba komplikací zubního kazu – stálý zub</u> Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, chemickou a medikamentózní přípravu a provizorní výplně. Po definitivním endodontickém ošetření zubu za každý zaplněný kořenový kanálek zinkoxydfosfátovým cementem. Počet návštěv nerozhoduje.	Nelze kombinovat s kódem 00925. Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub pouze tehdy, pokud následuje konzervačně – chirurgická léčba komplikací zubního kazu. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	181 Kč
00924	<u>Konzervativní léčba komplikací zubního kazu – dočasný zub</u> Po definitivním endodontickém ošetření dočasného zubu metodou vitální nebo mortální amputace jedenkrát. Při případné exstirpaci každý zaplněný kořenový kanálek. Ošetření je možné, když je dočasný zub klinicky pevný. Dle rentgenové resorbce nejvýše do poloviny kořene.	Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	176 Kč
00925	<u>Konzervativní léčba komplikací zubního kazu II.- stálý zub</u> Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, medikamentózní přípravu a provizorní výplně. Po definitivním endodontickém ošetření zubu za každý zaplněný kořenový kanálek při použití registrovaného materiálu metodou centrálního čepu. Počet návštěv nerozhoduje. I při ošetření zubu metodou apexifikace.	Nelze kombinovat s kódem 00923. Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	265 Kč
00931	<u>Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu</u> Odborné vyšetření parodontu, vyšetření pomocí parodontologického indexu	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního	700 Kč

	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 1/1 kal. rok. Podmínkou vykázání výkonu je vedení prokazatelné parodontologické dokumentace	vzdělávání zubních lékařů PA; PE ⁵⁾	
00932	<u>Léčba chronických onemocnění parodontu</u> Vyšetření parodontu na základě zařazení onemocnění při vyšetření pomocí indexu CPITN, kdy je stanoven index CPI 2-3, případně dalších parodontologických indexů a vyšetřovacích metod v průběhu parodontologické léčby. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče. Pokračování konzervativní léčby (fáze iniciální nebo udržovací) – kontrola orální hygieny pomocí k tomu určených indexů (například PBI, API), jejichž hodnoty musí být zaznamenány v dokumentaci, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), remotivace a korekce konkrétní metody orální hygieny, odstranění lokálního dráždění parodontu. Odstup mezi vykázáním kódů 00932 musí být v takovém minimálním intervalu, aby bylo možno prokázat účelnost léčby, lze vykázat minimálně v měsíčních odstupech. Podmínkou vykázání výkonu je vedení prokazatelné parodontologické dokumentace. Přejít z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem (kód 00938) a subgingivální ošetření (kód 00935) se vykazuje zvlášť.	Lze vykázat 3/1 kalendářní rok Při třetím vykázání kódu v roce nutno zhodnotit léčbu pomocí indexu CPITN. Odbornost – 014	243 Kč
00933	<u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu</u> Provedený chirurgický výkon v mukogingivální oblasti navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu (gingivektomie s plastikou) za každý zub.	Lze vykázat – bez omezení Lokalizace – zub Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE ⁵⁾	420 Kč

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

	prokazatelné dokumentace onemocnění ústní sliznice a návrh léčby.		
00941	<u>Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice</u> Při kontrolním vyšetření v průběhu léčby.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;PE ⁵⁾	300 Kč
00943	<u>Měření galvanických proudů</u> Měření galvanických proudů v dutině ústní při vyšetření slizničních změn a měření impedance.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;PE ⁵⁾ ; 605	88 Kč
00945	<u>Cílené vyšetření</u> Vyšetření zaměřené na konkrétní obtíže registrovaného pojištěnce, v případě dohodnutých dlouhodobých zástupů a péče poskytované v rámci odbornosti 015 i u neregistrovaných pojištěnců.	Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00900,00901, 00902, 00903, 00908, 00909, 00931, 00932, 00940, 00941, 00946, 00947, 00981, 00983, 00984. Lze vykázat – bez omezení, při ošetření v několika návštěvách (endodontické ošetření, zhotovení protetických náhrad a jiné) pouze jednou. Kód nelze vykázat při návštěvě, která vyplývá z plánu ošetření. Odbornost – 014; 015	10 Kč
00946	<u>Opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka I</u> Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené ZP. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení, frekvence vykazování v souladu s přílohou č.1 zákona), včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu 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, 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	336 Kč
00947	<u>Péče o registrovaného pojištěnce nad 18 let věku I</u> Agregovaný výkon zahrnující: kontrolu	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok. Lze vykázat pouze po vykazání kódu 00901, resp. 00946 v témže	263 Kč

	ústní hygieny, interdentalní hygieny, motivace pojištěnce po orientačním vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní. Ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv.	kalendářním roce a zároveň pokud není vykázán kód 00900, kombinaci kódů 00901 a 00902, resp. 00947 nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi vykázáním jednotlivých kódů v roce je doporučeno dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést ošetření dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost - 014	
00949	<u>Extrakce dočasného zubu</u> Extrakce dočasného zubu nebo radixu (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací, sutury a stavění krvácení kompresivní tamponádou.	Lze vykázat 1/1 zub Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	87 Kč
00950	<u>Extrakce stálého zubu</u> Extrakce stálého zubu nebo radixu (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací, sutury a stavění krvácení kompresivní tamponádou.	Lze vykázat 1/1 zub Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	168 Kč
00951	<u>Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu</u> Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku a hemiextrakce nebo egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu do jednoho sextantu nebo chirurgická revize extrakční rány.	Lze vykázat – bez omezení Lokalizace – zub Odbornost – 014; 605	525 Kč
00952	<u>Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu</u> Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku v blízkosti rizikových anatomických struktur nebo vyžadující snesení větší části kosti, primární uzávěr oroantrální komunikace, egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu větším než jeden sextant, exstirpace cysty nad 1 cm, odstranění sekvestru, artrocentéza temporomandibulárního kloubu nebo antrotomie a podobně.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;CH;PE ⁵); 605	1 155 Kč
00953	<u>Chirurgické ošetřování retence zubů</u> Snesení tkání ležících v cestě erupci zubu a mobilizace zubu do směru žádané erupce (včetně odklopení mukoperiostálního laloku, plastiky	Lze vykázat 1/1 zub Lokalizace – zub Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního	630 Kč

	měkkých tkání, podložení kostním štěpem, fixace drátěného tahu, nalepení ortodontického zámku).	vzdělávání zubních lékařů CH;PE ⁵); 015; 605	
00954	<u>Konzervačně-chirurgická léčba komplikací zubního kazu</u> Odklopení mukoperiostálního laloku, snesení kosti periapikálně, amputace kořenového hrotu, exkochleace, toleta kořene a kosti, sutura (včetně případného peroperačního plnění), za každý ošetřený kořen. Též periapikální exkochleace a exstirpace odontogenní cysty do 1 cm.	Lze vykázat – bez omezení Lokalizace – zub Odbornost – 014; 605	420 Kč
00955	<u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí malého rozsahu</u> Provedení menších chirurgických výkonů, například dekapulace, frenulektomie, odstranění rušivých vlivů vazivových pruhů, podjazyková frenulektomie, excize vlajícího hřebene – za každý sextant, odstranění léze do 2 cm, sutura rány sliznice nebo kůže do 5 cm nebo sondáž a výplach vývodu slinné žlázy.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	420 Kč
00956	<u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí velkého rozsahu</u> Odstranění podjazykové retenční slinné cysty, excize vlajícího hřebene většího rozsahu než jeden sextant, odstranění léze nad 2 cm, orální vestibuloplastika bez štěpu – za každý sextant, sutura rány sliznice nebo kůže nad 5 cm, exstirpace mukokely sliznice dutiny ústní nebo diagnostická excize, sialolitomie.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;CH;PE ⁵); 605	900 Kč
00957	<u>Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu</u> Ošetření následků úrazu zubů a alveolu malého rozsahu, včetně jednoduché fixace plastickým materiálem popřípadě zkrácenou drátěnou dlahou.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	420 Kč
00958	<u>Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu</u> Repozice a fixace zlomenin alveolu horní, dolní čelisti, zlomenin těla a krčku dolní čelisti bez výrazné dislokace (za každou ošetřenou čelist).	Lze vykázat – bez omezení Lokalizace – čelist Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH;PE ⁵); 605	750 Kč
00959	<u>Intraorální incize</u> Léčba zánětu intraorální incizí s případnou dilatací, vypuštěním exsudátu a zavedením drénu.	Lze vykázat – bez omezení Lokalizace – kvadrant Odbornost – 014; 015; 605	105 Kč
00960	<u>Zevní incize</u>	Lze vykázat – bez omezení	600 Kč

	Léčba kolem čelistního zánětu zevní incisí, včetně dilatace, s vypuštěním exsudátu a zavedením drénu.	Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH;PE ⁵); 605	
00961	<u>Ošetření komplikací chirurgických výkonů v dutině ústní</u> Zavedení drénu či tamponády, přiložení plastického obvazu, výplachu rány lokálním léčebným prostředkem, dále stavění pozdního postextrakčního krvácení, revize extrakční rány, svalové rehabilitační cvičení a fyzikální terapie.	Lze vykázat 5/10 dnů Odbornost – 014; 015; 605	45 Kč
00962	<u>Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch</u> Vyšetření temporomandibulárního kloubu, zdokumentování onemocnění a konzervativní léčba temporomandibulární poruchy (například mezičelistní fixací, fyzikální terapií nebo manuální repozicí).	Lze vykázat 2/1kalendářní rok (omezení frekvencí neplatí pro odbornost 605, 015 a 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH;PE ⁵) Odbornost – 014; 015; 605	300 Kč
00963	<u>Injekce i. m., i. v., i. d., s. c.</u> Zahrnuje injekční aplikaci léčiva, včetně ceny aplikace, není-li aplikovaná látka hrazena jiným způsobem.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	53 Kč
00965	<u>Čas zubního lékaře strávený dopravou za imobilním pojištěncem</u>	Nelze vykázat spolu s výkonem dopravy. Odbornost – 014; 605 Výkon je hrazen na podkladě doporučení praktického lékaře	210 Kč
00966	<u>Signální výkon – informace o vydání Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti nebo Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)</u> Výkon vykazuje ošetřující lékař, který vystavuje Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, případně Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče).	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014	5 Kč
00967	<u>Signální výkon – informace o vydání Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti nebo Rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování (péče)</u> Výkon vykazuje ošetřující lékař, který Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti, případně Rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování (péče), vystavil.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014	5 Kč
00968	Stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-	Lze vykázat 1/1 den pouze v souvislosti s kódy 00951, 00952,	1 000 Kč

	<p>stomatochirurgem v ambulanci poskytovatele ambulantních hrazených služeb</p> <p>Ošetření na základě písemného doporučení jiného lékaře při neodkladných stavech. V souvislosti s léčením tohoto neodkladného stavu lze vykázat pouze 1x, písemná zpráva. V případě dalšího plánovaného ošetření daného pacienta již kód 00968 nelze znovu vykázat.</p> <p>Kód nelze 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).</p> <p>Kód není určen pro ambulance poskytovatelů lůžkových služeb, tzn. že kód není určen ani pro ambulance, kdy je provozovatel současně provozovatelem lůžkových služeb jakékoliv odbornosti..</p>	<p>00953, 00954, 00955, 00956, 00957, 00958, 00960, 00962.</p> <p>Odbornost - 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH. ' Ošetření na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení).</p>	
00970	<p><u>Sejmutí fixní náhrady – za každou piliřovou konstrukci</u></p> <p>Sejmutí fixní náhrady rázovým nástrojem nebo rozbroušením korunky a její deformací.</p>	<p>Lze vykázat 1/730 dní</p> <p>Nelze vykázat u provizorních náhrad.</p> <p>Lokalizace – zub</p> <p>Odbornost – 014; 015; 605</p>	91 Kč
00971	<p><u>Provizorní ochranná korunka</u></p> <p>Adaptace a fixace konfekční korunky k ochraně preparovaného, frangovaného nebo jinak destruovaného zubu, nebo individuální ochranná korunka zhotovená razidlovou metodou v ústech pacienta. Zahrnuje i opakované nasazení.</p>	<p>Lze vykázat 1/730 dní</p> <p>Lokalizace – zub</p> <p>Odbornost – 014; 015; 605</p>	69 Kč
00973	<p><u>Oprava nebo úprava snímatelné náhrady v ordinaci</u></p> <p>Oprava nebo jednoduchá úprava snímatelné náhrady v ordinaci bez návaznosti na další laboratorní zpracování.</p>	<p>Lze vykázat 5/1kalendářní rok</p> <p>Nelze vykázat při odevzdání nové snímatelné náhrady (nejdříve dva měsíce po odevzdání nové snímatelné náhrady).</p> <p>Lokalizace – čelist</p> <p>Odbornost – 014; 015; 605</p>	39 Kč
00974	<p><u>Odevzdání stomatologického výrobku</u></p> <p>Poskytovatel vykazuje při odevzdání stomatologického výrobku (kód slouží pouze pro vykazování zvlášť účtovaných léčivých přípravků a stomatologických výrobků (dokladem 03s).</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení</p> <p>Odbornost – 014; 015; 605</p>	0 Kč
00981	<p><u>Diagnostika ortodontických anomálií</u></p> <p>Zahrnuje orientační stomatologické vyšetření, komplexní ortodontické vyšetření, založení zdravotnické dokumentace. Tímto kódem se zahajuje</p>	<p>Lze vykázat 1/1 pojištěnce a poskytovatele</p> <p>Odbornost – 015</p>	600 Kč

	<p>ortodontická léčba a vykazování kódů odbornosti 015.</p> <p>Při převzetí již léčeného pojištěnce je nutné zahájit vlastní ortodontickou léčbu vstupním vyšetřením, založením vlastní dokumentace a vykazáním kódu 00981.</p>		
00982	<p><u>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk</u> <u>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem – na jeden zubní oblouk.</u> Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu včetně přípravy zubů.</p>	<p>Lze vykázat 1/1 čelist Lokalizace – čelist Odbornost – 015</p>	1 300 Kč
00983	<p><u>Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Kontrola postupu léčby a úprav na fixním aparátu na jednom i obou zubních obloucích, a to po vykazání kódu 00982 nebo 00994. Vztahuje se na všechny kontroly fixního aparátu v daném čtvrtletí a na kontrolu souběžně používaného snímacího aparátu.</p>	<p>Lze vykázat 1/1 čtvrtletí po dobu 4 let. Odbornost – 015</p>	800 Kč
00984	<p><u>Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Kontrola postupu léčby dle individuálního léčebného postupu a funkce snímacích aparátů včetně jejich úpravy. Pro sledování průběhu změn po ortodonticky indikovaných extrakcích bez aparátu. Vztahuje se na všechny kontroly snímacího aparátu v daném čtvrtletí.</p>	<p>Lze vykázat 1/1 čtvrtletí po dobu 4 let. Nelze vykázat pro léčbu ve fázi retence nebo při sledování růstu a vývoje chrupu a čelisti bez aktivní léčby. Odbornost – 015</p>	210 Kč
00985	<p><u>Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Po ukončení léčby ortodontických anomálií sejmutí fixního ortodontického aparátu na 1 zubní oblouk, zábrus zubů, včetně případné analýzy modelů (nezahrnuje případné zhotovení a analýzu telorentgenu a ortopantomogramu).</p>	<p>Lze vykázat 2/1 čelist S časovým odstupem 3 let lze vykázat jedenkrát na čelist v návaznosti na kód 00982 a jedenkrát na čelist v návaznosti kódu 00994. Lokalizace – čelist Odbornost – 015</p>	700 Kč
00986	<p><u>Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje</u> Kontrola pojištěnce před začátkem nebo po ukončení aktivní fáze ortodontické léčby snímacími nebo fixními aparáty podle individuálního léčebného postupu. Součástí může být i použití pevných, nebo snímacích dlah,</p>	<p>Lze vykázat 1/1 kalendářní pololetí, maximálně po dobu 4 let. Odbornost – 015</p>	220 Kč

	retainerů nebo jiných retenčních aparátů.		
00987	<u>Stanovení fáze růstu</u> Určení růstové fáze pojištěnce – skeletální věk, zhodnocením rentgenového snímku ruky nebo krčních obratlů.	Lze vykázat 2/1 pojištěnce Odbornost – 015	53 Kč
00988	<u>Analýza telerentgenového snímku lbi</u> Vyhodnocení profilového, eventuálně zadopředního dálkového rentgenového snímku lbi pomocí speciálních měření.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 015	116 Kč
00989	<u>Analýza ortodontických modelů</u> Vyhodnocení ortodontických modelů zubních oblouků a přilehlých tkání, včetně případných dalších speciálních měření.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 015	315 Kč
00990	<u>Diagnostická přestavba ortodontického modelu</u> Přestavba zubů ortodontického modelu jedné čelisti z diagnostických důvodů nebo modelová operace čelistí k chirurgickým účelům.	Lze vykázat 1/1 čelist Lokalizace – čelist Odbornost – 015	473 Kč
00991	<u>Nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku</u> Palatinální nebo linguální expanzní nebo kotevní drátěný oblouk nebo lip-bumper, továrně zhotovené, jejich adaptace a zasazení do zařízení na krouzcích.	Lze vykázat 1/1 čelist Lokalizace – čelist Odbornost – 015	173 Kč
00992	<u>Nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky</u> Nasazení intra-extraorálního drátěného oblouku (uzdy), nebo bradové peloty a ortodontní čapky či krční pásky nebo obličejové masky typu Delaire, Hickham a podobně za účelem extraorálního kotvení, včetně poučení o způsobu použití a názorného předvedení.	Lze vykázat 1/1 pojištěnce Odbornost – 015	210 Kč
00993	<u>Navázání parciálního oblouku</u> Příprava a navázání částečného drátěného oblouku v rozsahu do 6 zubů do zámků nebo kanyl jako součásti fixního aparátu.	Lze vykázat 4/1kalendářní pololetí (1x na kvadrant). Odbornost – 015	300 Kč
00994	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk</u> <u>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk ve smíšeném chrupu pro protruzní vady s incizálním schůdkem 9 mm a více, zkřížený skus, diastema větší než 4 mm, zákus, retence nebo dystopie</u>	Lze vykázat 1/1 čelist do věku 10 let. Lokalizace – čelist Odbornost – 015	900 Kč

	horního stálého řezáku. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu.		
--	---	--	--

Vysvětlení zkratk:

PZL praktický zubní lékař

PA parodontolog

CH stomatochirurg

PE pedostomatolog

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

Index vážené změny počtu pojištěnců mezi 1.1.2015 a 1.1.2013							
kraj / ZP	VZP ČR	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZP MV ČR	RBP
Hlavní město Praha	1,004	1,061	1,126	0,996	1,000	1,063	1,000
Jihočeský	0,989	1,033	1,101	1,042	1,000	1,065	1,000
Jihomoravský	0,982	1,133	1,040	1,008	1,000	1,059	1,055
Karlovarský	0,981	1,051	1,051	1,163	1,000	1,063	1,000
Kraj Vysočina	0,999	1,057	1,043	1,085	1,000	1,054	1,000
Královehradecký	0,977	1,057	1,024	1,116	1,022	1,089	1,000
Liberecký	0,995	1,046	1,021	1,174	1,070	1,090	1,000
Moravskoslezský	0,949	1,013	1,026	1,148	1,000	1,058	1,068
Olomoucký	0,972	1,057	1,029	1,152	1,000	1,062	1,072
Pardubický	0,989	1,076	1,041	1,128	1,000	1,073	1,000
Plzeňský	0,978	1,083	1,018	1,075	1,000	1,084	1,000
Středočeský	0,989	1,110	1,027	1,049	1,009	1,078	1,000
Ústecký	0,988	1,069	1,028	1,057	1,000	1,071	1,000
Zlínský	0,987	1,053	1,055	1,084	1,000	1,069	1,039

Vysvětlení zkratk:

VZP ČR – Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

VoZP – Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky

ČPZP – Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

OZP – Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

ZPŠ – Zdravotní pojišťovna Škoda

ZP MV ČR – Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky

RBP – Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

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

Index vážené změny počtu pojištěnců mezi 1.1.2015 a 1.1.2013							
kraj / ZP	VZP ČR	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZP MV ČR	RBP
Hlavní město Praha	1,008	1,072	1,169	0,990	1,000	1,063	1,000
Jihočeský	0,979	1,024	1,118	1,027	1,000	1,051	1,000
Jihomoravský	0,974	1,143	1,043	0,999	1,000	1,045	1,028
Karlovarský	0,966	1,040	1,047	1,185	1,000	1,041	1,000
Kraj Vysočina	0,990	1,044	1,037	1,087	1,000	1,038	1,000
Královehradecký	0,966	1,053	1,021	1,123	1,023	1,072	1,000
Liberecký	0,986	1,038	1,003	1,199	1,077	1,075	1,000
Moravskoslezský	0,935	0,982	1,016	1,171	1,000	1,032	1,050
Olomoucký	0,961	1,047	1,018	1,164	1,000	1,041	1,062
Pardubický	0,979	1,073	1,041	1,141	1,000	1,060	1,000
Plzeňský	0,969	1,072	1,006	1,088	1,000	1,068	1,000
Středočeský	0,984	1,107	1,021	1,066	1,005	1,074	1,000
Ústecký	0,978	1,064	1,035	1,053	1,000	1,053	1,000
Zlínský	0,978	1,056	1,048	1,076	1,000	1,051	1,019

Vysvětlení zkratk:

VZP ČR – Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

VoZP – Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky

ČPZP – Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

OZP – Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

ZPŠ – Zdravotní pojišťovna Škoda

ZP MV ČR – Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky

RBP – Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

Léčivé přípravky vyjmuté z platby případovým paušálem

1. Z platby případovým paušálem jsou vyjmuty:

1.1. Léčivé přípravky obsahující tyto léčivé látky:

B02BB01

B02BD01

B02BD02

B02BD03

B02BD04

B02BD05

B02BD06

B02BD07

B02BD08

B02BD09

B02BD10

B05AA02

1.2. Tyto individuálně vyráběné léčivé přípravky:

Kryoprotein (0207926)

Plazma čerstvá, zmrazená pro klinické použití (0207921)