II.

N á v r h

VYHLÁŠKA

ze dne 2020

o stanovení způsobu zahrnutí kompenzace do výše úhrad za hrazené služby poskytnuté v roce 2020

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 1 odst. 2 zákona č. …./2020 Sb., o kompenzacích osobám poskytujícím hrazené zdravotní služby zohledňujících dopady epidemie onemocnění COVID-19 v roce 2020 (dále jen „kompenzační zákon“):

§ 1

(1) Tato vyhláška stanoví způsob zahrnutí kompenzace do výše úhrad za hrazené služby poskytnuté v roce 2020. Za tímto účelem tato vyhláška stanoví:

1. kompenzační hodnoty bodu (dále jen „hodnota bodu“),
2. kompenzační výši úhrad za hrazené služby (dále jen „výše úhrad“) poskytované pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon“) a za hrazené služby poskytované pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, členských států Evropského hospodářského prostoru a Švýcarské konfederace podle přímo použitelných předpisů Evropské unie upravujících koordinaci systémů sociálního zabezpečení[[1]](#footnote-2))a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast hrazených služeb[[2]](#footnote-3)), (dále jen „zahraniční pojištěnec“),
3. kompenzační regulační omezení pro úhrady uvedené v § 3 až 20 (dále jen „regulační omezení“), a
4. výši záloh na kompenzace.

(2) Poskytovatelem podle této vyhlášky je

1. poskytovatel lůžkové péče,
2. poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,
3. poskytovatel specializované ambulantní péče, poskytovatel dialyzační zdravotní péče a poskytovatel v odbornostech 905, 919 a 927 podle vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami[[3]](#footnote-4)) (dále jen „seznam výkonů“),
4. poskytovatel ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů,
5. poskytovatel v oboru zubní lékařství,
6. poskytovatel ambulantní péče v odbornostech 222, 801, 802, 806 až 810, 812 až 819 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen „vyjmenovaná odbornost“),
7. poskytovatel ambulantní péče v odbornostech 911, 914, 916, 921 a poskytovatel domácí péče v odbornostech 925 a 926 podle seznamu výkonů,
8. poskytovatel ambulantní péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů,
9. poskytovatel zdravotnické záchranné služby, poskytovatel přepravy pacientů neodkladné péče, poskytovatel zdravotnické dopravní služby, poskytovatel lékařské pohotovostní služby a poskytovatel pohotovostní služby v oboru zubní lékařství,
10. poskytovatel lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravovna,
11. poskytovatel lékárenské péče,
12. poskytovatel sociálních služeb, který má se zdravotní pojišťovnou uzavřenou zvláštní smlouvu podle zákona.

§ 2

(1) Referenčním obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2018. Referenčními hodnotami poskytovatele jsou hodnoty příslušných úhradových ukazatelů poskytovatele v referenčním období.

(2) Hodnoceným obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2020.

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

(4) Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2020, poskytovatelem vykázané do 31. března 2021 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2021.

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

§ 3

(1) Unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí pojištěnec zdravotní pojišťovny ošetřený poskytovatelem v konkrétní odbornosti v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jednou, s tím, že není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastních zdravotních služeb nebo zdravotních služeb vyžádaných, pokud není dále stanoveno jinak.

(2) Pokud byl unikátní 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.

(3) V případě sloučení zdravotních pojišťoven se pojištěnec, který byl v hodnoceném období nebo referenčním období ošetřen u více než jedné ze sloučených zdravotních pojišťoven, započte do počtu unikátních pojištěnců 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 není dále stanoveno jinak.

(5) Pokud byl globální unikátní pojištěnec poskytovatelem ošetřen v hodnoceném období nebo referenčním období vícekrát, a to bez ohledu na počet odborností, v nichž byl pojištěnec ošetřen, zahrnuje se do počtu globálních unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených u daného poskytovatele pouze jednou.

(6) V případě sloučení zdravotních pojišťoven se pojištěnec, který byl v hodnoceném období nebo referenčním období ošetřen u více než jedné ze sloučených zdravotních pojišťoven, započte do počtu globálních unikátních pojištěnců pouze jednou.

(7) Má-li zdravotní pojišťovna při stanovení výše úhrad nebo regulačních omezení použít hodnoty úhradových ukazatelů srovnatelných poskytovatelů, použije k určení těchto hodnot příslušné hodnoty všech smluvních poskytovatelů, kteří v hodnoceném období poskytují zdravotní služby ve srovnatelném celkovém rozsahu a struktuře jako poskytovatel, pro kterého se ustanovení o srovnatelném poskytovateli používá.

(8) Mezinárodní klasifikací nemocí se pro účely této vyhlášky rozumí Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10)[[4]](#footnote-5)).

§ 4

V případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům se stanoví úhrada ve stejné výši jako pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona.

§ 5

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli lůžkové péče, s výjimkou hrazených služeb poskytovaných poskytovateli následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče nebo zvláštní lůžkové péče, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb, regulační omezení a výše záloh na kompenzaci stanoví v přílohách č. 1, 9, 10, 12, 13, 14 a 15 k této vyhlášce.

(2) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, zvláštní lůžkové péče nebo zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. c) zákona a pro hrazené služby poskytované poskytovateli sociálních služeb, kteří mají se zdravotní pojišťovnou uzavřenou zvláštní smlouvu podle zákona, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb, regulační omezení a výše záloh na kompenzaci stanoví v příloze č. 1 k této vyhlášce.

§ 6

1. Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost hrazené **kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace nebo podle seznamu výkonů se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb, regulační omezení a výše záloh na kompenzaci stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce.**
2. **Ordinačními hodinami jsou pro účely přílohy č. 2 k této vyhlášce ordinační hodiny sjednané ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem, kdy je na pracovišti poskytovatele pro pojištěnce dostupný alespoň jeden lékař daného pracoviště se specializovanou způsobilostí, s tím, že se do ordinačních hodin nezapočítává doba věnovaná návštěvní službě a administrativním činnostem.**

§ 7

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

§ 8

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

§ 9

Výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství a příslušná regulační omezení se stanoví v příloze č. 11 k této vyhlášce. Úhrada za hrazené služby podle přílohy č. 11 poskytnuté od 1. července 2020 se navýší o 9,84 %, s výjimkou výkonu 00944, který se navyšuje o 4 Kč. Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli měsíčně, a to ve výši navýšení úhrady podle věty druhé vztahujícího se k vykázaným hrazeným službám.

§ 10

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

§ 11

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 911, 914, 916, 921 a poskytovateli domácí péče v odbornostech 925 a 926 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se **hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a výše záloh na kompenzaci stanoví v příloze č. 6 k této vyhlášce.**

§ 12

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

§ 13

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

§ 14

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické záchranné služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,23 Kč, s výjimkou výkonů přepravy podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč, a s výjimkou výkonu č. 06714 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 06714 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí limit úhrady za tyto výkony v roce 2018.

(2) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,21 Kč, s výjimkou výkonů přepravy podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč, a s výjimkou výkonu č. 06714 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 06714 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí limit úhrady za tyto výkony v roce 2018.

(3) Pro hrazené služby poskytnuté od 1. července 2020 se hodnota bodu podle odstavců 1 a 2 navyšuje o 0,06 Kč, s výjimkou výkonů přepravy podle seznamu výkonů, pro které se hodnota bodu navyšuje o 0,05 Kč, a s výjimkou výkonu č. 06714 podle seznamu výkonů.

(4) Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli měsíčně, a to ve výši navýšení úhrady podle odstavce 3 vztahujícího se k vykázaným hrazeným službám.

§ 15

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby se výše úhrady stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony přepravy pro poskytovatele

a) poskytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu s hodnotou bodu ve výši 1,10 Kč,

b) neposkytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu s hodnotou bodu ve výši 0,90 Kč.

(2) Pro výkon přepravy č. 69 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.

(3) Pro hrazené služby poskytnuté od 1. července 2020 se hodnota bodu podle odstavce 1 písm. a) navýší o 0,22 Kč a hodnota bodu podle odstavce 1 písm. b) a podle odstavce 2 se navýší o 0,18 Kč.

(4) Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli měsíčně, a to ve výši navýšení úhrady podle odstavce 3 vztahujícího se k vykázaným hrazeným službám.

§ 16

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v rámci lékařské pohotovostní služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč pro zdravotní výkony a výkony přepravy podle seznamu výkonů.

(2) Pro stanovení výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v rámci pohotovostní služby v oboru zubní lékařství a stanovení regulačních omezení pro tyto hrazené služby se použije § 9.

§ 17

(1) Pro komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé, děti a dorost poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za 1 den pobytu ve výši 105,4 % smluvně sjednané úhrady za 1 den pobytu pro rok 2019. Nebyla-li úhrada za 1 den pobytu pro rok 2019 sjednána do 31. prosince 2019 včetně, stanoví se úhrada ve výši úhrady hrazené srovnatelným poskytovatelům. Úhrada za ubytování a stravu průvodce pojištěnce se stanoví ve stejné výši jako úhrada za tyto složky u pojištěnců, kterým je poskytována komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče pro dospělé. Úhrada podle věty první až třetí se navyšuje o 15 % za hrazené služby poskytnuté od 1. července 2020.

(2) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé, děti a dorost poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za 1 den pobytu ve výši 105,4 % smluvně sjednané úhrady za 1 den pobytu pro rok 2019. Nebyla-li úhrada za 1 den pobytu pro rok 2019 sjednána do 31. prosince 2019 včetně, stanoví se úhrada ve výši úhrady hrazené srovnatelným poskytovatelům. Úhrada podle věty první a druhé se navyšuje o 15 % za hrazené služby poskytnuté od 1. července 2020.

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

(4) Pro hrazené služby poskytované v ozdravovnách se stanoví úhrada za 1 den pobytu ve výši 958 Kč, která se skládá ze složky ubytování, stravování a složky ozdravný program. Navýšení úhrady oproti roku 2019 se provede ve složce ozdravného programu. Úhrada za ubytování a stravu průvodce pojištěnce se stanoví ve stejné výši jako úhrada za tyto složky u pojištěnců, kterým jsou poskytovány hrazené služby v ozdravovnách. Úhrada podle věty první až třetí se navyšuje o 15 % za hrazené služby poskytnuté od 1. července 2020.

(5) Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli měsíčně, a to ve výši navýšení úhrady podle odstavců 1 a 2 a odstavce 4 poslední věty vztahujícího se k vykázaným hrazeným službám.

§ 18

(1) Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 35 Kč,  přičemž u výkonů vykázaných v souvislosti s hrazenou službou poskytnutou od 1. července 2020 se tato úhrada navýší o 4 Kč.

(2) Úhrada podle odstavce 1 se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby.

(3) Odstavec 1 se nepoužije na poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče a na poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, na poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, na poskytovatele v oboru zubní lékařství a na poskytovatele ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů.

(4) Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli měsíčně, a to ve výši navýšení úhrady podle odstavce 1 vztahujícího se k vykázaným hrazeným službám.

§ 19

(1) Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09552 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 15 Kč,  přičemž u výkonů vykázaných v souvislosti s vydáním léčivého přípravku od 1. července 2020 se tato úhrada navýší o 1 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09552 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí částku ve výši patnáctiapůlnásobku počtu vykázaných výkonů č. 09552 podle seznamu výkonů v referenčním období.

(2) U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, vznikl v průběhu referenčního období nebo neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna počty výkonů č. 09552 podle seznamu výkonů vykázaných srovnatelnými poskytovateli a uznaných zdravotní pojišťovnou v referenčním období.

(3) V rámci vyúčtování podle § 2 odst. 1 kompenzačního zákona zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli 12 Kč za každé převedení listinného receptu do elektronické podoby. Toto platí jen pro ztotožněné pojištěnce.

(4) Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli měsíčně, a to ve výši navýšení úhrady podle odstavce 1 vztahujícího se k vykázaným hrazeným službám.

§ 20

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

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

(3) Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 006 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč.

(4) Za každou epizodu péče spojenou s převzetím pacienta od zdravotnické záchranné služby u poskytovatele akutní lůžkové péče se stanoví úhrada ve výši 1 000 Kč. Tato péče bude poskytovatelem vykázána výkonem č. 09564 podle seznamu výkonů. Tato úhrada se nezapočítává do výše úhrady za hrazené služby stanovené podle přílohy č. 1 k této vyhlášce.

(5) Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09115 podle seznamu výkonů, vykázaný u pacientů s diagnózou U07.1 a U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí, poskytnutý od 1. července 2020 se poskytovateli navýší úhrada o 50 Kč. Toto navýšení úhrady se nezapočítává do výše úhrady za hrazené služby stanovené podle příloh č. 1 až 8 k této vyhlášce.

(6) Poskytovateli, který v hodnoceném období provozoval odběrové centrum pro testování na onemocnění COVID-19, se za každý celý kalendářní měsíc provozu tohoto centra v rozsahu alespoň 10 pracovních dní, pokud v daném měsíci vykázal a byl mu zdravotní pojišťovnou uznán alespoň jeden výkon č. 09115 podle seznamu výkonů, navýší úhrada o K x 100 000 Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese, v němž je provozováno odběrové centrum, podle bodu 1 přílohy č. 14 k této vyhlášce. Toto navýšení úhrady se nezapočítává do výše úhrady za hrazené služby stanovené podle příloh č. 1 až 8 k této vyhlášce.

(7) Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli měsíčně, a to ve výši navýšení úhrady podle odstavců 5 a 6 vztahujícího se k vykázaným hrazeným službám.

§ 21

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. července 2020.

Ministr zdravotnictví:

Příloha č. 1 k vyhlášce č. …./2020 Sb.

**Hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení podle § 5**

* 1. **Hrazené služby podle § 5 odst. 1**

1. Úhrada poskytovateli v roce 2020 zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady, paušální úhradu, úhradu vyčleněnou z paušální úhrady, úhradu formou případového paušálu a úhradu za ambulantní péči (dále jen „ambulantní složka úhrady“). Pro výpočet referenčních hodnot individuálně smluvně sjednané složky úhrady, paušální úhrady, úhrady vyčleněné z paušální úhrady, úhrady formou případového paušálu a ambulantní složky úhrady jsou do výpočtu zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2018, poskytovatelem vykázané do 31. března 2019 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2019.
   1. Zdravotní pojišťovna vyhodnotí soulad vykazování markerů CZ-DRG poskytovatelem s Metodikou vykazování markerů CZ-DRG uvedenou v Klasifikaci hospitalizovaných pacientů CZ DRG pro rok 2020[[5]](#footnote-6)) (dále jen „Klasifikace CZ-DRG“) v souladu s povinností poskytovatele podle přílohy č. 1 části A bodu 1.1 vyhlášky č. 268/2019 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020 (dále jen „vyhláška č. 268/2019 Sb.“). V případě nevykazování CZ-DRG markerů v souladu s metodikou u více jak 10 % hospitalizačních případů, minimálně však u 10 případů, může zdravotní pojišťovna u případů, u nichž nebyly markery CZ-DRG náležitě vykazovány, snížit úhradu o 0,5 %.
2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady
   1. Pokud si zdravotní pojišťovna a poskytovatel dohodnou rozdílnou výši a způsob úhrady hrazených služeb i pro hrazené služby, jež jsou zahrnuty v paušální úhradě, v úhradě vyčleněné z paušální úhrady nebo v úhradě formou případového paušálu, úhrada za tyto služby se nezapočítá do úhrady uvedené v bodech 3 až 7.
3. Výše úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely (dále jen „léčivý přípravek“) označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění, (dále jen „vyhláška č. 376/2011 Sb.), se stanoví podle poskytovatelem vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného léčivého přípravku v jednotkové ceně, maximálně však ve výši uvedené v bodech 2.2.1 až 2.2.3.
   * 1. Pro onemocnění HIV/AIDS, hereditární angioedém a pro profylaxi rizikových dětí vystavených expozici respiračního syncytiálního viru se stanoví maximální úhrada na jeden podaný léčivý přípravek ve výši poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané úhrady v roce 2018.
4. Pro skupiny:

|  |
| --- |
| * + - * 1. Dermatologie (Aktinická keratóza, Psoriáza těžká) |
| * + - * 1. Dýchací soustava 1 (Astma, CHOPN) |
| * + - * 1. Dýchací soustava 2 (Idiopatická plicní fibróza) |
| * + - * 1. Endokrinologie (Akromegalie, Endokrinní oftalmopatie, Toxická struma štítné žlázy, Růstové hormony) |
| * + - * 1. Hematoonkologie (Leukemie, Lymfomatózní meningitida, Lymfomy, Mnohočetný myelom, Myelo-dysplastické syndromy, Podpůrná hematoonkologie, Zhoubné imunoproliferativní nemoci, Hematologie) |
| * + - * 1. Imunitní systém (Autoinflamatorní onemocnění, Digitální ulcerace u systémové sklerodermie, Polyangiitida, Transplantace) |
| * + - * 1. Infekce (Hepatitida C) |
| * + - * 1. Metabolické vady (Fabryho choroba, Gaucherova choroba, Metabolické vady) |
| * + - * 1. Neurologie 1 (Epilepsie, Narkolepsie, Parkinsonova choroba, Substituční léčba) |
| * + - * 1. Neurologie 2 (Roztroušená skleróza) |
| * + - * 1. Oběhový systém (Plicní arteriální hypertenze) |
| * + - * 1. Oftalmologie (Centrální venózní okluze, Makulární degenerace, Oftalmologie – DM, Vitreomakulární trakce, Oftalmologie – jiné) |
| * + - * 1. Onkologie – solidní nádory (Hepatocelulární karcinom, Nádory hlavy a krku, Nádory kolorekta, Nádory ledviny, Nádory močového ústrojí, Nádory mozku, Nádory ovarií, Nádory plic, Nádory prostaty, Nádory prsu, Nádory slinivky, Nádory štítné žlázy, Nádory z embryonálních buněk, Nádory žaludku, Osteosarkom, pNET, Sarkomy měkkých tkání, Jiné nádory měkkých tkání, Jiné ZN kůže, Kožní lymfomy, Maligní melanom, Mezoteliom pleury) |
| * + - * 1. Osteoporóza |
| * + - * 1. Revmatologie (Bechtěrevova choroba, Artritida, Lupus erythematosus, Psoriatická artritida) |
| * + - * 1. Trávicí soustava (Crohnova choroba, Ulcerózní kolitida) |
| * + - * 1. Cystická fibróza |
| * + - * 1. Spinální svalová atrofie |
| * + - * 1. Ostatní – výše neuvedená onemocnění s výjimkou skupiny hepatologie |
| * + - * 1. Hepatologie – onemocnění jater a žlučových cest |

se stanoví maximální úhrada takto:

kde:

je maximální úhrada v hodnoceném období.

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

 je celková úhrada v referenčním období za léčbu onemocnění *i.*

je celková úhrada v roce 2019 za léčbu onemocnění hepatologie*.*

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



Maximální úhrada je stanovena pro všechny skupiny onemocnění dohromady.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnostická skupina** | **Index navýšení úhrady** |
| Dermatologie | 1,219 |
| Dýchací soustava 1 | 1,461 |
| Dýchací soustava 2 | 1,214 |
| Endokrinologie | 1,184 |
| Hematoonkologie | 1,217 |
| Imunitní systém | 2,767 |
| Infekce | 1,368 |
| Metabolické vady | 1,067 |
| Neurologie 1 | 1,247 |
| Neurologie 2 | 1,338 |
| Oběhový systém | 1,116 |
| Oftalmologie | 1,299 |
| Onkologie – solidní nádory | 1,266 |
| Osteoporóza | 1,277 |
| Revmatologie | 1,008 |
| Trávicí soustava | 1,007 |
| Cystická fibróza | 2,800 |
| Spinální svalová atrofie | 1,570 |
| Ostatní | 1,190 |

* + 1. Úhrada za léčbu léčivými přípravky poskytnutými pojištěncům v hodnoceném období nad celkový limit úhrady stanovený podle bodů 2.2.1 až 2.2.3 se uhradí po předchozí dohodě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem.
  1. Za každý případ hospitalizace poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, u kterého bylo indikováno testování na onemocnění COVID-19, se navyšuje úhrada poskytovateli o 1 674 Kč:

a) za každé současné vykázání výkonů č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů, jde-li o případ s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí,

b) jde-li o případ s diagnózou U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud byly alespoň jednou současně vykázány výkony č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů.

Tato navýšení úhrady se nezapočítávají do úhrady uvedené v bodech 3 až 6.

* 1. U případů hospitalizace s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle pravidel pro Klasifikaci hospitalizovaných pacientů pro rok 2020[[6]](#footnote-7)) (dále jen „Klasifikace“), se navyšuje úhrada poskytovateli o 2 331 Kč za každý vykázaný ošetřovací den, s výjimkou ošetřovacích dnů č. 51 až 78 podle seznamu výkonů, za které se úhrada navyšuje o 59 064 Kč. Toto navýšení úhrady se nezapočítá do úhrady uvedené v bodech 3 až 6 a je určeno na navýšení odměny zdravotnických pracovníků poskytujících péči o pacienty s onemocněním COVID-19.

1. Paušální úhrada
   1. Paušální úhrada zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které současně nespadají do úhrady podle části A bodu 5 této přílohy. V případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v části A bodě 3.7 této přílohy, paušální úhrada nezahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.
   2. Případy hospitalizací se při výpočtu proměnných v referenčním období rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí Klasifikace zařazené do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce. Případy hospitalizací se při výpočtu proměnných v hodnoceném období rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí Klasifikace zařazené do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které zároveň nespadají do definice případů hospitalizací dle proměnné podle části A bodu 5 této přílohy.
   3. Pro výkony ošetřovacího dne č. 00031 a 00032 podle seznamu výkonů, vyjmuté z paušální úhrady, se stanoví paušální sazba za ošetřovací den ve výši 447 Kč.
   4. Léčivé přípravky vyjmuté z paušální úhrady a uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2019.
   5. Vyžádanou extramurální péčí se rozumí péče související s hospitalizací pojištěnce u poskytovatele, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji účtuje zdravotní pojišťovně. U případů hospitalizace s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí se do extramurální péče nezahrnou vykázané výkony č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů. U případů hospitalizace s diagnózou U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí se do extramurální péče nezahrne první současné vykázání výkonů č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů.

3.6 Výše paušální úhrady se stanoví jako CELK PUdrg,2020 podle výrazu:

kde:

je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 vykázaných poskytovatelem se statutem centra vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče nebo se statutem centra vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii podle zákona o zdravotních službách[[7]](#footnote-8)) a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce, pokud jde o hrazené služby, které splňují pravidla pro zařazování případů pro rok 2018 podle Klasifikace CZ-DRG.

v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce. V ostatních případech nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

 je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky. V ostatních případech nabývá hodnoty 0.

je podíl počtu případů hospitalizací s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu případů hospitalizací, přičemž případem hospitalizace se rozumí případ hospitalizace podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, zařazený podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.

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

a kde IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

(i)

kde:

je referenční výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané služby hrazené paušální úhradou. se vypočte následovně:

kde:

je celková výše paušální úhrady v referenčním období.

je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 37 275 Kč pro poskytovatele, který má statut centra vysoce specializované onkologické péče a zároveň statut alespoň dvou center vysoce specializované péče z následujícího seznamu: centrum vysoce specializované cerebrovaskulární péče, centrum vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro dospělé, centrum vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče, centrum vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii, centrum vysoce specializované péče pro izolaci pacientů s podezřením na vysoce nakažlivou nemoc podle zákona o zdravotních službách. Pokud poskytovatel nesplňuje podmínky uvedené ve větě první, ale má statut centra vysoce specializované onkologické péče a zároveň statut alespoň dvou center vysoce specializované péče z následujícího seznamu - centrum vysoce specializované cerebrovaskulární péče, centrum vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro dospělé, centrum vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče, centrum vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii, centrum vysoce specializované péče pro izolaci pacientů s podezřením na vysoce nakažlivou nemoc, centrum vysoce specializované péče o pacienty s iktem, centrum vysoce specializované kardiovaskulární péče podle zákona o zdravotních službách - minimální základní sazba se stanoví ve výši 34 125 Kč. Pro ostatní poskytovatele se minimální základní sazba stanoví ve výši 29 000 Kč.

je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze podle přílohy č. 10 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v referenčním období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

celková úhrada poskytovateli za služby zařazené do individuálně smluvně sjednaných bazí v referenčním období.

navýšení úhrad podle typu ošetřovacího dne uvedené v příloze č. 9 k této vyhlášce v referenčním období za ošetřovací dny případů hospitalizací podle bodu 3.2 zařazených do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.

funkce maximum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejvyšší.

a kde:

je koeficient navýšení, který se vypočte následovně:

kde:

*ARCTG* je funkce Arkus tangens

(ii) se vypočítá následovně:

1. Pokud je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním nebo hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a nespadajících do případů hospitalizací dle proměnných a , které byly ukončeny přeložením pacienta k poskytovateli následné péče nebo na oddělení následné péče téhož poskytovatele (dále jen „kód ukončení léčení 4“) nebo přeložením pacienta k jinému poskytovateli akutní lůžkové péče (dále jen „kód ukončení léčení 5“), menší nebo roven 100 nebo pokud nebo pokud , stanoví se redukovaný casemix takto:

kde:

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

 je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce. V ostatních případech nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

 je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.

v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce. V ostatních případech nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

 je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.

je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, pokud jde o hrazené služby, které splňují pravidla pro zařazování případů pro rok 2018 podle Klasifikace CZ-DRG.

v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce. V ostatních případech nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

1. V ostatních případech se redukovaný casemix stanoví takto:

,

kde:

kde:

 je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce. V ostatních případech nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce, pokud jde o hrazené služby, které splňují pravidla pro zařazování případů pro rok 2018 podle Klasifikace CZ-DRG.

v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce. V ostatních případech nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

 je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5. V ostatních případech nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

 je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných příapdů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, pokud jde o hrazené služby, které současně splňují pravidla pro zařazování případů pro rok 2018 podle Klasifikace CZ-DRG.

v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5. V ostatních případech nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

a kde:

kde:

 je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce. V ostatních případech nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací..

je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3., je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5. V ostatních případech nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, pokud jde o hrazené služby, které současně splňují pravidla pro zařazování případů pro rok 2018 dle Klasifikace CZ-DRG.

v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5. V ostatních případech nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

(iii) IZP je index změny produkce vypočtený takto:

kde:

(iv) je navýšení úhrad podle typu ošetřovacího dne vypočtené následovně:

kde:

je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetřovacího dne typu *i*, vykázaných v rámci případů hospitalizace podle bodu 3.2 ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, kde *i* nabývá hodnot 1 až *n* a označuje typ ošetřovacího dne podle seznamu výkonů.

je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetřovacího dne typu *i*, vykázaných v rámci případů hospitalizace podle bodu 3.2 ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, pokud jde o hrazené služby, které splňují pravidla pro zařazování případů pro rok 2018 dle Klasifikace CZ-DRG, kde *i* nabývá hodnot 1 až *n* a označuje typ ošetřovacího dne podle seznamu výkonů.

v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetřovacího dne typu *i*, vykázaných v rámci případů hospitalizace podle bodu 3.2 ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, kde *i* nabývá hodnot 1 až *n* a označuje typ ošetřovacího dne podle seznamu výkonů. V ostatních případech nabývá hodnoty 0.

je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetřovacího dne typu *i*, vykázaných v rámci případů hospitalizace podle bodu 3.2 ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, kde *i* nabývá hodnot 1 až *n* a označuje typ ošetřovacího dne podle seznamu výkonů.

v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetřovacího dne typu *i*, vykázaných v rámci případů hospitalizace podle bodu 3.2 ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, kde *i* nabývá hodnot 1 až *n* a označuje typ ošetřovacího dne podle seznamu výkonů. V ostatních případech nabývá hodnoty 0.

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

* 1. Poskytovatel musí splnit současně všechny podmínky uvedené v tomto bodě pro účely úhrady bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce formou úhrady vyčleněné z paušální úhrady. Vyhodnocení plnění podmínek dle tohoto bodu provede zdravotní pojišťovna do 20. května 2021.
     1. Počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny přeložením pacienta k poskytovateli následné psychiatrické péče, nepřekročí 60 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.
     2. Počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny přeložením pacienta k jinému poskytovateli akutní psychiatrické péče, nepřekročí 5 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.
     3. Počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2 s hlavní diagnózou F00 až F07, F20 až F29, F30 až F39 a F80 až F98 podle mezinárodní klasifikace nemocí, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, bude větší nebo roven 40 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.
     4. Počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2 s vedlejší diagnózou R45.1, R45.4 nebo R45.6 podle mezinárodní klasifikace nemocí, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, bude větší nebo roven 8 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.
     5. Počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2 bez souhlasu pacienta, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, bude větší nebo roven 5 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.
     6. Poskytovatel zajišťuje nepřetržitou péči v režimu 24 hodin denně 7 dní v týdnu při příjmu pacientů k hospitalizacím, zařazovaným podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.

1. Úhrada vyčleněná z paušální úhrady
   1. Úhrada vyčleněná z paušální úhrady zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce. V případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7 části A této přílohy, úhrada vyčleněná z paušální úhrady dále zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.
   2. Případy hospitalizací se při výpočtu , , , a rozumí případy hospitalizací přepočtené podle Klasifikace.
   3. Léčivé přípravky vyjmuté z paušální úhrady a uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2019.
   4. Pro hrazené služby vyčleněné z paušální úhrady zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, se stanoví úhrada ve výši:

,

kde:

CM2020,017,13 je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období a zdravotní pojišťovnou uznaných, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 13 k této vyhlášce.

je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 34 125 Kč pro poskytovatele, který má statut centra vysoce specializované intenzivní zdravotní péče v perinatologii. Pro ostatní poskytovatele se minimální základní sazba stanoví ve výši 29 000 Kč.

IZS2018,13 je individuální základní sazba vypočtená takto:

kde:

Udrg,2018,13 je celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v referenčním období, zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, zvýšená o hodnotu vyžádané extramurální péče oceněné hodnotami bodu platnými v referenčním období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, snížená o úhradu léčivých přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce a snížená o k těmto případům příslušné navýšení úhrad podle typu ošetřovacího dne uvedené v příloze č. 9 k této vyhlášce.

CM2018,017,13  je počet případů hospitalizací ukončených v referenčním období a zdravotní pojišťovnou uznaných, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 13 k této vyhlášce.

a kde:

je koeficient navýšení, který se vypočte následovně:

a kde:

je navýšení úhrad podle typu ošetřovacího dne vypočtené následovně:

kde:

je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetřovacího dne typu *i*, vykázaných v rámci případů hospitalizace ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, a to včetně ošetřovacích dnů, které byly vykázány v rámci případů hospitalizace zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, kde *i* nabývá hodnot 1 až *n* a označuje typ ošetřovacího dne podle seznamu výkonů.

je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetřovacího dne typu *i*, vykázaných v rámci případů hospitalizace ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, a to včetně ošetřovacích dnů, které byly vykázány v rámci případů hospitalizace podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, kde *i* nabývá hodnot 1 až *n* a označuje typ ošetřovacího dne podle seznamu výkonů.

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

kde:

je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období a zdravotní pojišťovnou uznaných, zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002 vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 13 k této vyhlášce.

je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002 vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

je základní sazba pro transplantace, která se stanoví ve výši 63 000 Kč.

* 1. Pro hrazené služby vyčleněné z paušální úhrady zařazené podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vykázané poskytovatelem splňujícím podmínky uvedené v bodě 3.7 části A této přílohy a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, se stanoví úhrada ve výši:

kde:

je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1930, 1933 a 1934, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce

je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901, 1931, 1932 a 1935 až 1940 vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce

je minimální základní sazba pro rok 2020, která se stanoví ve výši 37 275 Kč.

je koeficient bonifikace za transformační plán, který nabývá hodnoty 1,8 v případě, že poskytovatel předložil plán restrukturalizace lůžek v rámci reformy psychiatrické péče, který byl schválen Ministerstvem zdravotnictví a předložen zdravotní pojišťovně do 31. prosince 2019. V ostatních případech nabývá hodnoty 1.

je individuální základní sazba za případy hospitalizací hrazené paušání úhradou v referenčním období. V případě, že poskytovatel v referenčním období neposkytoval služby hrazené paušální úhradou, nabývá hodnoty 1. V ostatních případech se vypočte následovně:

je navýšení úhrad podle typu ošetřovacího dne vypočtené následovně:

* 1. Pro výkony ošetřovacího dne č. 00031 a 00032 podle seznamu výkonů se stanoví paušální sazba za ošetřovací den ve výši 447 Kč.

1. Úhrada formou případového paušálu podle CZ-DRG
   1. Úhrada formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace CZ-DRG do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 15 k této vyhlášce, u poskytovatelů se statutem centra vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče nebo se statutem centra vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii, u kterých byla současně vykázána hlavní diagnóza C00 až D48 podle mezinárodní klasifikace nemocí.
   2. Pro výkony ošetřovacího dne č. 00031 a 00032 podle seznamu výkonů se stanoví paušální sazba za ošetřovací den ve výši 447 Kč.
   3. Případy hospitalizací se při výpočtu rozumí případy hospitalizací klasifikované podle Klasifikace CZ-DRG podle přílohy č. 15 k této vyhlášce.
   4. Léčivé přípravky vyjmuté z úhrady případovým paušálem a uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2019.
   5. Vyžádanou extramurální péčí se rozumí péče související s hospitalizací pojištěnce u poskytovatele, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji vykazuje zdravotní pojišťovně. U případů hospitalizace s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí se do extramurální péče nezahrnou vykázané výkony č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů. U případů hospitalizace s diagnózou U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí se do extramurální péče nezahrne první současné vykázání výkonů č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů.
   6. Výše úhrady formou případového paušálu se stanoví jako podle výrazu:

kde:

odpovídá diagnostickým skupinám vysoce specializované péče, tj. nabývá hodnoty „*PO*“ v případě vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče a hodnoty „*OG*“ v případě vysoce specializované onkogynekologické péče.

je počet případů hospitalizací s hlavní diagnózou C00 až D48 podle mezinárodní klasifikace nemocí vykázaných poskytovatelem se statutem centra vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace CZ-DRG do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 15 k této vyhlášce, vynásobených úhradovými tarify 2020 uvedenými v příloze č. 15 k této vyhlášce.

je počet případů hospitalizací s hlavní diagnózou C00 až D48 podle mezinárodní klasifikace nemocí vykázaných poskytovatelem se statutem centra vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace CZ-DRG do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 15 k této vyhlášce, vynásobených úhradovými tarify 2020 uvedenými v příloze č. 15 k této vyhlášce.

je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací s hlavní diagnózou C00 až D48 podle mezinárodní klasifikace nemocí vykázaných poskytovatelem se statutem centra vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace CZ-DRG do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 15 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací s hlavní diagnózou C00 až D48 podle mezinárodní klasifikace nemocí vykázaných poskytovatelem se statutem centra vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace CZ-DRG do skupin vztažených k diagnóze podle přílohy č. 15 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

1. V případě hrazených služeb poskytnutých zahraničním pojištěncům se tyto hrazené služby hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,32 Kč. V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby v rámci 50 a méně případů hospitalizací pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,58 Kč.

V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby v rámci 50 a méně případů hospitalizací pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu ve výši 100 Kč za každý den hospitalizace.

1. Ambulantní složka úhradyzahrnuje úhradu specializované ambulantní péče, hrazených služeb v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství, hrazených služeb poskytovaných ve vyjmenovaných odbornostech, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby, hrazených služeb poskytovaných v odbornosti nemocniční lékárenství a hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v odbornostech 902, 903, 905, 911, 914, 917, 919, 921, 925 a 927 podle seznamu výkonů (dále jen „ambulantní péče“) s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje vyšetření pacienta při příjmu k hospitalizaci a při propuštění z hospitalizace.
   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 podle přílohy č. 2 k této vyhlášce**, s výjimkou navýšení úhrady uvedené v části A bodu 2 písm. a) a bodu 7 a 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.
   2. Pro specializovanou ambulantní péči, s výjimkou poskytovatelů v odbornostech 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů, hrazenou podle seznamu výkonů, sehodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 a 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce a části C přílohy č. 3 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. h) a bodu 2 písm. a), b) a c) se nepoužije; dále se nepoužijí ani výpočet celkové úhrady podle části A bodu 3 přílohy č. 3 k této vyhlášce a regulační omezení uvedená v části B přílohy č. 3 k této vyhlášce.
   3. Pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů, s výjimkou výkonů odbornosti 806 podle seznamu výkonů, výkonů screeningu děložního hrdla podle seznamu výkonů a výkonů č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů vykázaných u pacientů s diagnózou U07.1a U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí, se hodnota **bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodu 2 přílohy č. 5 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu uvedené v bodě 2 písm. b) a c) a výpočet celkové úhrady podle bodu 2 písmeno g) a bodů 4, 8 a 9 se** nepoužijí**.**
   4. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů sehodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 přílohy č. 4 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 2 a 3 přílohy č. 4 k této vyhlášce, výpočet celkové úhrady podle části A bodu 5 přílohy č. 4 k této vyhlášce a regulační omezení uvedená v části C přílohy č. 4 k této vyhlášce se nepoužijí. Pro hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám, registrovaným u poskytovatele alespoň 12 měsíců před začátkem třetího trimestru těhotenství, uvedené v části A bodě 4 písm. a) až c) přílohy č. 4 k této vyhlášce se stanoví úhrada podle části A bodu 4 písm. a) až c) přílohy č. 4 k této vyhlášce. Pro hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám, registrovaným u poskytovatele méně než 12 měsíců před začátkem třetího trimestru těhotenství, se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 přílohy č. 4 k této vyhlášce. Pro hrazené služby odbornosti 613 uvedené v části B přílohy č. 4 k této vyhlášce se stanoví úhrada podle části B přílohy č. 4 k této vyhlášce.
   5. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 911, 914, 921, 925 a 926 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota **bodu stanoví podle bodu 1 a 2 přílohy č. 6** k této vyhlášce**, přičemž výpočet** celkové úhrady podle části A bodu 4 přílohy č. 6 k této vyhlášce **se** nepoužije**.**
   6. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota **bodu stanoví podle bodu 1 a 2 přílohy č. 7 k této vyhlášce, přičemž výpočet** celkové úhrady podle bodu 4 přílohy č. 7 k této vyhlášce **se** nepoužije**.**
   7. **Pro hrazené služby poskytované poskytovateli dialyzační péče hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 přílohy č. 8 k této vyhlášce, přičemž regulační omezení uvedená v části C přílohy č. 8 k této vyhlášce se nepoužijí. Při splnění kvalitativních ukazatelů dialyzační péče podle přílohy č. 8 k této vyhlášce se úhrada za navýšení hodnoty bodu podle části A a za hrazené služby podle části B přílohy č. 8 k této vyhlášce nezapočítá do úhrady podle bodu 7.14.**
   8. Výkony poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou **bodu podle § 15.**
   9. Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,95 Kč.
   10. Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby, s výjimkou výkonu č. 09563 podle seznamu výkonů, se hradí podle § 16.
   11. Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,13 Kč. Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornostech 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,08 Kč.
   12. Hrazené služby poskytované v odbornosti 806 podle seznamu výkonů a výkony screeningu děložního hrdla se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,20 Kč. Výkony novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 podle seznamu výkonů a výkony screeningu karcinomu kolorekta se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,18 Kč. Výkony č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů vykázané u pacientů s diagnózou U07.1 a U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,85 Kč.
   13. Výkony č. 09566, 88101 a 09563 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč. Poskytovateli:
       1. který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé podle zákona o zdravotních službách a který zajišťuje urgentní příjem, se zvýší úhrada o K x 30 000 000 Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu, kde je poskytován urgentní příjem, podle bodu 2 přílohy č. 14 k této vyhlášce,
       2. který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro děti podle zákona o zdravotních službách a který zajišťuje urgentní příjem odlišný od urgentního příjmu uvedeného v písmenu a), se zvýší úhrada o K x 30 000 000 Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném kraji, kde je poskytován urgentní příjem, podle bodu 2 přílohy č. 14 k této vyhlášce,
       3. neuvedenému v písmenech a) a b), který zajišťuje urgentní příjem, se zvýší úhrada o K x 3 000 000 Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese, kde je poskytován urgentní příjem, podle bodu 1 přílohy č. 14 k této vyhlášce. Zdravotní pojišťovna a poskytovatel si mohou individuálně dohodnout odlišnou výši úhrady dle tohoto písmene, a to až do výše 7 000 000 Kč,
       4. který splňuje podmínky uvedené v písmenu a), b) nebo c) a zajišťuje společně s urgentním příjmem i přidružený provoz lékařské pohotovostní služby, se zvýší úhrada o K x 2 700 000 Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese, kde je poskytován urgentní příjem, podle bodu 1 přílohy č. 14 k této vyhlášce,
       5. který má statut centra vysoce specializované péče pro izolaci pacientů s podezřením na vysoce nakažlivou nemoc podle zákona o zdravotních službách, se zvýší úhrada o K x 15 000 000 Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu, podle bodu 2 přílohy č. 14 k této vyhlášce.
   14. Úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodů 7.1 až 7.10 se stanoví ve výši:

kde:

je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1 až 7.10 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

a kde:

je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1 až 7.10 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

a kde:

je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 7.1 až 7.10, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodu 7.3, která se stanoví ve výši:

kde:

je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 7.3, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce, která je vypočtená takto:

kde:

je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.3 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

kde:

je počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodu 7.3 poskytnuté v referenčním období, kde *i*=1 až n, kde n je počet výkonů podle bodu 7.3, přičemž se použijí bodové hodnoty výkonů podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2020.

je hodnota bodu příslušící danému výkonu *i* ve výši hodnoty bodu podle § 15 a 16, podle bodu 7.9 přílohy č. 1 k této vyhlášce a podle příloh č. 2 až 8 k této vyhlášce, kde *i*=1 až *m*, kde *m* je počet výkonů podle bodů 7.1. až 7.10.

je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 7.3, včetně úhrady za metody hrazené v roce 2018 za sjednanou cenu (dvě trombomutace společně, tři trombomutace společně, pět trombomutací společně, cystická fibróza 36/50 mutací, Bechtěrev HLA B27, BRCA komplet).

je bonifikace za prodloužený provozní režim, která nabývá hodnoty 1,05 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby nepřetržitě alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři a zároveň alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti, a hodnoty 1 v ostatních případech.

a kde:

je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.3 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

kde:

je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období, kde *i*=1 až n, kde n je počet výkonů podle bodu 7.3.

je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodu 7.3.

a kde:

je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10, která se stanoví ve výši:

kde:

je index změny produkce vypočtený takto:

kde:

a kde:

je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce, která je vypočtená takto:

kde:

je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

kde:

je počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté v referenčním období, kde *i*=1 až n, kde n je počet výkonů podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10, přičemž se použijí bodové hodnoty výkonů podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2020.

je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10.

je bonifikace za prodloužený provozní režim, která nabývá hodnoty 1,07 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby nepřetržitě alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na dvou specializovaných ambulantních pracovištích, a hodnoty 1 v ostatních případech.

a kde:

je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

kde:

je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období, kde *i*=1 až n, kde n je počet výkonů podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10.

je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10.

a kde:

je index změny ambulantně ošetřených pojištěnců, který je vypočtený následovně:

* + - * 1. Pokud , potom:

* + - * 1. Pokud , potom .

kde:

je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v hodnoceném období vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10.

je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v referenčním období vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10.

a kde:

je hodnota nedosažené produkce do výše CELK PUdrg,2020 vypočtená následovně:

* 1. Léčivé přípravky uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich jednotkové ceny v roce 2019.
  2. V případě, že poskytovatel poskytne hrazené služby uvedené v bodech 7.1 až 7.13 zahraničním pojištěncům, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,32 Kč. V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby uvedené v bodech 7.1 až 7.13 50 a méně unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,58 Kč.

1. V rámci vyúčtování podle § 2 odst. 1 kompenzačního zákona obdrží poskytovatel za každou zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu jím vystaveném v elektronické podobě v hodnoceném období, na jejímž základě došlo k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.
2. Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli měsíčně, a to ve výši součtu úhrady podle bodů 2.3 a 2.4 vztahující se k vykázaným hrazeným službám a úhrady za výkony č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů vykázané v ambulantní péči u pacientů s diagnózou U07.1 a U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí podle bodu 7.12 vztahující se k vykázaným hrazeným službám.
   1. **Hrazené služby podle § 5 odst. 2**
3. **Úhrada následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, péče ošetřovacího dne**

**00005 a zvláštní lůžkové péče hospicového typu podle § 22a zákona**

* 1. Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetřovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného ošetřovacího dne podle seznamu výkonů (dále jen „OD“) včetně režie přiřazené k ošetřovacímu dni a kategorie pacienta podle seznamu výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření, a výkony agregované do ošetřovacího dne podle seznamu výkonů.
  2. Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období, s výjimkou dnů hospitalizace OD 00021, 00026, 00031, 00032, 00098 a 00099, se stanoví ve výši:

kde:

je paušální sazba za jeden den hospitalizace v roce 2019, bez navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání bez odborného dohledu střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém pracovním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče za ošetřovací den.

je navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém pracovním režimu u poskytovatelů lůžkové péče za ošetřovací den typu *i*, uvedené v příloze č. 9 k této vyhlášce.

KN je koeficient navýšení stanovený v písmenech c) a d).

je koeficient navýšení úhrad pro kompenzaci dopadů epidemie COVID-19 za ošetřovací den typu *i*, uvedený v příloze č. 9 k této vyhlášce.

* 1. KN se stanoví pro každou kategorii pacienta podle seznamu výkonů zvlášť, a to následovně:
     1. Pro kategorii pacienta 1 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,06,
     2. Pro kategorii pacienta 2 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,06,
     3. Pro kategorii pacienta 3 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,08,
     4. Pro kategorii pacienta 4 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,08,
     5. Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,08.
  2. KN definované v písmenu c) se dále navýší o 0,003 pro daný typ OD za každé kritérium, které poskytovatel v hodnoceném období splňuje. Jedná se o následující kritéria vázaná na daný typ OD:
     1. Personální zabezpečení (vztaženo k úvazku na sledovaném pracovišti):
        1. Sestra specialistka na hojení ran – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00023, 00024 a 00030,
        2. Nutriční terapeut – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00027, 00028 a 00030,
        3. Ergoterapeut – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek, pro OD 00024 a 00005,
        4. Logoped – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek pro OD 00024,
        5. Psycholog ve zdravotnictví - průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024 a 00030.
     2. Technické vybavení (zdravotní pojišťovna vyhodnotí plnění kvalitativního kritéria po skončení hodnoceného období):
        1. Průměrný počet lůžek na pokoji – nejvýše 2,5 lůžka na pokoj u OD 00005, 00022, 00023 a 00024,
        2. Vybavení oddělení elektricky polohovatelnými lůžky – alespoň 75 % elektricky polohovatelných lůžek doložených protokolem o bezpečnostně technické kontrole u OD 00005, 00022, 00023 a 00024.
  3. Paušální sazba za jeden den hospitalizace OD 00021 a 00026 se stanoví podle vzorce uvedeného v písmenu b), přičemž pro kategorie pacienta 1, 2, 3 a 4 podle seznamu výkonů se pro tyto OD stanoví hodnota KN ve výši 1,11 do 120. dne hospitalizace a hodnota 1,05 od 121. dne hospitalizace. Počet dní bude počítán od prvního dne přijetí na lůžko poskytovatele, včetně propustek. V případě, že hospitalizace započala před 1. lednem 2020, počítá se délka hospitalizace od 1. ledna 2020. Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů se hodnota KN stanoví ve výši 1,08.
  4. Stanovení výše paušální sazby OD 00021 a OD 00026 podle písmene e) je podmíněno předložením plánu restrukturalizace lůžek v rámci reformy psychiatrické péče, který byl schválen Ministerstvem zdravotnictví a předložen zdravotní pojišťovně do 31. prosince 2019. V případě nepředložení plánu podle věty první se výše paušální sazby stanoví podle písmene b).
  5. Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace OD 00031, 00032, 00098 a 00099 se stanoví v hodnoceném období ve výši, která byla sjednána na rok 2019.
  6. Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace u pojištěnce s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí se navyšuje o 2 331 Kč. Navýšení dle věty první je určeno na navýšení odměny zdravotnických pracovníků poskytujících péči o pacienty s onemocněním COVID-19.
  7. Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli měsíčně, a to ve výši úhrady podle písmene h) vztahující se k vykázaným hrazeným službám.

1. **Úhrada následné intenzivní péče, dlouhodobé intenzivní ošetřovatelské péče, následné ventilační péče a následné komplexní intenzivní léčebně rehabilitační péče**
   1. OD 00015, 00017 a 00020 jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,18 Kč. Úhrada podle předchozí věty se za každý ošetřovací den navýší o 107 % hodnoty navýšení úhrad uvedené pro příslušný typ ošetřovacího dne v příloze č. 9 k této vyhlášce.
   2. Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce nad 18 let věku maximálně 90 OD 00017, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko následné intenzivní péče (dále jen „NIP“), včetně překladů na jiné pracoviště NIP poskytovatele nebo jiného poskytovatele NIP.
   3. Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce do 18 let věku maximálně 365 OD 00017, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko NIP, včetně překladů na jiné pracoviště NIP poskytovatele nebo jiného poskytovatele NIP. Překročení maximálního počtu hrazených OD 00017 na jednoho unikátního pojištěnce do 18 let věku je možné jen s předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny.
   4. Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce maximálně 190 OD 00020, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko dlouhodobé intenzivní ošetřovatelské péče (dále jen „DIOP“), včetně překladů na jiné pracoviště DIOP poskytovatele nebo jiného poskytovatele DIOP, přičemž překlad na jiné pracoviště DIOP je možný pouze s předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovna může udělit předchozí souhlas s překročením limitu podle předchozí věty.
   5. OD 00033 podle seznamu výkonů se uhradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,06 Kč a OD 00035 podle seznamu výkonů se uhradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,02 Kč.
   6. Výše úhrady za jeden den hospitalizace u pojištěnce s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí se navyšuje o 2 331 Kč. Navýšení dle věty první je určeno na navýšení odměny zdravotnických pracovníků poskytujících péči o pacienty s onemocněním COVID-19.
   7. Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli měsíčně, a to ve výši navýšení úhrady podle písmene f) vztahujícího se k vykázaným hrazeným službám.
2. **Úhrada ambulantní péče, zvláštní ambulantní péče s výjimkou úhrady takové péče poskytnuté poskytovatelem zvláštní lůžkové péče a ošetřovatelské péče poskytované poskytovatelem sociálních služeb, který má se zdravotní pojišťovnou uzavřenou zvláštní smlouvu podle zákona**
   1. Pro ambulantní péči hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 7 přílohy č. 1 k této vyhlášce.
   2. Pro poskytovatele zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. c) zákona a pro poskytovatele sociálních služeb, který má se zdravotní pojišťovnou uzavřenou zvláštní smlouvu podle zákona, se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,19 Kč. Celková výše úhrady za výkony poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

kde:

POPzpo je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období.

POPref je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v referenčním období.

PUROo je průměrná úhrada za výkony, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

PBho je celkový počet poskytovatelem vykázaných a ZP uznaných bodů v hodnoceném období.

HBmin je minimální hodnota bodu, která se stanoví ve výši 0,77 Kč.

KPho je hodnota korunových položek v hodnoceném období.

maxfunkce maximum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejvyšší.

* 1. U poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval, nebo poskytovatel hrazené služby poskytoval pouze v části referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
  2. Pokud poskytovatel poskytl v hodnoceném nebo referenčním období hrazené služby 30 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, výpočet celkové výše úhrady podle písmene b) se nepoužije a tyto hrazené služby se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,19 Kč.
  3. Výše úhrady poskytovatelům podle písmen b) a d) se navýší o částku odpovídající navýšení odměn zdravotnických pracovníků poskytujících péči o pacienty s onemocněním COVID-19, která se vypočte následovně:

kde:

K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu, podle bodu 2 přílohy č. 14 k této vyhlášce

je celkový počet zdravotnickými pracovníky skutečně odpracovaných hodin práce v období od 13. března 2020 do 31. května 2020 v měsíci *i*, pokud byla v tomto měsíci u poskytovatele prokazatelně zjištěna nákaza onemocnění COVID-19 nebo u něj byla zavedena karanténa orgánem ochrany veřejného zdraví nebo jinou oprávněnou osobou nebo poskytovatel přistoupil k dobrovolné karanténě na základě rozhodnutí statutárního orgánu nebo zřizovatele; kde *i* nabývá hodnot březen až květen 2020

je celkový počet zdravotnickými pracovníky skutečně odpracovaných hodin práce v období od 13. března 2020 do 31. května 2020 v měsíci *i*, pokud v tomto měsíci nebyla u poskytovatele prokazatelně zjištěna nákaza onemocnění COVID-19 ani u něj nebyla zavedena karanténa orgánem ochrany veřejného zdraví nebo jinou oprávněnou osobou ani poskytovatel nepřistoupil k dobrovolné karanténě na základě rozhodnutí statutárního orgánu nebo zřizovatele; kde *j* nabývá hodnot březen až květen 2020

* 1. Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli měsíčně, a to ve výši 0,01 Kč za bod podle poskytovatelem vykázaných hrazených služeb, přičemž první záloha ode dne účinnosti této vyhlášky se navýší o výši úhrady podle písmene e).
  2. **Regulační omezení**

1. **Regulační omezení paušální úhrady, úhrady vyčleněné z paušální úhrady a úhrady formou případového paušálu**
   1. Regulační omezení uvedená v bodě 1.4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze
2. pokud zdravotní pojišťovna sdělila poskytovateli do 30. dubna 2020 podle vyhlášky č. 268/2019 Sb. hodnotu vyžádané extramurální péče v referenčním období oceněnou hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v referenčním období, a zároveň
3. pokud zdravotní pojišťovna oznámila poskytovateli nejpozději týden před započetím revize, jestli se bude jednat o revizi náhodného vzorku případů či o revizi vybraných jednotlivých případů.
   1. Revizi jednotlivého případu podle bodu 1.4 písm. a) zdravotní pojišťovna uplatní pouze
      * + 1. na případy v DRG bazi, v níž poskytovatel vykázal 10 či méně případů, nebo
          2. maximálně na X případů v DRG bazi, v níž poskytovatel vykázal více než 10 případů a na níž nebyla uplatněna revize podle bodu 1.4 písm. b) nebo c), kde X se vypočítá jako 10 případů plus 10 % případů vykázaných v dané DRG bazi.
   2. Na DRG baze, v nichž poskytovatel vykázal více než 10 případů, uplatní pojišťovna revize podle bodu 1.4 písm. b) nebo c), s výjimkou případů popsaných v bodě 1.2 písm. b).
   3. Pokud zdravotní pojišťovna zjistí při kontrole odchylky od pravidel ve vykazování a kódování podle Klasifikace nebo Klasifikace CZ-DRG, v jejichž důsledku došlo k nesprávnému zařazení případu do DRG skupiny s vyšší relativní váhou uvedenou v přílohách č. 10 nebo 13 k této vyhlášce nebo s vyšším úhradovým tarifem uvedeným v příloze č. 15 k této vyhlášce u konkrétního poskytovatele, sníží poskytovatelem vykázaný a pojišťovnou uznaný počet případů násobený relativní vahou nebo úhradovým tarifem (dále jen CM) takto:
4. při revizi jednotlivého případu sníží o:

(CMpůvodní – CMrevidovaný) x 2

nebo

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

((CMpůvodní – CMrevidovaný ) / (CMpůvodní )) x Σ CM baze x 0,2

nebo

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

((CMpůvodní – CMrevidovaný ) / (CMpůvodní )) x Σ CM baze x 0,8

kde:

CM baze je součet relativních vah nebo úhradových tarifů příslušné DRG baze.

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

DRG skupina je skupina ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace nebo Klasifikace CZ-DRG.

Statisticky významný počet případů příslušné DRG baze

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

Statisticky méně významný počet případů příslušné DRG baze

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

CMpůvodní je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace nebo Klasifikace CZ-DRG zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený relativními váhami těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10 nebo 13 k této vyhlášce, nebo úhradovým tarifem uvedeným v příloze č. 15 k této vyhlášce, vykázaných poskytovatelem před provedením kontroly zdravotní pojišťovnou.

CMrevidovaný je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace nebo Klasifikace CZ-DRG zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený relativními váhami těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10 nebo 13 k této vyhlášce, nebo úhradovým tarifem uvedeným v příloze č. 15 k této vyhlášce, poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných na základě kontroly.

1. **Regulační omezení na předepsané léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči**
   1. Regulační omezení uvedená v bodech 2.2 a 2.3 zdravotní pojišťovna uplatní pouze   
      v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2020 podle vyhlášky č. 268/2019 Sb. tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
2. celkovou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období,
3. celkovou úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem,
4. počet globálních unikátních pojištěnců ošetřených v odbornostech uvedených v části A bodu 7.1, 7.2, 7.4 a 7.10 přílohy č. 1 k této vyhlášce.
   1. Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c), s výjimkou ATC skupiny H01AC01 léčba růstovým hormonem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) vyšší než 120 % průměrné úhrady v referenčním období za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c), 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 podle seznamu výkonů. Do regulačního omezení se nezahrnují léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky schválené revizním lékařem.
   2. Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za péči ve vyjmenovaných odbornostech vyžádanou odbornostmi uvedenými v bodě 2.1 písm. c), indikovanou při poskytování ambulantních služeb, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) vyšší než 120 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) 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 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 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu a novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 podle seznamu výkonů 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 součinem bodové hodnoty podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2020 a hodnoty bodu platné v hodnoceném období.
   3. 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.
   4. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2.2 a 2.3 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
   5. V případě, že poskytovatel poskytl v hodnoceném období hrazené služby 100 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna neuplatní regulační omezení uvedená v bodech 2.2 a 2.3.

Příloha č. 2 k vyhlášce č. …./2020 Sb.

**Hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení podle § 6**

1. **Kombinovaná kapitačně výkonová platba**
2. 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. Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte jako součin počtu poskytovatelem registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 12 a indexů podle bodu 12. Základní kapitační sazba se stanoví ve výši:
   1. 56 Kč pro pracoviště poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a pracoviště poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, který na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin a alespoň 2 dny v týdnu umožňuje pojištěncům objednat se na pevně stanovenou hodinu,
   2. 50 Kč pro pracoviště poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, který na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin; pokud místní podmínky vyžadují odlišné prodloužení ordinačních hodin, dohodne se prodloužení ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem,
   3. 48 Kč pro pracoviště poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, který na tomto pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a) nebo b),
   4. 50 Kč pro pracoviště poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, který na daném pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a).
3. Základní kapitační platba:
   1. podle bodu 1 se navýší o 0,60 Kč v případě, že bylo zdravotní pojišťovně nejpoději do 31. ledna 2020 podle vyhlášky č. 268/2019 Sb. doloženo, že nejméně 50 % lékařů, kteří u poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, je držiteli dokladu vydaného příslušnou profesní komorou nebo profesním sdružením v souladu se stavovskými předpisy této komory nebo profesního sdružení osvědčujícího celoživotní vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů podle zákona o zdravotnických povoláních lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (dále jen „doklad celoživotního vzdělávání lékařů“), přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celý rok 2020,
   2. podle bodu 1 písm. a) až c) se navýší o 0,50 Kč v případě, že poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku, vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 podle seznamu výkonů alespoň u 30 % svých registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 40 do 80 let,
   3. podle bodu 1 se navýší o 1 Kč poskytovateli, který předložil před rokem 2020 nebo v průběhu roku 2020 zdravotní pojišťovně rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost. Navýšení kapitační platby se provede od prvního dne měsíce následujícího po předložení rozhodnutí do konce platnosti akreditace, nejdéle však do konce roku 2020.
4. Poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost, který do 26. února 2021 předložil zdravotní pojišťovně za hodnocené období potvrzení poskytovatele, který zajišťuje lékařskou pohotovostní službu, že se prostřednictvím praktických lékařů nebo praktických lékařů pro děti a dorost, kteří u něj působí jako nositelé výkonů odbornosti 001 nebo 002 podle seznamu výkonů, účastnil alespoň 10 služeb v rámci lékařské pohotovostní služby podle zákona o zdravotních službách, se zvýší roční úhrada o K x 40 000 Kč,

kde:

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **č. výkonu** | **Název** |
| 01023 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM |
| 01024 | KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM |
| 01025 | KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA |
| 01030 | ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE |
| 09215 | INJEKCE I. M., S. C., I. D. |
| 09216 | INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY |
| 09217 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET |
| 09219 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET |
| 09220 | KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE |
| 09233 | INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE |
| 09237 | OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKCÍ DO 10 CM2 |
| 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 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **č. výkonu** | **Název** |
| 01025 | KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA |
| 01030 | ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE |
| 02023 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET |
| 02024 | KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET |
| 02033 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET |
| 02034 | KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET |
| 06111 | KOMPLEX – VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA SESTROU VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ |
| 06119 | KOMPLEX – ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU |
| 06121 | KOMPLEX – LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ |
| 06123 | KOMPLEX – EDUKACE, REEDUKACE, OŠETŘOVATELSKÁ REHABILITACE |
| 06125 | KOMPLEX – KLYSMA, VÝPLACHY, CÉVKOVÁNÍ, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATETRŮ |
| 06127 | KOMPLEX – APLIKACE INHALAČNÍ A LÉČEBNÉ TERAPIE P. O., S. C., I. M., I. V., UV, EVENT.DALŠÍ ZPŮSOBY APLIKACE TERAPIE ČI INSTILACE LÉČIV |
| 06129 | NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU |
| 09215 | INJEKCE I. M., S. C., I. D. |
| 09216 | INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY |
| 09217 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET |
| 09219 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET |
| 09220 | KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE |
| 09221 | INFÚZE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET |
| 09233 | INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE |
| 09235 | ODSTRANĚNÍ MALÝCH LÉZÍ KŮŽE |
| 09237 | OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKCÍ DO 10 CM2 |
| 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 |

1. Pro výkony nezahrnuté do kapitační platby se hodnota bodu stanoví takto:

a) pro výkony č. 01021, 01022, 01200, 01201, 01186, 01188, 02021, 02022, 02031, 02032, 02100, 02105, 02125, 02130, 15118 a 15119 podle seznamu výkonů poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,20 Kč,  přičemž u výkonů poskytnutých od 1. července 2020 se tato hodnota bodu navýší o 0,09 Kč,

b) pro ostatní výkony nezahrnuté do kapitační platby a pro výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,19 Kč,  přičemž u výkonů poskytnutých od 1. července 2020 se tato hodnota bodu navýší o 0,09 Kč.

1. Hodnota bodu uvedená v bodě 6 se navýší o 0,04 Kč v případě, že bylo příslušné zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2020 podle vyhlášky č. 268/2019 Sb. doloženo, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celý rok 2020.
2. Hodnota bodu uvedená v bodě 6 se navýší o 0,05 Kč pro pracoviště poskytovatele v případě, že poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin a zároveň má objednávkový systém, který umožňuje pojištěncům zdravotní pojišťovny objednávat se na pevně stanovenou dobu alespoň dva dny v týdnu.
3. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,29 Kč.
4. Pro výkony přepravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.
5. Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt u pacientů od 18 let věku v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci praktického lékaře nebo praktického lékaře pro děti a dorost se stanoví úhrada ve výši 55 Kč. U každé epizody péče nebo kontaktu u pacientů podle věty první poskytnutých od 1. července 2020 se navýší úhrada podle věty první o 4 Kč. Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt u pacientů do 18 let věku poskytnuté od 1. července 2020 v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci praktického lékaře nebo praktického lékaře pro děti a dorost se navýší úhrada o 59 Kč.
6. 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, jsou stanoveny takto:

|  |  |
| --- | --- |
| **Věková skupina** | **Index** |
| 0 – 4 roky | 4,10 |
| 5 – 9 let | 1,90 |
| 10 – 14 let | 1,45 |
| 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 |

1. V oblastech, kde je možnost zdravotní pojišťovny zajistit poskytování hrazených služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost svým pojištěncům podstatně omezená, zdravotní pojišťovna poskytovateli, s kterým uzavřela v roce 2020 smlouvu o poskytování hrazených služeb v dané oblasti, navýší celkovou výši úhrady za hrazené služby podle části A bodu 1, 6 a 10 této přílohy pomocí koeficientu navýšení ve výši 1,3. Pro ostatní složky úhrady se koeficient navýšení nepoužije.
2. V rámci vyúčtování podle § 2 odst. 1 kompenzačního zákona obdrží poskytovatel za každou zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu jím vystaveném v elektronické podobě v hodnoceném období, na jejímž základě došlo k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.
3. Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli měsíčně, a to ve výši navýšení úhrady podle bodů 6 a 11 vztahujícího se k vykázaným hrazeným službám.
4. **Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace** 
   1. Výše kapitační platby s dorovnáním kapitace se stanoví podle části A bodu 1 a 2. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství nebo poskytovatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet přepočtených registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců, a poskytování takových hrazených služeb je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona; celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů centrálního registru pojištěnců.
   2. Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet přepočtených registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny. Na dorovnání se zdravotní pojišťovna, se kterou má poskytovatel uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, podílí dílem, který odpovídá procentu počtu jejích přepočtených pojištěnců z počtu přepočtených pojištěnců registrovaných tímto poskytovatelem.
   3. Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se body 6 až 11, 14 a 15 části A použijí obdobně.
5. **Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů**

Pro hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,02 Kč. Pro výkony přepravy v návštěvní službě podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč. Pro služby podle věty první poskytnuté od 1. července 2020 se hodnota bodu podle věty první navýší o 0,08 Kč. Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli měsíčně, a to ve výši navýšení úhrady podle věty třetí vztahujícího se k vykázaným hrazeným službám.

1. **Regulační omezení**
2. Pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost se stanoví regulační omezení uvedená v bodech 1.1 až 1.4.
   1. Pokud průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 30 % celostátní průměrnou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona. Zdravotní pojišťovna při určení výše regulační srážky podle první věty přihlédne k případům, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.
   2. Pokud průměrná úhrada za zdravotnické prostředky pro inkontinentní, předepsané poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 30 % celostátní průměrné úhrady za zdravotnické prostředky pro inkontinentní, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
   3. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů a za výkony č. 02230 a 01443 podle seznamu výkonů, popřípadě i jiné výkony rychlé diagnostiky podle seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 30 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se nezapočítávají úhrady za registrované pojištěnce poskytovatele, u kterých byl v roce 2020 vykázán výkon č. 01186 nebo 01188 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se dále nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu.
   4. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 30 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
3. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní hrazené služby, jejichž poskytnutím došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.
4. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní předepsané v roce 2020 nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2020 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
5. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za zdravotnické prostředky pro inkontinentní předepsané v roce 2020 nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2020 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
6. Regulační omezení podle bodu 1.3 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2020 nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2020 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
7. Regulační omezení podle bodu 1.4 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů v roce 2020 nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2020 podle zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
8. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud poskytovatel v roce 2020 registroval 50 a méně pojištěnců zdravotní pojišťovny, nebo jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.
9. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodu 1 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za kapitační platbu a výkony snížené o  úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2020.

Příloha č. 3 k vyhlášce č. …./2020 Sb.

**Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 7**

# Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši:
2. Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,09 Kč, přičemž u výkonů poskytnutých od 1. července 2020 se tato hodnota bodu navýší o 0,01 Kč.
3. Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 901 a 931 podle seznamu výkonů a pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů vykázané v souvislosti s výkony odbornosti 910 podle seznamu výkonů společně s ošetřovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,13 Kč, přičemž u výkonů poskytnutých od 1. července 2020 se tato hodnota bodu navýší o 0,08 Kč.
4. Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,04 Kč, přičemž u výkonů poskytnutých od 1. července 2020 se tato hodnota bodu navýší o 0,14 Kč.
5. Pro výkony č. 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629 a 43633 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,72 Kč, přičemž u výkonů poskytnutých od 1. července 2020 se tato hodnota bodu navýší o 0,02 Kč.
6. Pro výkony č. 43652 a 43653 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,04 Kč, přičemž u výkonů poskytnutých od 1. července 2020 se tato hodnota bodu navýší o 0,03 Kč.
7. Pro výkony č. 75347, 75348 a 75427 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 705 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,72 Kč, přičemž u výkonů poskytnutých od 1. července 2020 se tato hodnota bodu navýší o 0,08 Kč.
8. Pro výkony č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950 podle seznamu výkonů, vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 105 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,11 Kč, přičemž u výkonů poskytnutých od 1. července 2020 se tato hodnota bodu navýší o 0,07 Kč, a pro výkony screeningu č. 73028, 73029 a 71112 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 701, 702 nebo 704 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,04 Kč, přičemž u výkonů poskytnutých od 1. července 2020 se tato hodnota bodu navýší o 0,12 Kč.
9. Hodnota bodu uvedená v písm. a) až g) se dále při splnění následujících podmínek navýší o:
   1. 0,04 Kč, pokud bylo zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2020 podle vyhlášky č. 268/2019 Sb. doloženo, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských pracovníků, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období,
   2. 0,04 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u odborností 501 až 507, 601, 602, 605, 606, 701 a 704 až 707 podle seznamu výkonů (dále jen „operační obory“), přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin.
   3. 0,02 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, přičemž v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců, u nichž v období od 1. ledna 2017 do 31. prosince 2019 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon, a pro náštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav.
10. Vypočtenou částku odpovídající navýšení hodnoty bodu podle písm. h) bod iii) poskytovateli zdravotní pojišťovna uhradí v rámci vyúčtování podle § 2 odst. 1 kompenzačního zákona.
11. Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní péči neuvedenou v bodě 1 se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši stanovené pro příslušnou odbornost podle seznamu výkonů v části C této přílohy, s výjimkou výkonu č. 89312 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1,07 Kč.

Hodnota bodu se dále při splnění následujících podmínek navýší o:

* 1. 0,04 Kč, pokud bylo zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2020 podle vyhlášky 268/2019 Sb. doloženo, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských pracovníků, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období,
  2. 0,04 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin,
  3. 0,02 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, přičemž v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců, u nichž v období od 1. ledna 2017 do 31. prosince 2019 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon, a pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav.

3. Celková výše úhrady poskytovateli uvedenému v bodě 2 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

**(1,05 + KN) x (max(POPzpoZ; POPrefZ) x PUROo + max[PUROo x POPzpoMh; UHRMh – UHRMr])**,

kde:

**POPzpoZ** je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; základním unikátním pojištencem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v hodnoceném období nepřekročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

**POPrefZ** je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v referenčním období; základním unikátním pojištencem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v referenčním období nepřekročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

**POPzpoMh** je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; mimořádně nákladným unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v hodnoceném období je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

**PUROo** je průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

**UHRMh** je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za každého pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

**UHRMr** je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za výkony podle seznamu výkonů úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za každého pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, pokud je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

**KN** koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

a) 0,04 – pokud bylo zdravotní pojišťovně nejpozději 31. ledna 2020 podle vyhlášky č. 268/2019 Sb. doloženo, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období,

b) 0,04 – pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin,

c) 0,04 – pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, přičemž v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců, u nichž v období od 1. ledna 2017 do 31. prosince 2019 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon, a pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav.

1. U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou nebo neposkytoval péči v dané odbornosti, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce hodnoty za referenční období srovnatelných poskytovatelů v dané odbornosti.
2. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 3 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.
3. Výpočet celkové výše úhrady v dané odbornosti podle bodu 3 se nepoužije v případě poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 80 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 80 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem n/30, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
4. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,23 Kč a výpočet celkové výše úhrady podle bodu 3 se nepoužije.
5. Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon klinického vyšetření podle seznamu výkonů u dětí ve věku od 6 do 18 let se stanoví dodatečná úhrada 35 Kč,  přičemž u výkonů poskytnutých od 1. července 2020 se tato úhrada navýší o 4 Kč. Tato úhrada se nezapočítává do výpočtu celkové výše úhrady dle bodu 3.
6. V rámci vyúčtování podle § 2 odst. 1 kompenzačního zákona obdrží poskytovatel za každou zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu jím vystaveném v elektronické podobě v hodnoceném období, na jejímž základě došlo k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.
7. Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli měsíčně, a to ve výši navýšení úhrady podle bodu 1 písm. a) až g) a bodu 8 vztahujícího se k vykázaným hrazeným službám.
8. **Regulační omezení**
9. Regulační omezení uvedená v bodech 2 až 4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2020 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
10. 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;
11. průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
12. průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.
13. Pokud poskytovatel poskytující hrazené služby uvedené v části A bodu 1 dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 130 % 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 vykázané v rámci hrazených služeb uvedených v části A bodu 1 v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení.Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
14. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 130 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
15. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 130 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče podle věty první se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad a výše srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinnémk 1. lednu 2020 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
16. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, jejichž poskytnutím došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.
17. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů.
18. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny poskytovatelům specializované ambulantní péče za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období nepřevýší u této zdravotní pojišťovny součet úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
19. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2020 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
20. Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2020 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
21. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
22. 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.
23. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval nebo neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
24. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 100 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvanékapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 2 až 4. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem n/30, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
25. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí v případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům.
26. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o  úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
27. 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 po odbornostech

|  |  |
| --- | --- |
| Odbornost podle seznamu výkonů | Hodnota Bodu |
| 101 | 1,11 |
| 102 | 1,11 |
| 103 | 1,09 |
| 104 | 1,10 |
| 105 | 1,11 |
| 107 | 1,11 |
| 108 | 1,10 |
| 109 | 1,09 |
| 201 | 1,13 |
| 202 | 1,10 |
| 203 | 1,11 |
| 205 | 1,13 |
| 207 | 1,11 |
| 208 | 1,12 |
| 209 | 1,11 |
| 210 | 1,11 |
| 301 | 1,14 |
| 302 | 1,12 |
| 402 | 1,11 |
| 403 | 1,08 |
| 404 | 1,12 |
| 407 | 1,08 |
| 501 | 1,13 |
| 502 | 1,14 |
| 504 | 1,12 |
| 601 | 1,14 |
| 606 | 1,12 |
| 607 | 1,16 |
| 701 | 1,14 |
| 702 | 1,12 |
| 704 | 1,16 |
| 705 | 1,13 |
| 706 | 1,11 |
| 708 | 1,14 |
| 710 | 1,09 |
| 780 | 1,15 |
| 903 | 1,14 |
| Ostatní | 1,12 |

Příloha č. 4 k vyhlášce č. …./2020 Sb.

**Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 8**

# Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,12Kč.
2. Hodnota bodu uvedená v bodě 1 se dále navýší o:
3. 0,01 Kč, pokud bylo zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2020 podle vyhlášky č. 268/2019 Sb. doloženo, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání lékařů se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období,
4. 0,01 Kč, pokud poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin,
5. 0,01 Kč, pokud poskytovatel doložil příslušné zdravotní pojišťovně do 31. prosince 2020 rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a porodnictví podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, které je platné po celé hodnocené období,
6. 0,01 Kč, pokud poskytovatel doloží certifikát ISO 9001, který je platný po celé hodnocené období.
7. V případě, že poskytovatel provedl za hodnocené období preventivní prohlídku vykázanou výkonem č. 63050 podle seznamu výkonů alespoň u 50 % pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny, které jsou u něj registrovány k 31. prosinci 2020, úhrada za výkon č. 63021 podle seznamu výkonů se vynásobí koeficientem navýšení 1,45 a úhrada za výkon č. 63050 podle seznamu výkonů se vynásobí koeficientem navýšení 1,20.
8. Pro hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám se stanovuje úhrada ve výši podle písmen a) až c) a to za podmínek stanovených v písmenech d) až h):
9. Úhrada za hrazené služby v prvním trimestru těhotenství ve výši 1 530 Kč.
10. Úhrada za hrazené služby v druhém trimestru těhotenství ve výši 2 550 Kč.
11. Úhrada za hrazené služby v třetím trimestru těhotenství ve výši 3 570 Kč.
12. Poskytovatel vykazuje kontakt s těhotnou pojištěnkou prostřednictvím výkonů č. 63053, 63055, 63411, nebo 63413 podle seznamu výkonů, jejichž úhrada je součástí výše uvedených plateb a slouží pouze jako signální výkony pro vykazování kontaktu těhotné pojištěnky s registrujícím poskytovatelem a provedení screeningového ultrazvukového vyšetření registrujícím poskytovatelem.
13. Podmínkou úhrady hrazených služeb podle písmen a) až c) je registrace pojištěnky u daného poskytovatele v odbornosti 603 podle seznamu výkonů.
14. U těhotných pojištěnek, u nichž se úhrada za hrazené služby stanoví podle písmen a) až c), nejsou v průběhu těhotenství poskytovatelem vykazovány výkony č. 09115, 09119, 09123, 09133, 09215, 09219, 09223, 09511, 09513, 09523, 09532, 63021, 63022, 63023, 63115, 63417 a 63532 podle seznamu výkonů. Tyto výkony jsou započteny v úhradě podle písmen a) až c) tohoto bodu.
15. Výkony č. 32410, 32420 a 63415 podle seznamu výkonů jsou poskytovateli v odbornosti 603 podle seznamu výkonů hrazeny s hodnotou bodu dle bodů 1 a 2, pokud byly výkony provedeny a vykázány nebo vyžádány registrujícím poskytovatelem. Pokud tyto výkony podle seznamu výkonů vykáže neregistrující poskytovatel odbornosti 603 podle seznamu výkonů bez žádanky registrujícího lékaře, budou mu uhrazeny s hodnotou bodu ve výši 0,50 Kč.
16. V případě, že neregistrující poskytovatel v odbornosti 603 podle seznamu výkonů vykáže v průběhu těhotenství některý z výkonů uvedených v písmenu d) a f), považují se tyto výkony za extramurální péči a budou uhrazeny s hodnotou bodu ve výši 0,50 Kč a zároveň bude tato péče odečtena registrujícímu poskytovateli. Výjimkou jsou výkony č. 63022, 63023 nebo 63417 podle seznamu výkonů, které je neregistrující poskytovatel v odbornosti 603 podle seznamu výkonů oprávněn vykázat jako nepravidelnou péči o těhotnou pojištěnku.
17. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornosti 603 nebo 604 podle seznamu výkonů nepřekročí částku, která se vypočte takto:

kde:

**NPURO2018** je průměrná úhrada za zdravotní výkony, s výjimkou úhrady za výkon č. 09543 podle seznamu výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé připravky a individuálně smluvně sjednané úhrady za těhotné pojištěnky, pokud byla v referenčním období sjednána, na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze výkony č. 09513 nebo 09511 podle seznamu výkonů.

**UOP2020** je počet unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze výkony č. 09513 nebo 09511 podle seznamu výkonů.

**UOP2018** je počet unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze výkony č. 09513 nebo 09511 podle seznamu výkonů.

**IGV** je index genetických vyšetření, jehož hodnota je 0,02 v případě, že podíl těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykázány výkony v rámci odborností 208 nebo 816 podle seznamu výkonů, k počtu těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném období nepřesáhne hranici 30 %, nebo 0,00 v případě, že je tento podíl větší než 30 %, ale nepřesáhne hranici 40 %, nebo -0,02 v případě, že tento podíl je větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %, nebo -0,04 v případě, že tento podíl přesáhne hranici 60 %.

Za těhotnou pojištěnku se pro účely vyhodnocení IGV považuje pojištěnka, na kterou byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 63053 a 63055 podle seznamu výkonů nebo úhrada podle bodu 4 písm. a), b) nebo c). V případě, že měl poskytovatel v hodnoceném období ve své péči méně těhotných pojištěnek, než odpovídá 1,5 % z počtu RUOP2020 příslušné zdravotní pojišťovny, IGV se při výpočtu úhrady nepoužije.

**IUV** je index ultrazvukových vyšetření, jehož hodnota je 0,02 v případě, že podíl těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykázány výkony č. 32410, 32420 nebo 63415 podle seznamu výkonů, vyžádané nebo provedené registrujícím poskytovatelem, k počtu těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném období nepřesáhne hranici 20 %, nebo 0,00 v případě, že je tento podíl větší než 20 %, ale nepřesáhne hranici 40 %, nebo -0,02 v případě, že je tento podíl větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %, nebo -0,04 v případě, že tento podíl přesáhne hranici 60 %.

Za těhotnou pojištěnku se pro účely vyhodnocení IUV považuje pojištěnka, na kterou byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 63053 a 63055 podle seznamu výkonů nebo úhrada podle bodu 4 písm. a), b) nebo c). V případě, že měl poskytovatel v hodnoceném období ve své péči méně těhotných pojištěnek, než odpovídá 1,5 % z počtu RUOP2020 příslušné zdravotní pojišťovny, IUV se při výpočtu úhrady nepoužije.

**EM2020** je celková hodnota extramurální péče o těhotné pojištěnky vypočtené podle bodu 4 písm. h). Extramurální péče bude odečtena ve výši maximálně 25 % celkové úhrady podle bodu 4 písm. a) až c).

**F(t)** je funkce těhotných, která nabývá hodnoty od 0 do 0,08 a jejíž hodnota se vypočte takto:

**F(t) =0,45 x K(t) + 0,0255,**

V případě, že poskytovatel nepečoval v hodnoceném období o žádnou těhotnou pojištěnku dané zdravotní pojišťovny, stanoví se hodnota funkce těhotných **F(t)** ve výši 0.

Pokud je hodnota koeficientu těhotných **K(t)** větší než 0,12, stanoví se hodnota funkce těhotných ve výši **F(t)** ve výši0,08.

kde:

**K(t)** je koeficient těhotných, který nabývá hodnoty od 0 do 1 a jehož hodnota se vypočte takto:

**K(t) =,**

kde:

**PTEH2020** je počet registrovaných unikátních těhotných pojištěnek, na které byl vykázán alespoň jeden z výkonů č. 63053, 63055 podle seznamu výkonů nebo úhrada podle bodu 4 písm. a), b) nebo c).

**RUOP2020**je počet unikátních vyšetřených pojištěnek registrovaných u poskytovatele alespoň jeden den v roce 2020.

1. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,12 Kč. Pro stanovení úhrady podle první věty se body 1 až 5 nepoužijí.
2. U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
3. U poskytovatele, u kterého oproti referenčnímu období dojde v důsledku změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 5 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky vykázané k těmto výkonům. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu 1 Kč.
4. Zdravotní pojišťovna dále přiměřeně navýší úhradu podle bodu 5 v případech, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změny struktury ošetřených pojištěnců.
5. Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt u pacientů od 18 let věku v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci poskytovatele v odbornosti 603 nebo 604 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 55 Kč,  přičemž u výkonů poskytnutých od 1. července 2020 se tato úhrada navýší o 4 Kč. Tato úhrada se nezapočítává do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 5.
6. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb minimálně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 5. 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.
7. V rámci vyúčtování podle § 2 odst. 1 kompenzačního zákona obdrží poskytovatel za každou zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu jím vystaveném v elektronické podobě v hodnoceném období, na jejímž základě došlo k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.
8. Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli měsíčně, a to ve výši navýšení úhrady podle bodu 10 vztahujícího se k vykázaným hrazeným službám.

# Úhrada služeb asistované reprodukce (výkony IVF)

1. Pro níže uvedené hrazené služby se stanovuje úhrada ve výši:
2. IVF cyklus přerušený před odběrem oocytů 1 347 Kč,
3. IVF cyklus s odběrem oocytů k in vitro fertilizaci bez přenosu embryí 15 643 Kč,
4. Kompletní IVF cyklus s transferem embryí 32 541 Kč,
5. Kompletní IVF cyklus s transferem pouze jednoho embrya 32 541 Kč,
6. Použití darovaných oocytů při IVF cyklu 10 800 Kč,
7. Použití darovaných spermií při IVF cyklu a IUI 1 365.
8. Léčivé přípravky spotřebované při poskytování hrazených služeb uvedených v bodě 1 hradí zdravotní pojišťovna jako zvlášť účtované léčivé přípravky.

# Regulační omezení

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

1.1 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 130 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.

1.2 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 130 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a výkon č. 95201 podle seznamu výkonů 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 2020 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

1. Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, jejichž poskytnutím došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1 nebo 1.2.
2. 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 uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 přiměřeně upraví.
3. V případě, že poskytovatel v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, zdravotní pojišťovna použije pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
4. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2020 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
5. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2020 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
6. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v odbornosti 603 nebo 604 podle seznamu výkonů 50 a méně unikátních pojištěnců při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužije. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců podle první věty přepočítává koeficientem n/30, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro odbornost 603 nebo 604 podle seznamu výkonů.
7. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 25 % úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony, snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
8. Pokud poskytovatel vykáže zdravotnický prostředek s úhradou vyšší než 15 000 Kč schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se tato úhrada do výpočtu regulačních omezení podle bodu 1.1.
9. Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí v případech poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům.

Příloha č. 5 k vyhlášce č. …./2020 Sb.

**Hodnota bodu a výše úhrad podle § 10**

Pro nasmlouvané výkony odbornosti 806 podle seznamu výkonů a pro nasmlouvané výkony screeningu děložního hrdla podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,12 Kč,  přičemž u výkonů poskytnutých od 1. července 2020 se tato hodnota bodu navýší o 0,13 Kč.

Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s následující hodnotou bodu:

1. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 809 a 810 podle seznamu výkonů se pro poskytovatele, kteří v referenčním období vykázali některý z výkonů č. 89111, 89119, 89123, 89127 a 89131 podle seznamu výkonů, stanoví hodnota bodu ve výši 1,29 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,47 Kč. Pro poskytovatele, kteří v referenčním období nevykázali žádný z výkonů č. 89111, 89119, 89123, 89127 a 89131 podle seznamu výkonů, se pro hrazené služby poskytované v odbornostech 809 a 810 podle seznamu výkonů stanoví hodnota bodu ve výši 1,20 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,47 Kč.
2. Pro výkony č. 89611 až 89619 podle seznamu výkonů odbornosti 809 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,57 a fixní složka úhrady ve výši 0,40 Kč. V případě, že poskytovatel doloží do 31. ledna 2021, že je po celé hodnocené období zapojen do systému elektronické distribuce obrazových dat, stanoví se hodnota bodu pro výkony podle první věty ve výši 0,59 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,40 Kč.
3. Pro výkony č. 89711 až 89725 podle seznamu výkonů odbornosti 809 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,55 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,40 Kč. V případě, že poskytovatel doloží do 31. ledna 2021, že je po celé hodnocené období zapojen do systému elektronické distribuce obrazových dat, stanoví se hodnota bodu pro výkony podle první věty ve výši 0,58 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,40 Kč.
4. Pro výkon č. 89312 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,43 Kč.
5. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 807, 808, 812 až 815, 817, 818, 819 a 823 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,72 Kč pro poskytovatele, kteří jsou držiteli Osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II NASKL v hodnoceném období. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 802 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,85 Kč pro poskytovatele, kteří jsou držiteli Osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II NASKL v hodnoceném období. V případě, že v průběhu hodnoceného období dojde k ukončení platnosti osvědčení, je nezbytné, aby poskytovatel doložil pojišťovně osvědčení navazující na platnost původního osvědčení. Nové osvědčení pro hodnocené období předloží poskytovatel nejpozději do 31. prosince 2020, přičemž hodnota bodu podle věty první nebo druhé je poskytovateli stanovena od data platnosti osvědčení. Pro hrazené služby v odbornostech podle věty první a druhé poskytované poskytovateli kteří nesplňují podmínky podle tohoto písmene, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,40 Kč.
6. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 816 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,80 Kč.
7. Pro výkony č. 09119 a 97111 podle seznamu výkonů je stanovena hodnota bodu ve výši 1,08 Kč, přičemž úhrada za výkony č. 09119 a 97111 podle seznamu výkonů nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 8. Celková výše úhrady poskytovateli za výkony č. 09119 a 97111 podle seznamu výkonů nepřekročí částku, která se vypočte takto:

**PBref x HB x 1,05**

kde:

**PBref**je celkový počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané výkony č. 09119 a 97111 podle seznamu výkonů poskytnuté v referenčním období,

**HB** je hodnota bodu ve výši 1,08 Kč.

1. Hodnoty bodu a fixní složky úhrady uvedené v písmenech a) a d) se navýší o 6,53 %. Hodnoty bodu a fixní složky úhrady uvedené v písmenech b) a c) se navýší o 2,49 %. Hodnoty bodu uvedené v písmenech e) a g) se navýší o 5,29 %. Hodnota bodu uvedená v písmenu f) se navýší o 2,14 %. Hodnoty bodu a fixní složky úhrady vypočítané podle tohoto písmene se zaokrouhlí nahoru na dvě desetinná místa.
2. Pro výkony č. 09115, 82040 a 82041 podle seznamu výkonů vykázané u pacientů s diagnózou U07.1 a U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí je stanovena hodnota bodu ve výši 0,85 Kč, přičemž úhrada za tyto výkony nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 8.
3. Pro výkony č. 89111, 89119, 89123, 89127 a 89131 podle seznamu výkonů je stanovena hodnota bodu ve výši 1,29 Kč,  přičemž u výkonů poskytnutých od 1. července 2020 se tato hodnota bodu navýší o 0,15 Kč. Tato úhrada nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4.
4. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornostech uvedených v bodě 2 písm. a) až d) se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu. Výsledná hodnota bodu je součtem variabilní složky úhrady a fixní složky úhrady, a stanoví se pro každou odbornost a výkony uvedené v bodě 2 písm. a) až d) samostatně:

**HBred = FS + VS**

kde:

**HBred**je výsledná hodnota bodu, která je použita v hodnoceném období pro ocenění poskytnutých výkonů,

**FS** je fixní složka úhrady podle bodu 2 písm. a) až d),

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

kde:

**HB** je hodnota bodu podle bodu 2 písm. a) až d) navýšená podle bodů 5 až 7,

**KN** je koeficient navýšení, který se stanoví ve výši 1,05 pro hrazené služby podle bodu 2 písm. a) a ve výši 1,04 pro hrazené služby podle bodu 2 písm. b) až d),

**PBref** je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období přepočtený podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2020. Do celkového počtu bodů se nezapočítávají počty bodů za výkony č. 89111, 89119, 89123, 89127 a 89131 podle seznamu výkonů,

**PBho** je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období. Do celkového počtu bodů se nezapočítávají počty bodů za výkony č. 89111, 89119, 89123, 89127 a 89131 podle seznamu výkonů,

**UOPref**  je počet unikátních pojištěnců v referenčním období, kromě unikátních pojištěnců, na které byl vykázán pouze některý z výkonů č. 89111, 89119, 89123, 89127 a 89131 podle seznamu výkonů,

**UOPho** je počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období, kromě unikátních pojištěnců, na které byl vykázán pouze některý z výkonů č. 89111, 89119, 89123, 89127 a 89131 podle seznamu výkonů.

1. Hodnoty bodu uvedené v bodě 2 písm. a) a v bodě 3 se navýší o hodnotu 0,02 Kč v případě, že poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby po celé hodnocené období v rozsahu alespoň 35 hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně.
2. Hodnoty bodu uvedené v bodě 2 písm. b) se navýší o hodnotu 0,02 Kč v případě, že poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby po celé hodnocené období v rozsahu alespoň 70 hodin týdně.
3. Hodnoty bodu uvedené v bodě 2 písm. c) se navýší o hodnotu 0,02 Kč v případě, že poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby po celé hodnocené období v rozsahu alespoň 70 hodin týdně.
4. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornostech podle bodu 2 písm. e) a f) nepřekročí částku, která se vypočte takto:

**max(POPicz, POPref)x PUROicz x 1,04**,

kde:

**POPicz** je počet unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny ošetřených poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. e) nebo f) v hodnoceném období, kromě unikátních pojištěnců, na které byl v hodnoceném období vykázán pouze výkon č. 09119 nebo 97111 podle seznamu výkonů, a kromě pojištěnců, na které byly vykázány pouze výkony č. 09115, 82040 a 82041 podle seznamu výkonů v souvislosti s diagnózou U07.1 a U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí,

**POPref** je počet unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny ošetřených poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. e) nebo f) v referenčním období, kromě unikátních pojištěnců, na které byl v hodnoceném období vykázán pouze výkon č. 09119 nebo 97111 podle seznamu výkonů,

**PUROicz** je průměrná úhrada za výkony, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. e) nebo f) v referenčním období. Do průměrné úhrady se nezapočítává úhrada za výkony č. 09119 a 97111 podle seznamu výkonů.

* 1. U poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornostech uvedených v bodě 2 písm. e), u kterých poklesla v referenčním období skutečná hodnota bodu HBskut pod hodnotu minimální hodnoty bodu HBmin, bude hodnota PUROicz stanovena podle hodnoty PUROicznové následovně:

**PUROicznové = x PUROicz**

kde:

**HBmin** je minimální hodnota bodu stanovená ve výši 90 % hodnoty bodu dané odbornosti v referenčním období.

**HBskut** je skutečná hodnota bodu poskytovatele stanovená jako:

**HBskut =**

kde:

**UHRref** je celková výše úhrady poskytovatele v referenčním období,

**PBref** je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období.

* 1. U poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornosti uvedené v bodě 2 písm. f), u kterých poklesla v referenčním období skutečná hodnota bodu HBskut pod hodnotu minimální hodnoty bodu HBmin, bude hodnota PUROicz stanovena podle hodnoty PUROicznové následovně:

**PUROicznové =**

kde:

**PBref** je celkovýpočet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období,

**HBmin** je minimální hodnota bodu stanovená ve výši 65 % hodnoty bodu odbornosti uvedené v bodě 2 písm. f) v referenčním období,

**KPref** je hodnota korunových položek poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období,

**UOPref** jepočet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v odbornosti uvedené v bodě 2 písm. f) v referenčním období.

Skutečná hodnota bodu poskytovatele je stanovená jako:

**HBskut =**

kde:

**UHRref** je celková výše úhrady poskytovatele v referenčním období,

**KPref** je hodnota korunových položek poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období,

**PBref** je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období.

1. U odborností uvedených v bodě 2 písm. e) a f), se stanoví celková výše úhrady podle bodu 8 souhrnně pro všechny odbornosti uvedené v písmenu e) a souhrnně pro všechny odbornosti uvedené v písmenu f).
2. U poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval nebo poskytoval hrazené služby pouze v části referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady podle bodů 4 a 8 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů. U poskytovatelů, kteří nebyli v referenčním období držiteli Osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II NASKL, ale pro hodnocené období předloží alespoň jedno z těchto osvědčení, provede zdravotní pojišťovna přepočet PUROICZ s použitím hodnoty bodu 0,71 Kč pro hrazené služby poskytované v odbornostech uvedených ve větě první v bodě 2 písm e), a s použitím hodnoty bodu 0,85 Kč pro odbornosti uvedené ve větě druhé bodu 2 písm. e).
3. Pro hrazené služby podle bodu 2 písm. a) až d) poskytované zahraničním pojištěncům, se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 4 a navýšení hodnoty bodu podle bodu 2 písm. h) nepoužijí. Pro poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, se pro hrazené služby podle bodu 2 písm. a) až d) výpočet celkové výše úhrady podle bodu 4 nepoužije.
4. Pro hrazené služby podle bodu 2 písm. a) a d) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,31 Kč, pro hrazené služby podle bodu 2 písm. b) a c) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 0,61 Kč a pro hrazené služby podle bodu 2 písm. e) až g) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu dle bodu 2 písm. e) až g).
5. Pro hrazené služby podle bodu 2 písm. e) až g) poskytované zahraničním pojištěncům se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 8 a bodu 2 písm. g) a navýšení hodnoty bodu podle bodu 2 písm. h) nepoužijí. Pro poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 10 a méně unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, se pro hrazené služby podle bodu 2 písm. e) až g) výpočet celkové výše úhrady podle bodu bodu 8 a bodu 2 písm. g) nepoužije.
6. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce či průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodů 4 a 8 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnot bodu podle bodu 2 písm. a) až f).
7. Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli měsíčně, a to ve výši součtu navýšení úhrady podle bodů 1 a 3 vztahujícího se k vykázaným hrazeným službám a úhrady podle bodu 2 písm. i) vztahující se k vykázaným hrazeným službám.

Příloha č. 6 k vyhlášce č. …./2020 Sb.

**Hodnota bodu a výše úhrad podle § 11**

# Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornostech 911, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů

1. Pro výkony přepravy v návštěvní službě podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.
2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby podle seznamu výkonů se pro výkony neuvedené v bodě 1 stanoví hodnota bodu:
   1. pro odbornost 914 podle seznamu výkonů ve výši 1,10 Kč,
   2. pro odbornost 925 podle seznamu výkonů ve výši 1,08 Kč,
   3. pro odbornosti 911, 916 a 921 podle seznamu výkonů ve výši 0,98 Kč.
3. V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z hlavních diagnóz C00 – C97, G09 – G99, F00 – F99, I60 – I69, E10.3 – E10.7, E11.3 – E11.7 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, navyšuje se hodnota bodu pro odbornost 925 podle seznamu výkonů, která je uvedena v bodě 2, o 0,04 Kč.
4. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 911, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů celková výše úhrady poskytovateli v dané odbornosti, mimo úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, nepřekročí částku, která se vypočte takto:

**(1,17 + KN) x max[POPzpoZ;POPrefZ] x PUROo + (1,17 + KN) x max [PUROo x POPzpoMh; (UHRMh – UHRMr)]**,

kde:

**POPzpoZ** je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; do počtu základních unikátních pojištěnců se nezahrne mimořádně nákladný unikátní pojištěnec a dále pojištěnec, na kterého byl vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů,

**POPrefZ** je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v referenčním období; do počtu základních unikátních pojištěnců se nezahrne mimořádně nákladný unikátní pojištěnec a dále pojištěnec, na kterého byl vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů,

**PUROo** je průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období. Do výpočtu PURO nebudou vstupovat pojištěnci, na které byl v referenčním období vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů a úhrada za tyto pojištěnce,

**POPzpoMh** je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; mimořádně nákladným unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, za mimořádně nákladného pojištěnce se nepovažuje pojištěnec, na kterého byl vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů.

**UHRMh** je úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, do UHRMh nebude zařazena úhrada za péči o pojištěnce, na kterého byl vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů.

**UHRMr** je úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, do UHRMr nebude zařazena úhrada za péči o pojištěnce, na kterého byl vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů.

**KN** je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

a)0,03 – v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s vykázaným výkonem č. 06135 nebo 06137 podle seznamu výkonů na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období je alespoň 25 %.

b) 0,03 – v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s vykázanými výkony č. 06325, 06331, 06333, 06327 nebo 06329 podle seznamu výkonů na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období je alespoň 35 %.

c) 0,15 – v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z hlavních diagnóz C00 – C97, G09 – G99, F00 – F99, I60 – I69, E10.3 – E10.7, E11.3 – E11.7 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %.

1. Pro hrazené služby poskytované pojištěncům, na které byl poskytovatelem hrazených služeb vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů, se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 4 nepoužije. Zdravotní služby za tyto pojištence budou hrazeny výkonově s hodnotou bodu uvedenou v bodech 1 až 3. Úhrada za pojištěnce, na kterého byl vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů, nebude součástí referenčních hodnot, vstupujících do výpočtu úhrady v hodnoceném úhradovém období.
2. Hrazené služby poskytnuté v odbornosti 914 podle seznamu výkonů budou hrazeny výkonově s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2.
3. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši průměrných hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, nebo který ošetřil v referenčním období 50 a méně pojištěnců, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu PUROo hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
4. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům se výpočet výše úhrady dle bodů 3, 4 a 5 nepoužije. Zdravotní služby poskytované zahraničním pojištěncům se hradí výkonově s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2, přičemž hodnota bodu podle bodu 2 je snížena o 0,01 Kč.
5. U pacientů s diagnózou U07.1 se za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 06311 podle seznamu výkonů navyšuje úhrada o 377 Kč, za výkon č. 06313 podle seznamu výkonů o 188 Kč, za výkon č. 06315 podle seznamu výkonů o 283 Kč, za výkon č. 06317 podle seznamu výkonů o 377 Kč, za výkon č. 06318 podle seznamu výkonů o 94 Kč a za výkon č. 06319 podle seznamu výkonů o 188 Kč. Navýšení úhrady dle tohoho bodu se nezapočte do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4.
6. Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli měsíčně, a to ve výši součtu navýšení úhrady dle bodu 9 vztahujícího se k poskytovatelem vykázaným hrazeným službám a částky 0,01 Kč za bod podle poskytovatelem vykázaných hrazených služeb.

# Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornosti 926 podle seznamu výkonů

1. Domácí specializovanou paliativní péči lze poskytovat výhradně pojištěnci v terminálním stavu, a to v souladu s odbornými postupy stanovenými metodikou.
2. Poskytovatel v odbornosti 926 podle seznamu výkonů zajistí pojištěnci veškeré potřebné hrazené služby po dobu 24 hodin 7 dní v týdnu.
3. Hrazené služby v odbornosti 926 podle seznamu výkonů poskytnuté v průběhu jednoho dne (24 hodin) budou vykazovány agregovanými výkony č. 80090 podle seznamu výkonů nebo č. 80091 podle seznamu výkonů.
4. Hodnota bodu odbornosti 926 podle seznamu výkonů se stanoví ve výši 1,06 Kč, přičemž celková výše úhrady nepřekročí částku, která se vypočte takto:

kde:

**POPičz,dosp** je počet unikátních dospělých pojištěnců ošetřených poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

**POPičz,dět** je počet unikátních dětských pojištěnců ošetřených poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

**Bodyh** je počet bodů vykázaných poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

**HB** je hodnota bodu odbornosti 926 podle seznamu výkonů, která činí 1,06 Kč.

1. Hrazené služby odbornosti 926 podle seznamu výkonů, které byly poskytnuty pojištěncům, kteří přestali splňovat podmínky pro poskytování hrazených služeb této odbornosti a byli předáni do péče jinému poskytovateli hrazených služeb, budou uhrazeny poskytovateli odbornosti 926 podle seznamu výkonů, pokud počet těchto pojištěnců nepřesáhne 10 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených tímto poskytovatelem v hodnoceném období.
2. Úhrada jiných poskytnutých hrazených služeb, včetně služeb poskytnutých jiným poskytovatelem, v den, kdy byl pojištěnci poskytnut výkon č. 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů, bude odečtena z úhrady poskytovateli odbornosti 926 podle seznamu výkonů s následujícími výjimkami:
   1. pokud počet pojištěnců, na které byl vykázán některý z výkonů č. 80090 nebo 80091podle seznamu výkonů a současně byly na tyto pojištěnce vykázány jiné hrazené služby, mimo hrazených služeb uvedených v písmenu b) tohoto bodu, nepřesáhne 10 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených poskytovatelem odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období, nebudou tyto jiné hrazené služby odečteny z úhrady poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů,
   2. z úhrady poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů nebudou odečteny následující hrazené služby:
      1. kapitační platba registrujícímu praktickému lékaři,
      2. poskytnutá stomatologická péče,
      3. zdravotnický materiál a léčivé přípravky, které byly předepsány před datem přijetí pacienta do péče poskytovatele,
      4. prohlídka zemřelého a přeprava lékaře k tomuto výkonu,
      5. další výkony provedené na zemřelém pacientovi.
3. Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli měsíčně, a to ve výši 0,01 Kč za bod podle poskytovatelem vykázaných hrazených služeb.

Příloha č. 7 k vyhlášce č. …./2020 Sb.

**Hodnota bodu a výše úhrad podle § 12**

1. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů se pro výkony přepravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.
2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů se pro výkony podle seznamu výkonů neuvedené v bodě 1 stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
3. V případě, že podíl počtu unikátních pojištěnců ošetřených v hodnoceném období s některou z hlavních diagnóz G10-G14, I60-I69, R62, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84 nebo S94 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 5 % a nepřesáhne 7 %, navyšuje se hodnota bodu uvedená v bodě 2 o 0,04 Kč. V případě, že tento podíl překročí 7 %, navyšuje se hodnota bodu uvedená v bodě 2 o 0,06 Kč.
4. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů celková výše úhrady poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

**(1,06 + KN) x max[POPzpoZ;POPrefZ] x PUROo + (1,06 + KN) x max[PUROo x POPzpoMh; (UHRMh – UHRMr)]**,

kde:

**POPzpoMh** je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; mimořádně nákladným unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období s některou z hlavních diagnóz G10-G14, I60-I69, R62, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94 nebo T02-T14 podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

**POPzpoZ** je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období, do počtu základních unikátních pojištěnců se nezahrne mimořádně nákladný unikátní pojištěnec a dále pojištěnec, na kterého byly vykázány v hodnoceném období hrazené služby s hlavní diagnózou G20, G35, G51 - G83, P07, P11, P13, P14 nebo P94 podle mezinárodní klasifikace nemocí.

**POPrefZ** je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v referenčním období, do počtu základních unikátních pojištěnců se nezahrne mimořádně nákladný unikátní pojištěnec a dále pojištěnec, na kterého byly vykázány v referenčním období hrazené služby s hlavní diagnózou G20, G35, G51 - G83, P07, P11, P13, P14 nebo P94 podle mezinárodní klasifikace nemocí.

**PUROo** je průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, s výjimkou pojištěnců, na které byly vykázány v referenčním období hrazené služby s hlavní diagnózou G20, G35, G51 - G83, P07, P11, P13, P14 nebo P94 podle mezinárodní klasifikace nemocí.

**UHRMh** je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období s některou z hlavních diagnóz G10-G14, I60-I69, R62, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94 nebo T02-T14 podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

**UHRMr** je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období s některou z hlavních diagnóz G10-G14, I60-I69, R62, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94 nebo T02-T14 podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

**KN** je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

a) 0,02 – v případě, že je v hodnoceném období podíl součtu počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 21113, 21115 a 21315 podle seznamu výkonů z celkového počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů odbornosti 902 podle seznamu výkonů menší než 50 %,

b) 0,02 – v případě, že je v hodnoceném období podíl součtu počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 21221 a 21415 podle seznamu výkonů na celkovém počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů odbornosti 902 podle seznamu výkonů větší než 14 %.

c) 0,11 – v případě, že v hodnoceném období podíl počtu ošetřených unikátních pojištěnců s některou z hlavních diagnóz G10-G14, I60-I69, R62, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84 nebo S94 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených unikátních pojištěnců překročí 5 %.

1. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, nebo u poskytovatele, který ošetřil v referenčním období 50 a méně pojištěnců, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce podle bodu 4 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
2. Pro hrazené služby podle bodu 1 poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu podle bodu 1. Pro hrazené služby podle bodu 2 poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 0,83 Kč. Pro stanovení úhrady u zahraničních pojištěnců se body 3, 4 a 5 nepoužijí.
3. Hrazené služby poskytnuté pojištěncům, na které byly vykázány v hodnoceném období hrazené služby s hlavní diagnózou G20, G35, G51 - G83, P07, P11, P13, P14 nebo P94 podle mezinárodní klasifikace nemocí, se hradí podle seznamu s výkonů s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2. Výše úhrady za tyto služby se nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4.

Příloha č. 8 k vyhlášce č. …./2020 Sb.

**Hodnota bodu a výše úhrad podle § 13**

# Hodnota bodu a výše úhrad

1. Pro poskytovatele poskytující dialyzační péči se hodnota bodu stanoví ve výši 0,96 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 18530 a 18550 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,78 Kč.
2. Hodnota bodu podle bodu 1 se dále navýší za podmínek uvedených níže v případě, že poskytovatel kvartálně referuje výsledky jím poskytované dialyzační léčby.
   1. V případě, že poskytovatel referoval data o dialyzační léčbě již za rok 2019, zdravotní pojišťovna navýší hodnotu bodu podle bodu 1 o 0,02 Kč od 1. ledna 2020.
   2. Pokud poskytovatel za období před 1. lednem 2020 výsledky jím poskytované dialyzační léčby nereferoval, uhradí mu zdravotní pojišťovna částku odpovídající navýšení hodnoty bodu podle pravidel uvedených v písmenu a), pokud referoval data kvartálně v roce 2020. Vypočtenou částku navýšení úhrady zdravotní pojišťovna poskytovateli uhradí v rámci vyúčtování podle § 2 odst. 1 kompenzačního zákona.
   3. Pokud byla poskytovateli navýšena hodnota bodu podle písmene a) a poskytovatel data v roce 2020 přestal referovat, je zdravotní pojišťovna oprávněna mu úhradu podle písmene a) snížit.
   4. Poskytovatel doloží zdravotním pojišťovnám splnění podmínek uvedených v písmenu b) nejpozději do 31. ledna 2021.
3. Zdravotní pojišťovna nejpozději do 28. února 2021 vyhodnotí dohodnutá kvalitativní kritéria stanovená v části D za jednotlivá pracoviště poskytovatele. Hodnota bodu podle bodu 1 se poskytovateli v případě, že plní podmínky podle bodu 2 a dohodnutá kvalitativní kritéria, navýší o další 0,05 Kč tímto způsobem:

**Navýšení HB = 0,05 Kč x Ip**

kde:

**Navýšení HB** je výsledné navýšení hodnoty bodu u poskytovatele, které může dosáhnout maximální hodnoty ve výší 0,05 Kč,

**IP** jeindex produkce, který může nabývat hodnoty od 0 do 1 a který se vypočte jako:

**Ip = ,**

je součet bodů za výkony č. 18511, 18513, 18515, 18521, 18522, 18523 18530 a 18550 podle seznamu výkonů za všechna pracoviště poskytovatele (IČP), u kterých došlo ke splnění kvalitativních kritérií, v hodnoceném období,

je součet bodů za výkony č. 18511, 18513, 18515, 18521, 18522, 18523 18530 a 18550 podle seznamu výkonů za všechna pracoviště poskytovatele (IČP) v hodnoceném období.

1. Vypočtená částka navýšení úhrady podle bodu 3 bude poskytovateli uhrazena v rámci vyúčtování podle § 2 odst. 1 kompenzačního zákona.
2. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se úhrada stanoví podle bodu 1, přičemž se hodnota bodu snižuje o 0,01 Kč.
3. **Úhrada za včasné zařazování pojištěnců na čekací listinu k transplantaci ledviny**
4. Pro níže uvedené hrazené služby se stanovuje úhrada ve výši:
5. Oznámení o začátku vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce již zařazeného do dialyzačního programu 3 000 Kč.
   1. Popis: Signalizace zahájení vyšetřování pojištěnce s chronickým renálním selháním (stadium 5) bez klíčových kontraindikací k transplantaci ledvin.
   2. Podmínky úhrady: Vykazuje se na jednoho pojištěnce jedenkrát.
6. Oznámení o začátku vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce v predialyzačním stádiu 4 500 Kč.
   1. Popis: Signalizace zahájení vyšetřování pojištěnce s chornickým renálním selháním, u kterého opakovaně hodnota glomerulární filtrace (GFR) dosáhne hodnoty menší než 0,17 ml/s.
   2. Podmínky úhrady: U pojištěnce nebyl v době před začátkem vyšetřování vhodnosti k transplantaci ledviny vykázán žádný z výkonů dialyzační péče podle seznamu výkonů. Vykazuje se na jednoho pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny jedenkrát.
7. Oznámení o ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce již zařazeného do dialyzačního programu 7 000 Kč.
   1. Popis: Signalizace ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce, který byl již zařazen do dialyzačního programu. Je vykazováno poskytovatelem, který indikoval pojištěnce k vyšetření, poté, co obdržel vyjádření centra vysoce specializované péče v oblasti transplantologie k zařazení nebo nezařazení pojištěnce na čekací listinu.
   2. Podmínky úhrady: U pojištěnce byla vykázána hrazená zdravotní služba  podle části B bodu 1 písm. a). Transplantační centrum u pojištěnce vykázalo výkon č. 51902 podle seznamu výkonů a zároveň bylo signalizováno odeslání žádosti k zařazení pojištěnce na čekací listinu, nebo skutečnost, že zařazení pojištěnce na čekací listinu není nedoporučeno.
8. Oznámení o ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce v predialyzačním stádiu 10 500 Kč.
   1. Popis: Signalizace ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce, který je u poskytovatele v predialyzační péči. Je vykazováno poskytovatelem, který indikoval pojištěnce k vyšetření, poté, co obdržel vyjádření transplantačního centra k zařazení nebo nezařazení pojištěnce na čekací listinu.
   2. Podmínky úhrady: U pojištěnce byla vykázána hrazená zdravotní služba  podle části B bodu 1 písm. b). Transplantační centrum u pojištěnce vykázalo výkon č. 51902 podle seznamu výkonů a zároveň bylo signalizováno odeslání žádosti k zařazení pojištěnce na čekací listinu, nebo skutečnost, že zařazení pojištěnce na čekací listinu není nedoporučeno.
9. Vyšetření žijícího dárce ledviny 20 000 Kč.
   * 1. Popis: Vykazuje se při zahájení vyšetření žijícího dárce ledviny. Tato hrazená služba se vykazuje na číslo pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny, který je příjemcem orgánu.
     2. Podmínka úhrady: Vykazuje poskytovatel v případě, že indikuje vhodného dárce ledviny.
10. Pravidla pro vykazování a úhradu hrazených služeb uvedených v bodě 1:
11. Minimálním rozsahem péče při vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny se rozumí soubor vyšetření provedený v souladu s doporučeným postupem České transplantační společnosti a v závislosti na aktuálním klinickém stavu konkrétního pojištěnce.
12. Hrazené služby uvedené v bodě 1 nejsou hrazeny v případě zahraničních pojištěnců.
13. Hrazené služby uvedené v bodě 1 nelze vykázat u pojištěnců, kteří mají zdravotní kontraindikaci k transplantaci ledvin.
14. **Regulační omezení**
15. Regulační omezení uvedená v bodech 2 až 4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2020 podle vyhlášky č. 268/2019 Sb. tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
16. průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a úhrady za zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;
17. průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
18. průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.
19. Pokud poskytovatel hrazených služeb poskytující dialyzační péči dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a úhrady za zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a úhrady za zvlášť účtovaný materiál vykázaný 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 se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
20. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
21. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 104 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. 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. Do vyžádané péče se dále nezahrnou náklady na pojištěnce zdravotní pojišťovny, na které byly poskytovatelem vykázány hrazené zdravotní služby definované v části B bodu 1 písm. a), b) nebo e). 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 2020 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
22. 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.
23. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny poskytovatelům specializované ambulatní péče za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období nepřevýší u příslušné zdravotní pojišťovny součet úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
24. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2020 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
25. Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužijí, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2020 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
26. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
27. 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 přiměřeně 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.
28. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
29. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužije, jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům, nebo pokud poskytovatel v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem n/30, kde n se rovná nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb pro danou odbornost.
30. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o  úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
31. **Kvalitativní kritéria poskytované dialyzační péče a jejich vyhodnocení**
    * + 1. **Parametry předávaných údajů**
    1. Poskytovatel referoval v souladu s vyhláškou 268/2019 Sb. výsledky jím poskytované pravidelné dialyzační péče za jednotlivá pracoviště (dialyzační střediska) v průběhu roku 2020 kvartálně, a to vždy po ukončení daného kvartálu. Data za poslední kvartál roku 2020 referoval poskytovatel nejpozději do 31. ledna 2021.
    2. Poskytovatel referoval minimálně 90 % pojištěnců ošetřených na daném pracovišti, kteří splnili podmínky pravidelného dialyzačního léčení.
    3. Za pacienta v pravidelném dialyzačním léčení se považuje pojištěnec, u kterého jsou pravidelně prováděny výkony dialyzačních nebo hemoeliminačních metod nebo peritoneální dialýzy podle seznamu výkonů, a to alespoň do 90 dní od prvního dne jejich vykázání.
    4. Poskytovatel referoval zdravotní pojišťovně informace a data o průběhu dialyzační léčby.
       * 1. **Parametry kvality léčby v pravidelném dialyzačním léčení**
            1. Dohodnuté parametry kvality:

|  |  |
| --- | --- |
| Parametr kvality dialyzační léčby | Minimální procento referovaných pojištěnců ošetřených na pracovišti poskytovatele plnících daný parametr kvality |
| Hodnota Hb > 100 g/l | 70 % |
| Hodnota P < 1,8 mmol/l | 50 % |
| Hodnota KtV > 1,2 | 70 % |
| Počet transplantovaných pojištěnců a pojištěnců zařazených do čekací listiny | 7 % |

1. Do vyhodnocení kvalitativních kritérií nejsou zahrnuti pojištěnci, jimž byly poskytnuty pouze hrazené služby vykázané výkony peritoneální dialýzy podle seznamu výkonů.

Příloha č. 9 k vyhlášce č. ……/2020 Sb.

**Hodnoty navýšení úhrad podle typu ošetřovacího dne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Typ ošetřovacího dne podle seznamu výkonů** | **Navýšení úhrady** | **Koeficient kompenzace COVID-19** |
| 00001 | 234 | 1 |
| 00002 | 234 | 1 |
| 00003 | 327 | 1 |
| 00005 | 179 | 1,029 |
| 00006 | 144 | 1 |
| 00010 | 234 | 1 |
| 00011 | 701 | 1 |
| 00012 | 234 | 1 |
| 00015 | 467 | 1 |
| 00017 | 538 | 1,033 |
| 00020 | 216 | 1,060 |
| 00021 | 150 | 1,020 |
| 00022 | 108 | 1,056 |
| 00023 | 233 | 1,023 |
| 00024 | 233 | 1,022 |
| 00025 | 466 | 1,024 |
| 00026 | 188 | 1,039 |
| 00027 | 108 | 1,025 |
| 00028 | 233 | 1,173 |
| 00029 | 233 | 1,083 |
| 00030 | 233 | 1 |
| 00040 | 934 | 1 |
| 00041 | 934 | 1 |
| 00042 | 934 | 1 |
| 00051 | 1 869 | 1 |
| 00052 | 1 869 | 1 |
| 00053 | 1 869 | 1 |
| 00055 | 1 869 | 1 |
| 00057 | 1 121 | 1 |
| 00058 | 934 | 1 |
| 00061 | 1 869 | 1 |
| 00062 | 1 869 | 1 |
| 00065 | 1 869 | 1 |
| 00068 | 1 168 | 1 |
| 00071 | 1 869 | 1 |
| 00072 | 1 869 | 1 |
| 00075 | 1 869 | 1 |
| 00078 | 1 121 | 1 |
| 00080 | 1 121 | 1 |
| 00082 | 934 | 1 |
| 00085 | 701 | 1 |

Příloha č. 10 k vyhlášce č. …./2020 Sb.

**Paušální úhrada - Skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace s relativními váhami těchto skupin**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Baze** | **IR-DRG4)** | **Název skupiny** | **Relativní váha 2020** |
| 0003 | 00031 | ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC | 15,8635 |
| 0003 | 00032 | ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC | 27,5976 |
| 0003 | 00033 | ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC | 27,5976 |
| 0004 | 00041 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) BEZ CC | 13,4935 |
| 0004 | 00042 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S CC | 13,4935 |
| 0004 | 00043 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S MCC | 13,8681 |
| 0005 | 00051 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) BEZ CC | 7,0935 |
| 0005 | 00052 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S CC | 7,0935 |
| 0005 | 00053 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S MCC | 7,7703 |
| 0006 | 00060 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1800 HODIN (VÍCE NEŽ 75 DNÍ) | 81,2091 |
| 0007 | 00070 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ) S TRANSPLANTACÍ SRDCE, PLIC, JATER, KOSTNÍ DŘENĚ | 110,4444 |
| 0008 | 00080 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (43-75 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM | 52,6309 |
| 0009 | 00090 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (43-75 DNÍ) | 37,8735 |
| 0010 | 00100 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 504 HODIN (22-42 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM | 33,1500 |
| 0011 | 00110 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 504 HODIN (22-42 DNÍ) | 22,9223 |
| 0012 | 00121 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC | 20,0536 |
| 0012 | 00122 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC | 20,0536 |
| 0012 | 00123 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC | 20,3392 |
| 0013 | 00131 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC | 12,3761 |
| 0013 | 00132 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC | 12,3761 |
| 0013 | 00133 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC | 12,6480 |
| 0014 | 00141 | AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC | 5,4395 |
| 0014 | 00142 | AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC | 5,8183 |
| 0014 | 00143 | AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC | 7,2000 |
| 0015 | 00151 | SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC | 2,2380 |
| 0015 | 00152 | SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC | 2,8840 |
| 0015 | 00153 | SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC | 4,4022 |
| 0016 | 00161 | ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM BEZ CC | 60,1461 |
| 0016 | 00162 | ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM S CC | 60,1461 |
| 0016 | 00163 | ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM S MCC | 60,1461 |
| 0017 | 00171 | ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY BEZ CC | 22,8077 |
| 0017 | 00172 | ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S CC | 22,8077 |
| 0017 | 00173 | ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S MCC | 22,8077 |
| 0018 | 00180 | IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU PRO HLUBOKOU MOZKOVOU STIMULACI | 25,4780 |
| 0018 | 00181 | IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU BEZ CC | 0,0000 |
| 0018 | 00182 | IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU S CC | 0,0000 |
| 0018 | 00183 | IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU S MCC | 0,0000 |
| 0019 | 00190 | IMPLANTACE JINÝCH NEUROSTIMULÁTORU A LÉKOVÉ PUMPY | 11,3441 |
| 0101 | 01011 | KRANIOTOMIE BEZ CC | 3,2886 |
| 0101 | 01012 | KRANIOTOMIE S CC | 4,5995 |
| 0101 | 01013 | KRANIOTOMIE S MCC | 6,4973 |
| 0102 | 01021 | SPINÁLNÍ VÝKONY BEZ CC | 2,4582 |
| 0102 | 01022 | SPINÁLNÍ VÝKONY S CC | 3,2223 |
| 0102 | 01023 | SPINÁLNÍ VÝKONY S MCC | 5,4600 |
| 0103 | 01031 | VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH BEZ CC | 1,6901 |
| 0103 | 01032 | VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH S CC | 2,2838 |
| 0103 | 01033 | VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH S MCC | 3,1957 |
| 0104 | 01041 | VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH BEZ CC | 0,4486 |
| 0104 | 01042 | VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH S CC | 0,6146 |
| 0104 | 01043 | VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH S MCC | 1,1317 |
| 0105 | 01051 | UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU BEZ CC | 0,2354 |
| 0105 | 01052 | UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU S CC | 0,3439 |
| 0105 | 01053 | UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU S MCC | 0,3444 |
| 0106 | 01061 | JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC | 1,2430 |
| 0106 | 01062 | JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC | 2,5007 |
| 0106 | 01063 | JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC | 5,4183 |
| 0107 | 01070 | ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI MOZKOVÉM INFARKTU | 7,1898 |
| 0108 | 01080 | ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI JINÝCH ONEMOCNĚNÍCH NERVOVÉHO SYSTÉMU | 3,9877 |
| 0130 | 01301 | PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY BEZ CC | 0,6232 |
| 0130 | 01302 | PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY S CC | 1,0922 |
| 0130 | 01303 | PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY S MCC | 2,3912 |
| 0131 | 01311 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,6053 |
| 0131 | 01312 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC | 0,7363 |
| 0131 | 01313 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC | 1,1041 |
| 0132 | 01321 | ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE BEZ CC | 0,4302 |
| 0132 | 01322 | ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE S CC | 0,5644 |
| 0132 | 01323 | ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE S MCC | 0,7790 |
| 0133 | 01331 | NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ BEZ CC | 1,0829 |
| 0133 | 01332 | NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ S CC | 1,6121 |
| 0133 | 01333 | NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ S MCC | 2,2204 |
| 0134 | 01341 | CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM BEZ CC | 0,8194 |
| 0134 | 01342 | CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM S CC | 1,1127 |
| 0134 | 01343 | CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM S MCC | 1,7233 |
| 0135 | 01351 | NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU BEZ CC | 0,5962 |
| 0135 | 01352 | NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S CC | 0,6641 |
| 0135 | 01353 | NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S MCC | 1,0883 |
| 0136 | 01361 | TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA BEZ CC | 0,4700 |
| 0136 | 01362 | TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S CC | 0,5367 |
| 0136 | 01363 | TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S MCC | 0,6739 |
| 0137 | 01371 | PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ BEZ CC | 0,4956 |
| 0137 | 01372 | PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ S CC | 0,5818 |
| 0137 | 01373 | PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ S MCC | 0,7448 |
| 0138 | 01381 | BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC | 1,0704 |
| 0138 | 01382 | BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC | 2,4266 |
| 0138 | 01383 | BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC | 3,2842 |
| 0139 | 01391 | NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY BEZ CC | 0,9780 |
| 0139 | 01392 | NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY S CC | 1,3898 |
| 0139 | 01393 | NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY S MCC | 2,2188 |
| 0140 | 01401 | VIROVÁ MENINGITIDA BEZ CC | 0,9675 |
| 0140 | 01402 | VIROVÁ MENINGITIDA S CC | 1,1444 |
| 0140 | 01403 | VIROVÁ MENINGITIDA S MCC | 1,5141 |
| 0141 | 01411 | NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA BEZ CC | 0,4883 |
| 0141 | 01412 | NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA S CC | 0,6456 |
| 0141 | 01413 | NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA S MCC | 1,2366 |
| 0142 | 01421 | EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT BEZ CC | 0,4924 |
| 0142 | 01422 | EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S CC | 0,6420 |
| 0142 | 01423 | EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S MCC | 1,1584 |
| 0143 | 01431 | MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY BEZ CC | 0,4129 |
| 0143 | 01432 | MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY S CC | 0,5330 |
| 0143 | 01433 | MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY S MCC | 0,7168 |
| 0144 | 01441 | KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ BEZ CC | 0,6737 |
| 0144 | 01442 | KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ S CC | 1,1159 |
| 0144 | 01443 | KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ S MCC | 2,3755 |
| 0145 | 01451 | OTŘES MOZKU BEZ CC | 0,2238 |
| 0145 | 01452 | OTŘES MOZKU S CC | 0,2541 |
| 0145 | 01453 | OTŘES MOZKU S MCC | 0,4775 |
| 0146 | 01461 | JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,3836 |
| 0146 | 01462 | JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC | 0,5099 |
| 0146 | 01463 | JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC | 0,7590 |
| 0201 | 02011 | ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI BEZ CC | 1,1362 |
| 0201 | 02012 | ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI S CC | 1,6634 |
| 0201 | 02013 | ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI S MCC | 2,1766 |
| 0202 | 02021 | EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE BEZ CC | 0,4635 |
| 0202 | 02022 | EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE S CC | 0,5593 |
| 0202 | 02023 | EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE S MCC | 0,6752 |
| 0203 | 02031 | INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY BEZ CC | 0,9810 |
| 0203 | 02032 | INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S CC | 1,0816 |
| 0203 | 02033 | INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S MCC | 1,2448 |
| 0204 | 02041 | VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE BEZ CC | 0,5296 |
| 0204 | 02042 | VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE S CC | 0,5585 |
| 0204 | 02043 | VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE S MCC | 0,5585 |
| 0230 | 02301 | AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA BEZ CC | 0,5678 |
| 0230 | 02302 | AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA S CC | 0,7369 |
| 0230 | 02303 | AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA S MCC | 0,8888 |
| 0231 | 02311 | NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA BEZ CC | 0,5396 |
| 0231 | 02312 | NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA S CC | 0,7254 |
| 0231 | 02313 | NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA S MCC | 0,7492 |
| 0232 | 02321 | JINÉ PORUCHY OKA BEZ CC | 0,3416 |
| 0232 | 02322 | JINÉ PORUCHY OKA S CC | 0,4081 |
| 0232 | 02323 | JINÉ PORUCHY OKA S MCC | 0,6441 |
| 0301 | 03011 | VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI BEZ CC | 4,2319 |
| 0301 | 03012 | VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI S CC | 5,7766 |
| 0301 | 03013 | VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI S MCC | 10,2548 |
| 0302 | 03021 | JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU BEZ CC | 2,1906 |
| 0302 | 03022 | JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU S CC | 4,2904 |
| 0302 | 03023 | JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU S MCC | 6,8559 |
| 0303 | 03031 | VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU BEZ CC | 2,9525 |
| 0303 | 03032 | VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU S CC | 3,1009 |
| 0303 | 03033 | VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU S MCC | 5,5757 |
| 0304 | 03041 | VÝKONY NA ÚSTECH BEZ CC | 1,3632 |
| 0304 | 03042 | VÝKONY NA ÚSTECH S CC | 2,1192 |
| 0304 | 03043 | VÝKONY NA ÚSTECH S MCC | 2,3596 |
| 0305 | 03051 | VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU BEZ CC | 1,2995 |
| 0305 | 03052 | VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU S CC | 1,5963 |
| 0305 | 03053 | VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU S MCC | 1,6458 |
| 0306 | 03061 | VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE BEZ CC | 1,0863 |
| 0306 | 03062 | VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S CC | 1,3223 |
| 0306 | 03063 | VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S MCC | 1,6953 |
| 0307 | 03071 | NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA BEZ CC | 1,6889 |
| 0307 | 03072 | NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA S CC | 1,6889 |
| 0307 | 03073 | NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA S MCC | 1,8452 |
| 0308 | 03081 | VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH BEZ CC | 0,4620 |
| 0308 | 03082 | VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S CC | 0,5761 |
| 0308 | 03083 | VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S MCC | 0,6392 |
| 0309 | 03091 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC | 0,5690 |
| 0309 | 03092 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S CC | 0,8245 |
| 0309 | 03093 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC | 1,4097 |
| 0310 | 03100 | KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT | 22,2683 |
| 0330 | 03301 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC | 0,4519 |
| 0330 | 03302 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA S CC | 0,5142 |
| 0330 | 03303 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC | 0,8573 |
| 0331 | 03311 | PORUCHY ROVNOVÁHY BEZ CC | 0,4311 |
| 0331 | 03312 | PORUCHY ROVNOVÁHY S CC | 0,5064 |
| 0331 | 03313 | PORUCHY ROVNOVÁHY S MCC | 0,6096 |
| 0332 | 03321 | EPISTAXE BEZ CC | 0,2927 |
| 0332 | 03322 | EPISTAXE S CC | 0,3851 |
| 0332 | 03323 | EPISTAXE S MCC | 0,5019 |
| 0333 | 03331 | EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS BEZ CC | 0,3243 |
| 0333 | 03332 | EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS S CC | 0,4455 |
| 0333 | 03333 | EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS S MCC | 0,5815 |
| 0334 | 03341 | NEMOCI ZUBŮ A ÚST BEZ CC | 0,9968 |
| 0334 | 03342 | NEMOCI ZUBŮ A ÚST S CC | 1,0035 |
| 0334 | 03343 | NEMOCI ZUBŮ A ÚST S MCC | 1,4948 |
| 0335 | 03351 | JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC | 0,3537 |
| 0335 | 03352 | JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S CC | 0,4179 |
| 0335 | 03353 | JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC | 0,5478 |
| 0401 | 04011 | VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY BEZ CC | 3,3069 |
| 0401 | 04012 | VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY S CC | 4,1272 |
| 0401 | 04013 | VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY S MCC | 5,4514 |
| 0402 | 04021 | MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY BEZ CC | 2,8815 |
| 0402 | 04022 | MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY S CC | 2,9550 |
| 0402 | 04023 | MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY S MCC | 4,4035 |
| 0403 | 04031 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,8415 |
| 0403 | 04032 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC | 1,2127 |
| 0403 | 04033 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC | 2,4085 |
| 0430 | 04301 | CYSTICKÁ FIBRÓZA BEZ CC | 1,2303 |
| 0430 | 04302 | CYSTICKÁ FIBRÓZA S CC | 1,8685 |
| 0430 | 04303 | CYSTICKÁ FIBRÓZA S MCC | 2,1578 |
| 0431 | 04310 | RESPIRAČNÍ SELHÁNÍ | 1,6667 |
| 0432 | 04321 | PLICNÍ EMBOLIE BEZ CC | 0,7345 |
| 0432 | 04322 | PLICNÍ EMBOLIE S CC | 0,8339 |
| 0432 | 04323 | PLICNÍ EMBOLIE S MCC | 1,0006 |
| 0433 | 04331 | ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU BEZ CC | 0,3645 |
| 0433 | 04332 | ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU S CC | 0,6141 |
| 0433 | 04333 | ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU S MCC | 0,9741 |
| 0434 | 04341 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,4907 |
| 0434 | 04342 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC | 0,6173 |
| 0434 | 04343 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC | 0,8408 |
| 0435 | 04351 | INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,7317 |
| 0435 | 04352 | INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC | 0,9602 |
| 0435 | 04353 | INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC | 1,5545 |
| 0436 | 04361 | PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL BEZ CC | 0,5767 |
| 0436 | 04362 | PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL S CC | 0,7310 |
| 0436 | 04363 | PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL S MCC | 1,0580 |
| 0437 | 04371 | CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC BEZ CC | 0,4544 |
| 0437 | 04372 | CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC S CC | 0,6048 |
| 0437 | 04373 | CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC S MCC | 0,9336 |
| 0438 | 04381 | ASTMA A BRONCHIOLITIDA BEZ CC | 0,3981 |
| 0438 | 04382 | ASTMA A BRONCHIOLITIDA S CC | 0,5508 |
| 0438 | 04383 | ASTMA A BRONCHIOLITIDA S MCC | 0,8134 |
| 0439 | 04391 | INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC BEZ CC | 0,5808 |
| 0439 | 04392 | INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S CC | 0,7424 |
| 0439 | 04393 | INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S MCC | 1,1181 |
| 0440 | 04401 | PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK BEZ CC | 0,7339 |
| 0440 | 04402 | PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK S CC | 0,8661 |
| 0440 | 04403 | PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK S MCC | 1,2956 |
| 0441 | 04411 | PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,4171 |
| 0441 | 04412 | PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC | 0,5591 |
| 0441 | 04413 | PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC | 0,8203 |
| 0500 | 05000 | ÚMRTÍ DO 5 DNÍ OD PŘÍJMU PŘI HLAVNÍ DIAGNÓZE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU | 0,4204 |
| 0501 | 05011 | SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE BEZ CC | 13,3977 |
| 0501 | 05012 | SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE S CC | 14,1683 |
| 0501 | 05013 | SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE S MCC | 17,2009 |
| 0502 | 05021 | VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC | 13,0696 |
| 0502 | 05022 | VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC | 13,0696 |
| 0502 | 05023 | VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC | 16,1010 |
| 0503 | 05031 | OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA OTEVŘENÉM SRDCI BEZ CC | 7,5532 |
| 0503 | 05032 | OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA OTEVŘENÉM SRDCI S CC | 9,3162 |
| 0503 | 05033 | OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA OTEVŘENÉM SRDCI S MCC | 10,8863 |
| 0504 | 05041 | VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC | 9,8039 |
| 0504 | 05042 | VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC | 10,7579 |
| 0504 | 05043 | VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC | 13,1732 |
| 0505 | 05051 | KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC | 8,6451 |
| 0505 | 05052 | KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC | 9,3354 |
| 0505 | 05053 | KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC | 11,2100 |
| 0506 | 05061 | KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC | 7,2607 |
| 0506 | 05062 | KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC | 7,3728 |
| 0506 | 05063 | KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC | 8,4928 |
| 0507 | 05070 | IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU U AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU | 5,0907 |
| 0508 | 05081 | OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA ZAVŘENÉM SRDCI BEZ CC | 4,4077 |
| 0508 | 05082 | OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA ZAVŘENÉM SRDCI S CC | 5,5256 |
| 0508 | 05083 | OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA ZAVŘENÉM SRDCI S MCC | 6,7655 |
| 0509 | 05091 | VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC | 5,4064 |
| 0509 | 05092 | VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC | 7,2601 |
| 0509 | 05093 | VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC | 9,3116 |
| 0510 | 05101 | JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC | 3,0091 |
| 0510 | 05102 | JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC | 3,3085 |
| 0510 | 05103 | JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC | 4,2257 |
| 0511 | 05111 | IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU BEZ CC | 2,9492 |
| 0511 | 05112 | IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU S CC | 3,3581 |
| 0511 | 05113 | IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU S MCC | 4,2280 |
| 0512 | 05121 | VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC | 6,6559 |
| 0512 | 05122 | VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC | 7,0084 |
| 0512 | 05123 | VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC | 10,3792 |
| 0513 | 05131 | JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC | 2,4443 |
| 0513 | 05132 | JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC | 2,8512 |
| 0513 | 05133 | JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC | 3,8053 |
| 0514 | 05141 | JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC | 2,1221 |
| 0514 | 05142 | JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC | 2,8592 |
| 0514 | 05143 | JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC | 3,8086 |
| 0515 | 05151 | AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY BEZ CC | 1,7841 |
| 0515 | 05152 | AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S CC | 2,3184 |
| 0515 | 05153 | AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S MCC | 3,5216 |
| 0516 | 05161 | VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU BEZ CC | 2,2852 |
| 0516 | 05162 | VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU S CC | 2,4223 |
| 0516 | 05163 | VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU S MCC | 2,4604 |
| 0517 | 05171 | AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC | 1,1552 |
| 0517 | 05172 | AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC | 1,3374 |
| 0517 | 05173 | AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC | 1,7841 |
| 0518 | 05181 | KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ BEZ CC | 0,9637 |
| 0518 | 05182 | KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ S CC | 1,2788 |
| 0518 | 05183 | KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ S MCC | 2,0263 |
| 0519 | 05191 | LIGATURA A STRIPPING CÉV BEZ CC | 0,5257 |
| 0519 | 05192 | LIGATURA A STRIPPING CÉV S CC | 0,5798 |
| 0519 | 05193 | LIGATURA A STRIPPING CÉV S MCC | 0,5798 |
| 0520 | 05201 | JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,8517 |
| 0520 | 05202 | JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC | 1,2410 |
| 0520 | 05203 | JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC | 2,5273 |
| 0522 | 05221 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC | 6,1971 |
| 0522 | 05222 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC | 6,3880 |
| 0522 | 05223 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC | 9,6231 |
| 0523 | 05231 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC | 3,2821 |
| 0523 | 05232 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC | 4,0204 |
| 0523 | 05233 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC | 4,7213 |
| 0524 | 05241 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC | 6,0504 |
| 0524 | 05242 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC | 6,8727 |
| 0524 | 05243 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC | 7,1955 |
| 0526 | 05261 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC | 5,9480 |
| 0526 | 05262 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC | 6,7752 |
| 0526 | 05263 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC | 6,7752 |
| 0527 | 05271 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC | 2,9366 |
| 0527 | 05272 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC | 3,6685 |
| 0527 | 05273 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC | 4,3670 |
| 0528 | 05281 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC | 4,9820 |
| 0528 | 05282 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC | 5,4860 |
| 0528 | 05283 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC | 7,2516 |
| 0529 | 05291 | SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC | 6,3397 |
| 0529 | 05292 | SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC | 6,4627 |
| 0529 | 05293 | SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC | 6,7695 |
| 0530 | 05301 | SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC | 0,7269 |
| 0530 | 05302 | SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC | 1,0691 |
| 0530 | 05303 | SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC | 1,9162 |
| 0531 | 05311 | SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ BEZ CC | 0,4182 |
| 0531 | 05312 | SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ S CC | 0,5460 |
| 0531 | 05313 | SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ S MCC | 0,6764 |
| 0532 | 05321 | SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,4947 |
| 0532 | 05322 | SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC | 0,7905 |
| 0532 | 05323 | SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC | 1,6321 |
| 0533 | 05331 | AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU BEZ CC | 0,4270 |
| 0533 | 05332 | AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S CC | 0,7343 |
| 0533 | 05333 | AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S MCC | 1,3575 |
| 0534 | 05341 | AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA BEZ CC | 1,1678 |
| 0534 | 05342 | AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA S CC | 1,6814 |
| 0534 | 05343 | AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA S MCC | 3,1145 |
| 0535 | 05351 | SRDEČNÍ SELHÁNÍ BEZ CC | 0,5472 |
| 0535 | 05352 | SRDEČNÍ SELHÁNÍ S CC | 0,6826 |
| 0535 | 05353 | SRDEČNÍ SELHÁNÍ S MCC | 1,0408 |
| 0536 | 05361 | HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA BEZ CC | 0,4298 |
| 0536 | 05362 | HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA S CC | 0,5310 |
| 0536 | 05363 | HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA S MCC | 0,6945 |
| 0537 | 05371 | NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA BEZ CC | 1,2284 |
| 0537 | 05372 | NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA S CC | 1,4484 |
| 0537 | 05373 | NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA S MCC | 2,6918 |
| 0538 | 05381 | PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY BEZ CC | 0,4208 |
| 0538 | 05382 | PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY S CC | 0,5430 |
| 0538 | 05383 | PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY S MCC | 0,6242 |
| 0539 | 05391 | ATEROSKLERÓZA BEZ CC | 0,3564 |
| 0539 | 05392 | ATEROSKLERÓZA S CC | 0,4761 |
| 0539 | 05393 | ATEROSKLERÓZA S MCC | 0,6549 |
| 0540 | 05401 | HYPERTENZE BEZ CC | 0,3008 |
| 0540 | 05402 | HYPERTENZE S CC | 0,3745 |
| 0540 | 05403 | HYPERTENZE S MCC | 0,5103 |
| 0541 | 05411 | VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY BEZ CC | 0,3893 |
| 0541 | 05412 | VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY S CC | 0,5341 |
| 0541 | 05413 | VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY S MCC | 0,9460 |
| 0542 | 05421 | SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ BEZ CC | 0,3660 |
| 0542 | 05422 | SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ S CC | 0,5577 |
| 0542 | 05423 | SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ S MCC | 0,9344 |
| 0543 | 05431 | ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU BEZ CC | 0,3173 |
| 0543 | 05432 | ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU S CC | 0,3943 |
| 0543 | 05433 | ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU S MCC | 0,5075 |
| 0544 | 05441 | SYNKOPA A KOLAPS BEZ CC | 0,3533 |
| 0544 | 05442 | SYNKOPA A KOLAPS S CC | 0,4458 |
| 0544 | 05443 | SYNKOPA A KOLAPS S MCC | 0,6430 |
| 0545 | 05451 | KARDIOMYOPATIE BEZ CC | 0,3933 |
| 0545 | 05452 | KARDIOMYOPATIE S CC | 0,6641 |
| 0545 | 05453 | KARDIOMYOPATIE S MCC | 1,0370 |
| 0546 | 05461 | SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU BEZ CC | 0,5586 |
| 0546 | 05462 | SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU S CC | 0,7782 |
| 0546 | 05463 | SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU S MCC | 0,7782 |
| 0547 | 05471 | JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,3202 |
| 0547 | 05472 | JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC | 0,4547 |
| 0547 | 05473 | JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC | 0,7765 |
| 0548 | 05481 | ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO AKUTNÍ ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV BEZ CC | 4,2656 |
| 0548 | 05482 | ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO AKUTNÍ ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV S CC | 4,6105 |
| 0548 | 05483 | ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO AKUTNÍ ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV S MCC | 4,6255 |
| 0549 | 05491 | ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO KRITICKOU ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV BEZ CC | 3,0547 |
| 0549 | 05492 | ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO KRITICKOU ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV S CC | 3,4453 |
| 0549 | 05493 | ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO KRITICKOU ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV S MCC | 4,0892 |
| 0550 | 05501 | ANGIOPLASTIKA NEBO ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍ CÉVY BEZ CC | 2,0526 |
| 0550 | 05502 | ANGIOPLASTIKA NEBO ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍ CÉVY S CC | 2,6484 |
| 0550 | 05503 | ANGIOPLASTIKA NEBO ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍ CÉVY S MCC | 2,7443 |
| 0601 | 06011 | VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU BEZ CC | 3,2925 |
| 0601 | 06012 | VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S CC | 4,0857 |
| 0601 | 06013 | VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S MCC | 6,3652 |
| 0602 | 06021 | VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU BEZ CC | 3,0146 |
| 0602 | 06022 | VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S CC | 4,6451 |
| 0602 | 06023 | VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S MCC | 5,2952 |
| 0603 | 06031 | MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU BEZ CC | 1,6419 |
| 0603 | 06032 | MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S CC | 2,5544 |
| 0603 | 06033 | MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S MCC | 4,1984 |
| 0604 | 06041 | UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘIŠNICE BEZ CC | 1,0368 |
| 0604 | 06042 | UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘIŠNICE S CC | 1,1915 |
| 0604 | 06043 | UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘIŠNICE S MCC | 1,5580 |
| 0605 | 06051 | VÝKONY NA APENDIXU BEZ CC | 0,9787 |
| 0605 | 06052 | VÝKONY NA APENDIXU S CC | 1,2714 |
| 0605 | 06053 | VÝKONY NA APENDIXU S MCC | 1,6333 |
| 0606 | 06061 | LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE BEZ CC | 1,1377 |
| 0606 | 06062 | LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S CC | 1,2121 |
| 0606 | 06063 | LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S MCC | 1,3958 |
| 0607 | 06071 | MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU BEZ CC | 2,0243 |
| 0607 | 06072 | MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S CC | 2,5404 |
| 0607 | 06073 | MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S MCC | 3,5693 |
| 0608 | 06081 | LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE BEZ CC | 0,6566 |
| 0608 | 06082 | LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S CC | 0,9568 |
| 0608 | 06083 | LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S MCC | 1,4998 |
| 0609 | 06091 | ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY BEZ CC | 0,5256 |
| 0609 | 06092 | ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY S CC | 0,7340 |
| 0609 | 06093 | ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY S MCC | 0,9523 |
| 0610 | 06101 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,9965 |
| 0610 | 06102 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC | 1,7214 |
| 0610 | 06103 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC | 3,1797 |
| 0611 | 06111 | VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE BEZ CC | 1,1465 |
| 0611 | 06112 | VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE S CC | 1,6645 |
| 0611 | 06113 | VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE S MCC | 2,5504 |
| 0630 | 06301 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,4206 |
| 0630 | 06302 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC | 0,5452 |
| 0630 | 06303 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC | 0,7551 |
| 0631 | 06311 | PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA BEZ CC | 0,3866 |
| 0631 | 06312 | PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA S CC | 0,5923 |
| 0631 | 06313 | PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA S MCC | 1,1186 |
| 0632 | 06321 | PORUCHY JÍCNU BEZ CC | 0,4008 |
| 0632 | 06322 | PORUCHY JÍCNU S CC | 0,5983 |
| 0632 | 06323 | PORUCHY JÍCNU S MCC | 1,0942 |
| 0633 | 06331 | DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA BEZ CC | 0,3897 |
| 0633 | 06332 | DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA S CC | 0,5804 |
| 0633 | 06333 | DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA S MCC | 0,7953 |
| 0634 | 06341 | VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,6143 |
| 0634 | 06342 | VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC | 0,8482 |
| 0634 | 06343 | VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC | 1,3119 |
| 0635 | 06351 | OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,3801 |
| 0635 | 06352 | OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC | 0,5464 |
| 0635 | 06353 | OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC | 1,0540 |
| 0636 | 06361 | ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,7348 |
| 0636 | 06362 | ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC | 0,8739 |
| 0636 | 06363 | ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC | 1,4259 |
| 0637 | 06371 | JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA BEZ CC | 0,2808 |
| 0637 | 06372 | JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA S CC | 0,3896 |
| 0637 | 06373 | JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA S MCC | 0,5646 |
| 0638 | 06381 | JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,3067 |
| 0638 | 06382 | JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC | 0,4618 |
| 0638 | 06383 | JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC | 0,8560 |
| 0701 | 07011 | VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY BEZ CC | 4,1487 |
| 0701 | 07012 | VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY S CC | 5,3486 |
| 0701 | 07013 | VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY S MCC | 8,5013 |
| 0702 | 07021 | VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC | 3,3694 |
| 0702 | 07022 | VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH S CC | 3,9916 |
| 0702 | 07023 | VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH S MCC | 5,7420 |
| 0703 | 07031 | CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ BEZ CC | 1,5229 |
| 0703 | 07032 | CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S CC | 2,1760 |
| 0703 | 07033 | CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S MCC | 3,6797 |
| 0704 | 07041 | LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE BEZ CC | 1,2241 |
| 0704 | 07042 | LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE S CC | 1,4394 |
| 0704 | 07043 | LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE S MCC | 1,9244 |
| 0705 | 07051 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU BEZ CC | 1,6010 |
| 0705 | 07052 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S CC | 2,0768 |
| 0705 | 07053 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S MCC | 3,7718 |
| 0730 | 07301 | CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA BEZ CC | 0,4940 |
| 0730 | 07302 | CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA S CC | 0,6106 |
| 0730 | 07303 | CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA S MCC | 1,0593 |
| 0731 | 07311 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU BEZ CC | 0,4715 |
| 0731 | 07312 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S CC | 0,6116 |
| 0731 | 07313 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S MCC | 0,8213 |
| 0732 | 07321 | PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ BEZ CC | 0,6332 |
| 0732 | 07322 | PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S CC | 0,8941 |
| 0732 | 07323 | PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S MCC | 2,2508 |
| 0733 | 07331 | PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY BEZ CC | 0,4370 |
| 0733 | 07332 | PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY S CC | 0,6473 |
| 0733 | 07333 | PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY S MCC | 1,0614 |
| 0734 | 07341 | JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST BEZ CC | 0,4718 |
| 0734 | 07342 | JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S CC | 0,6590 |
| 0734 | 07343 | JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S MCC | 1,0732 |
| 0801 | 08011 | FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE BEZ CC | 15,2061 |
| 0801 | 08012 | FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE S CC | 16,8329 |
| 0801 | 08013 | FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE S MCC | 19,1709 |
| 0802 | 08021 | BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN BEZ CC | 2,8046 |
| 0802 | 08022 | BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN S CC | 3,5151 |
| 0802 | 08023 | BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN S MCC | 7,5570 |
| 0803 | 08031 | FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY BEZ CC | 4,9933 |
| 0803 | 08032 | FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S CC | 5,1798 |
| 0803 | 08033 | FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S MCC | 7,4107 |
| 0804 | 08041 | TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČLE, LOKTE, ZÁPĚSTÍ, TOTÁLNÍ A REVERZNÍ ENDOPROTÉZA RAMENE BEZ CC | 3,0220 |
| 0804 | 08042 | TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČLE, LOKTE, ZÁPĚSTÍ, TOTÁLNÍ A REVERZNÍ ENDOPROTÉZA RAMENE S CC | 3,1104 |
| 0804 | 08043 | TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČLE, LOKTE, ZÁPĚSTÍ, TOTÁLNÍ A REVERZNÍ ENDOPROTÉZA RAMENE S MCC | 3,7127 |
| 0805 | 08051 | REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ BEZ CC | 3,1175 |
| 0805 | 08052 | REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ S CC | 3,5307 |
| 0805 | 08053 | REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ S MCC | 4,5648 |
| 0806 | 08061 | VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ BEZ CC | 5,5681 |
| 0806 | 08062 | VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S CC | 5,5681 |
| 0806 | 08063 | VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S MCC | 5,5681 |
| 0807 | 08071 | AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC | 1,5904 |
| 0807 | 08072 | AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC | 2,1614 |
| 0807 | 08073 | AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC | 4,1863 |
| 0808 | 08081 | VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ BEZ CC | 2,3786 |
| 0808 | 08082 | VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S CC | 2,7606 |
| 0808 | 08083 | VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S MCC | 3,7041 |
| 0809 | 08091 | TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY BEZ CC | 0,7853 |
| 0809 | 08092 | TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY S CC | 1,8407 |
| 0809 | 08093 | TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY S MCC | 4,8230 |
| 0810 | 08101 | VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE BEZ CC | 1,6756 |
| 0810 | 08102 | VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S CC | 1,9702 |
| 0810 | 08103 | VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S MCC | 3,7325 |
| 0811 | 08111 | VÝKONY NA KOLENU, BÉRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA BEZ CC | 1,2205 |
| 0811 | 08112 | VÝKONY NA KOLENU, BÉRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA S CC | 1,5762 |
| 0811 | 08113 | VÝKONY NA KOLENU, BÉRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA S MCC | 2,3685 |
| 0812 | 08121 | VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ BEZ CC | 0,3799 |
| 0812 | 08122 | VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S CC | 0,4689 |
| 0812 | 08123 | VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S MCC | 1,0504 |
| 0813 | 08131 | MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU BEZ CC | 0,7434 |
| 0813 | 08132 | MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU S CC | 1,3508 |
| 0813 | 08133 | MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU S MCC | 2,6443 |
| 0814 | 08141 | VÝKONY NA CHODIDLE BEZ CC | 0,6157 |
| 0814 | 08142 | VÝKONY NA CHODIDLE S CC | 0,8113 |
| 0814 | 08143 | VÝKONY NA CHODIDLE S MCC | 1,0674 |
| 0815 | 08151 | VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH BEZ CC | 0,8910 |
| 0815 | 08152 | VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH S CC | 1,3656 |
| 0815 | 08153 | VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH S MCC | 1,7649 |
| 0816 | 08161 | VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI BEZ CC | 0,5377 |
| 0816 | 08162 | VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI S CC | 0,8030 |
| 0816 | 08163 | VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI S MCC | 1,7579 |
| 0817 | 08171 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC | 0,6093 |
| 0817 | 08172 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC | 1,2509 |
| 0817 | 08173 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC | 2,8362 |
| 0818 | 08181 | TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KOLENA, HLEZNA BEZ CC | 3,4820 |
| 0818 | 08182 | TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KOLENA, HLEZNA S CC | 3,5596 |
| 0818 | 08183 | TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KOLENA, HLEZNA S MCC | 3,9120 |
| 0819 | 08191 | ARTROSKOPIE BEZ CC | 0,6010 |
| 0819 | 08192 | ARTROSKOPIE S CC | 0,6189 |
| 0819 | 08193 | ARTROSKOPIE S MCC | 0,6912 |
| 0820 | 08201 | REIMPLANTACE ENDOPROTÉZ KLOUBŮ HORNÍCH A DOLNÍCH KONČETIN, TUMOROZNÍ ENDOPROTÉZY BEZ CC | 4,5165 |
| 0820 | 08202 | REIMPLANTACE ENDOPROTÉZ KLOUBŮ HORNÍCH A DOLNÍCH KONČETIN, TUMOROZNÍ ENDOPROTÉZY S CC | 5,0720 |
| 0820 | 08203 | REIMPLANTACE ENDOPROTÉZ KLOUBŮ HORNÍCH A DOLNÍCH KONČETIN, TUMOROZNÍ ENDOPROTÉZY S MCC | 6,8116 |
| 0830 | 08301 | ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ BEZ CC | 0,4941 |
| 0830 | 08302 | ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ S CC | 0,6080 |
| 0830 | 08303 | ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ S MCC | 1,1875 |
| 0831 | 08311 | ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE BEZ CC | 0,4735 |
| 0831 | 08312 | ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE S CC | 0,6284 |
| 0831 | 08313 | ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE S MCC | 0,9721 |
| 0832 | 08321 | ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE BEZ CC | 0,3224 |
| 0832 | 08322 | ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE S CC | 0,4248 |
| 0832 | 08323 | ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE S MCC | 0,7207 |
| 0833 | 08331 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY BEZ CC | 0,5672 |
| 0833 | 08332 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY S CC | 0,6690 |
| 0833 | 08333 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY S MCC | 1,0184 |
| 0834 | 08341 | OSTEOMYELITIDA BEZ CC | 0,6764 |
| 0834 | 08342 | OSTEOMYELITIDA S CC | 0,8917 |
| 0834 | 08343 | OSTEOMYELITIDA S MCC | 1,6812 |
| 0835 | 08351 | SEPTICKÁ ARTRITIDA BEZ CC | 0,8229 |
| 0835 | 08352 | SEPTICKÁ ARTRITIDA S CC | 1,1104 |
| 0835 | 08353 | SEPTICKÁ ARTRITIDA S MCC | 1,8598 |
| 0836 | 08361 | PORUCHY POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC | 0,5554 |
| 0836 | 08362 | PORUCHY POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC | 0,7837 |
| 0836 | 08363 | PORUCHY POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC | 0,9826 |
| 0837 | 08371 | KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY BEZ CC | 0,4270 |
| 0837 | 08372 | KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S CC | 0,5031 |
| 0837 | 08373 | KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S MCC | 0,7500 |
| 0838 | 08381 | JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ BEZ CC | 0,4191 |
| 0838 | 08382 | JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ S CC | 0,5198 |
| 0838 | 08383 | JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ S MCC | 0,6834 |
| 0839 | 08391 | SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU BEZ CC | 0,5071 |
| 0839 | 08392 | SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU S CC | 0,6734 |
| 0839 | 08393 | SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU S MCC | 0,8714 |
| 0840 | 08401 | MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MÉNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY BEZ CC | 0,3477 |
| 0840 | 08402 | MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MÉNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY S CC | 0,4911 |
| 0840 | 08403 | MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MÉNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY S MCC | 0,5448 |
| 0841 | 08411 | JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC | 0,3043 |
| 0841 | 08412 | JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC | 0,4633 |
| 0841 | 08413 | JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC | 0,6814 |
| 0901 | 09011 | KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT BEZ CC | 0,7382 |
| 0901 | 09012 | KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT S CC | 1,2360 |
| 0901 | 09013 | KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT S MCC | 2,4816 |
| 0902 | 09021 | VÝKONY NA PRSECH BEZ CC | 0,9337 |
| 0902 | 09022 | VÝKONY NA PRSECH S CC | 1,1864 |
| 0902 | 09023 | VÝKONY NA PRSECH S MCC | 1,3089 |
| 0903 | 09031 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU BEZ CC | 0,4487 |
| 0903 | 09032 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S CC | 0,7222 |
| 0903 | 09033 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S MCC | 1,5221 |
| 0930 | 09301 | ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE BEZ CC | 0,5377 |
| 0930 | 09302 | ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S CC | 0,5969 |
| 0930 | 09303 | ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S MCC | 0,8563 |
| 0931 | 09311 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ BEZ CC | 0,3315 |
| 0931 | 09312 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ S CC | 0,4845 |
| 0931 | 09313 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ S MCC | 0,6009 |
| 0932 | 09321 | FLEGMÓNA BEZ CC | 0,4867 |
| 0932 | 09322 | FLEGMÓNA S CC | 0,6470 |
| 0932 | 09323 | FLEGMÓNA S MCC | 0,9716 |
| 0933 | 09331 | PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU BEZ CC | 0,2457 |
| 0933 | 09332 | PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S CC | 0,3114 |
| 0933 | 09333 | PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S MCC | 0,6223 |
| 0934 | 09341 | JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU BEZ CC | 0,3430 |
| 0934 | 09342 | JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S CC | 0,4804 |
| 0934 | 09343 | JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S MCC | 0,5338 |
| 1001 | 10011 | VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM BEZ CC | 2,6665 |
| 1001 | 10012 | VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM S CC | 3,0916 |
| 1001 | 10013 | VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM S MCC | 7,0087 |
| 1002 | 10021 | KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC | 1,5666 |
| 1002 | 10022 | KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC | 1,5944 |
| 1002 | 10023 | KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC | 2,3728 |
| 1003 | 10031 | VÝKONY PRO OBEZITU BEZ CC | 2,7160 |
| 1003 | 10032 | VÝKONY PRO OBEZITU S CC | 2,7160 |
| 1003 | 10033 | VÝKONY PRO OBEZITU S MCC | 5,7160 |
| 1004 | 10041 | AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC | 1,8620 |
| 1004 | 10042 | AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC | 1,9731 |
| 1004 | 10043 | AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC | 3,4348 |
| 1005 | 10051 | VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY BEZ CC | 1,3031 |
| 1005 | 10052 | VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S CC | 1,5163 |
| 1005 | 10053 | VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S MCC | 2,1221 |
| 1006 | 10061 | JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC | 1,5552 |
| 1006 | 10062 | JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC | 2,2443 |
| 1006 | 10063 | JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC | 3,7162 |
| 1030 | 10301 | DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY BEZ CC | 0,3837 |
| 1030 | 10302 | DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S CC | 0,5269 |
| 1030 | 10303 | DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S MCC | 0,9057 |
| 1031 | 10311 | HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ BEZ CC | 0,3777 |
| 1031 | 10312 | HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ S CC | 0,4210 |
| 1031 | 10313 | HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ S MCC | 0,6425 |
| 1032 | 10321 | VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU BEZ CC | 0,4317 |
| 1032 | 10322 | VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU S CC | 0,5613 |
| 1032 | 10323 | VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU S MCC | 0,7483 |
| 1033 | 10331 | JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY BEZ CC | 0,3211 |
| 1033 | 10332 | JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY S CC | 0,4788 |
| 1033 | 10333 | JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY S MCC | 0,8712 |
| 1101 | 11011 | TRANSPLANTACE LEDVIN BEZ CC | 6,2384 |
| 1101 | 11012 | TRANSPLANTACE LEDVIN S CC | 6,2965 |
| 1101 | 11013 | TRANSPLANTACE LEDVIN S MCC | 9,2160 |
| 1102 | 11021 | VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI BEZ CC | 5,6808 |
| 1102 | 11022 | VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI S CC | 7,4203 |
| 1102 | 11023 | VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI S MCC | 10,1105 |
| 1103 | 11031 | VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC | 2,4029 |
| 1103 | 11032 | VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S CC | 2,9612 |
| 1103 | 11033 | VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S MCC | 4,5897 |
| 1104 | 11041 | DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY BEZ CC | 1,2642 |
| 1104 | 11042 | DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY S CC | 1,9074 |
| 1104 | 11043 | DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY S MCC | 3,3151 |
| 1105 | 11051 | MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI BEZ CC | 0,9877 |
| 1105 | 11052 | MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S CC | 1,1982 |
| 1105 | 11053 | MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S MCC | 1,8847 |
| 1106 | 11061 | PROSTATEKTOMIE BEZ CC | 1,2478 |
| 1106 | 11062 | PROSTATEKTOMIE S CC | 1,5299 |
| 1106 | 11063 | PROSTATEKTOMIE S MCC | 1,9595 |
| 1107 | 11071 | URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY BEZ CC | 0,6502 |
| 1107 | 11072 | URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S CC | 0,8037 |
| 1107 | 11073 | URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S MCC | 1,0402 |
| 1108 | 11081 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC | 0,5458 |
| 1108 | 11082 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC | 0,7873 |
| 1108 | 11083 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC | 1,3480 |
| 1130 | 11301 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ BEZ CC | 0,4608 |
| 1130 | 11302 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ S CC | 0,6490 |
| 1130 | 11303 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ S MCC | 1,0041 |
| 1131 | 11311 | NEFRITIDA BEZ CC | 0,4749 |
| 1131 | 11312 | NEFRITIDA S CC | 0,5036 |
| 1131 | 11313 | NEFRITIDA S MCC | 1,1800 |
| 1132 | 11321 | INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC | 0,4186 |
| 1132 | 11322 | INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC | 0,5493 |
| 1132 | 11323 | INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC | 0,7672 |
| 1133 | 11331 | MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU BEZ CC | 1,0031 |
| 1133 | 11332 | MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S CC | 1,5538 |
| 1133 | 11333 | MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S MCC | 1,6581 |
| 1134 | 11341 | MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE BEZ CC | 0,3014 |
| 1134 | 11342 | MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S CC | 0,4511 |
| 1134 | 11343 | MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S MCC | 0,7404 |
| 1135 | 11351 | SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURETRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU BEZ CC | 0,2800 |
| 1135 | 11352 | SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURETRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU S CC | 0,4357 |
| 1135 | 11353 | SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURETRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU S MCC | 0,5607 |
| 1136 | 11361 | PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC | 0,3224 |
| 1136 | 11362 | PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S CC | 0,3962 |
| 1136 | 11363 | PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S MCC | 0,4648 |
| 1137 | 11371 | JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC | 0,3108 |
| 1137 | 11372 | JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC | 0,4628 |
| 1137 | 11373 | JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC | 0,7704 |
| 1201 | 12011 | VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE BEZ CC | 2,5254 |
| 1201 | 12012 | VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE S CC | 2,6161 |
| 1201 | 12013 | VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE S MCC | 3,7871 |
| 1202 | 12021 | VÝKONY NA PENISU BEZ CC | 0,5321 |
| 1202 | 12022 | VÝKONY NA PENISU S CC | 0,8846 |
| 1202 | 12023 | VÝKONY NA PENISU S MCC | 1,8571 |
| 1203 | 12031 | TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE BEZ CC | 1,2147 |
| 1203 | 12032 | TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S CC | 1,4319 |
| 1203 | 12033 | TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S MCC | 1,8748 |
| 1204 | 12041 | VÝKONY NA VARLATECH BEZ CC | 0,5326 |
| 1204 | 12042 | VÝKONY NA VARLATECH S CC | 0,7539 |
| 1204 | 12043 | VÝKONY NA VARLATECH S MCC | 1,2059 |
| 1205 | 12051 | CIRKUMCIZE BEZ CC | 0,3639 |
| 1205 | 12052 | CIRKUMCIZE S CC | 0,4074 |
| 1205 | 12053 | CIRKUMCIZE S MCC | 0,4074 |
| 1206 | 12061 | JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU BEZ CC | 0,7094 |
| 1206 | 12062 | JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S CC | 1,0389 |
| 1206 | 12063 | JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S MCC | 2,0499 |
| 1230 | 12301 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,3160 |
| 1230 | 12302 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC | 0,5278 |
| 1230 | 12303 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC | 0,6899 |
| 1231 | 12311 | PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ BEZ CC | 0,2579 |
| 1231 | 12312 | PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S CC | 0,3579 |
| 1231 | 12313 | PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S MCC | 0,5278 |
| 1301 | 13011 | EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE BEZ CC | 3,0379 |
| 1301 | 13012 | EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S CC | 3,8293 |
| 1301 | 13013 | EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S MCC | 5,5216 |
| 1302 | 13021 | VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH BEZ CC | 2,0407 |
| 1302 | 13022 | VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S CC | 2,5680 |
| 1302 | 13023 | VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S MCC | 4,6577 |
| 1303 | 13031 | VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH BEZ CC | 1,7836 |
| 1303 | 13032 | VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH S CC | 2,2158 |
| 1303 | 13033 | VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH S MCC | 3,0541 |
| 1304 | 13041 | DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH BEZ CC | 1,3289 |
| 1304 | 13042 | DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH S CC | 1,4619 |
| 1304 | 13043 | DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH S MCC | 1,5592 |
| 1305 | 13051 | GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE BEZ CC | 0,8250 |
| 1305 | 13052 | GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S CC | 1,0693 |
| 1305 | 13053 | GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S MCC | 1,0693 |
| 1306 | 13061 | REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU BEZ CC | 0,9385 |
| 1306 | 13062 | REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S CC | 1,2311 |
| 1306 | 13063 | REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S MCC | 1,2311 |
| 1307 | 13071 | VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY BEZ CC | 0,3066 |
| 1307 | 13072 | VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S CC | 0,4255 |
| 1307 | 13073 | VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S MCC | 0,5458 |
| 1308 | 13081 | ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU BEZ CC | 0,6500 |
| 1308 | 13082 | ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S CC | 0,7074 |
| 1308 | 13083 | ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S MCC | 0,7074 |
| 1309 | 13091 | DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE BEZ CC | 0,3447 |
| 1309 | 13092 | DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE S CC | 0,3936 |
| 1309 | 13093 | DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE S MCC | 0,3937 |
| 1310 | 13101 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,8450 |
| 1310 | 13102 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC | 1,1841 |
| 1310 | 13103 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC | 1,6880 |
| 1330 | 13301 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,3442 |
| 1330 | 13302 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC | 0,4564 |
| 1330 | 13303 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC | 0,5855 |
| 1331 | 13311 | INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,3223 |
| 1331 | 13312 | INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC | 0,4034 |
| 1331 | 13313 | INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC | 0,6699 |
| 1332 | 13321 | MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,1990 |
| 1332 | 13322 | MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC | 0,2972 |
| 1332 | 13323 | MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC | 0,4106 |
| 1464 | 14641 | POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ BEZ CC | 0,2590 |
| 1464 | 14642 | POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ S CC | 0,3050 |
| 1464 | 14643 | POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ S MCC | 0,3050 |
| 1465 | 14651 | POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE BEZ CC | 0,1556 |
| 1465 | 14652 | POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S CC | 0,2729 |
| 1465 | 14653 | POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S MCC | 0,2729 |
| 1466 | 14661 | POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM BEZ CC | 0,2633 |
| 1466 | 14662 | POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM S CC | 0,3622 |
| 1466 | 14663 | POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM S MCC | 0,4347 |
| 1467 | 14671 | POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC | 0,2385 |
| 1467 | 14672 | POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC | 0,3347 |
| 1467 | 14673 | POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC | 0,3347 |
| 1468 | 14681 | MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM BEZ CC | 1,0436 |
| 1468 | 14682 | MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM S CC | 1,1020 |
| 1468 | 14683 | MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM S MCC | 1,1020 |
| 1469 | 14691 | MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU BEZ CC | 0,4002 |
| 1469 | 14692 | MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU S CC | 0,4002 |
| 1469 | 14693 | MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU S MCC | 1,1829 |
| 1470 | 14701 | HROZÍCÍ POTRAT BEZ CC | 0,3187 |
| 1470 | 14702 | HROZÍCÍ POTRAT S CC | 0,4433 |
| 1470 | 14703 | HROZÍCÍ POTRAT S MCC | 0,4598 |
| 1471 | 14711 | FALEŠNÝ POROD BEZ CC | 0,1763 |
| 1471 | 14712 | FALEŠNÝ POROD S CC | 0,1763 |
| 1471 | 14713 | FALEŠNÝ POROD S MCC | 0,1763 |
| 1472 | 14721 | JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM BEZ CC | 0,3143 |
| 1472 | 14722 | JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM S CC | 0,5597 |
| 1472 | 14723 | JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM S MCC | 0,7452 |
| 1473 | 14731 | JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC | 0,2674 |
| 1473 | 14732 | JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC | 0,3734 |
| 1473 | 14733 | JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC | 0,3734 |
| 1560 | 15601 | NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ BEZ CC | 0,1766 |
| 1560 | 15602 | NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ S CC | 0,2861 |
| 1560 | 15603 | NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ S MCC | 0,4881 |
| 1601 | 16011 | VÝKONY NA SLEZINĚ BEZ CC | 2,5831 |
| 1601 | 16012 | VÝKONY NA SLEZINĚ S CC | 3,5818 |
| 1601 | 16013 | VÝKONY NA SLEZINĚ S MCC | 4,4639 |
| 1602 | 16021 | JINÉ VÝKONY PRO KREVNÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH BEZ CC | 0,6986 |
| 1602 | 16022 | JINÉ VÝKONY PRO KREVNÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH S CC | 0,9601 |
| 1602 | 16023 | JINÉ VÝKONY PRO KREVNÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH S MCC | 2,1714 |
| 1630 | 16301 | AGRANULOCYTÓZA BEZ CC | 0,5103 |
| 1630 | 16302 | AGRANULOCYTÓZA S CC | 0,8315 |
| 1630 | 16303 | AGRANULOCYTÓZA S MCC | 1,3856 |
| 1631 | 16311 | PORUCHY SRÁŽLIVOSTI BEZ CC | 0,5678 |
| 1631 | 16312 | PORUCHY SRÁŽLIVOSTI S CC | 0,7209 |
| 1631 | 16313 | PORUCHY SRÁŽLIVOSTI S MCC | 1,2354 |
| 1632 | 16321 | SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST BEZ CC | 0,2248 |
| 1632 | 16322 | SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST S CC | 0,4884 |
| 1632 | 16323 | SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST S MCC | 0,4884 |
| 1633 | 16331 | PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI BEZ CC | 0,5640 |
| 1633 | 16332 | PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI S CC | 0,7159 |
| 1633 | 16333 | PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI S MCC | 1,0424 |
| 1634 | 16341 | JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ BEZ CC | 0,4928 |
| 1634 | 16342 | JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ S CC | 0,6705 |
| 1634 | 16343 | JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ S MCC | 1,0672 |
| 1701 | 17011 | LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM BEZ CC | 1,7897 |
| 1701 | 17012 | LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM S CC | 3,3699 |
| 1701 | 17013 | LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM S MCC | 7,8467 |
| 1702 | 17021 | LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM BEZ CC | 0,8605 |
| 1702 | 17022 | LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM S CC | 1,7740 |
| 1702 | 17023 | LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM S MCC | 3,1025 |
| 1703 | 17031 | MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM BEZ CC | 3,0436 |
| 1703 | 17032 | MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM S CC | 4,8160 |
| 1703 | 17033 | MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM S MCC | 8,1144 |
| 1704 | 17041 | MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM BEZ CC | 1,0321 |
| 1704 | 17042 | MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM S CC | 1,7348 |
| 1704 | 17043 | MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM S MCC | 3,6732 |
| 1730 | 17301 | AKUTNÍ LEUKÉMIE BEZ CC | 0,9098 |
| 1730 | 17302 | AKUTNÍ LEUKÉMIE S CC | 0,9220 |
| 1730 | 17303 | AKUTNÍ LEUKÉMIE S MCC | 3,0923 |
| 1731 | 17311 | LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE BEZ CC | 0,6622 |
| 1731 | 17312 | LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE S CC | 0,7631 |
| 1731 | 17313 | LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE S MCC | 1,8254 |
| 1732 | 17321 | RADIOTERAPIE BEZ CC | 1,5243 |
| 1732 | 17322 | RADIOTERAPIE S CC | 2,2609 |
| 1732 | 17323 | RADIOTERAPIE S MCC | 2,3997 |
| 1733 | 17331 | CHEMOTERAPIE BEZ CC | 0,4881 |
| 1733 | 17332 | CHEMOTERAPIE S CC | 0,5542 |
| 1733 | 17333 | CHEMOTERAPIE S MCC | 0,6857 |
| 1734 | 17341 | JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ BEZ CC | 0,5444 |
| 1734 | 17342 | JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ S CC | 0,6621 |
| 1734 | 17343 | JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ S MCC | 1,0513 |
| 1735 | 17351 | CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII BEZ CC | 0,8648 |
| 1735 | 17352 | CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII S CC | 2,0211 |
| 1735 | 17353 | CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII S MCC | 10,6128 |
| 1801 | 18011 | VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI BEZ CC | 0,7285 |
| 1801 | 18012 | VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S CC | 2,9986 |
| 1801 | 18013 | VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S MCC | 5,8894 |
| 1802 | 18021 | VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE BEZ CC | 1,4333 |
| 1802 | 18022 | VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S CC | 1,8081 |
| 1802 | 18023 | VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S MCC | 3,7226 |
| 1830 | 18301 | SEPTIKÉMIE BEZ CC | 0,9277 |
| 1830 | 18302 | SEPTIKÉMIE S CC | 1,1065 |
| 1830 | 18303 | SEPTIKÉMIE S MCC | 2,0205 |
| 1831 | 18311 | POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE BEZ CC | 0,5419 |
| 1831 | 18312 | POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S CC | 0,8245 |
| 1831 | 18313 | POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S MCC | 1,3070 |
| 1832 | 18321 | HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU BEZ CC | 0,4566 |
| 1832 | 18322 | HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU S CC | 0,6024 |
| 1832 | 18323 | HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU S MCC | 0,7759 |
| 1833 | 18331 | VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ BEZ CC | 0,3822 |
| 1833 | 18332 | VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S CC | 0,5433 |
| 1833 | 18333 | VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S MCC | 0,6838 |
| 1834 | 18341 | JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI BEZ CC | 0,5928 |
| 1834 | 18342 | JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S CC | 0,8170 |
| 1834 | 18343 | JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S MCC | 1,2636 |
| 1901 | 19011 | OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI BEZ CC | 1,5132 |
| 1901 | 19012 | OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI S CC | 3,0382 |
| 1901 | 19013 | OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI S MCC | 4,3302 |
| 1930 | 19301 | SCHIZOFRENIE BEZ CC | 1,3774 |
| 1930 | 19302 | SCHIZOFRENIE S CC | 1,4171 |
| 1930 | 19303 | SCHIZOFRENIE S MCC | 1,6429 |
| 1931 | 19311 | PSYCHÓZY BEZ CC | 1,1844 |
| 1931 | 19312 | PSYCHÓZY S CC | 1,1844 |
| 1931 | 19313 | PSYCHÓZY S MCC | 1,2714 |
| 1932 | 19321 | PORUCHY OSOBNOSTI BEZ CC | 0,9255 |
| 1932 | 19322 | PORUCHY OSOBNOSTI S CC | 0,9589 |
| 1932 | 19323 | PORUCHY OSOBNOSTI S MCC | 1,7865 |
| 1933 | 19331 | BIPOLÁRNÍ PORUCHY BEZ CC | 1,5103 |
| 1933 | 19332 | BIPOLÁRNÍ PORUCHY S CC | 1,5103 |
| 1933 | 19333 | BIPOLÁRNÍ PORUCHY S MCC | 1,5103 |
| 1934 | 19341 | DEPRESE BEZ CC | 0,9702 |
| 1934 | 19342 | DEPRESE S CC | 0,9702 |
| 1934 | 19343 | DEPRESE S MCC | 1,3653 |
| 1935 | 19351 | AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH BEZ CC | 0,5613 |
| 1935 | 19352 | AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH S CC | 0,5769 |
| 1935 | 19353 | AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH S MCC | 0,6951 |
| 1936 | 19361 | ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE BEZ CC | 0,7475 |
| 1936 | 19362 | ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE S CC | 0,7475 |
| 1936 | 19363 | ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE S MCC | 0,8436 |
| 1937 | 19371 | VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY BEZ CC | 0,9075 |
| 1937 | 19372 | VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S CC | 0,9075 |
| 1937 | 19373 | VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S MCC | 0,9075 |
| 1938 | 19381 | PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY BEZ CC | 2,0875 |
| 1938 | 19382 | PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY S CC | 2,0875 |
| 1938 | 19383 | PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY S MCC | 2,0875 |
| 1939 | 19391 | JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY BEZ CC | 0,4043 |
| 1939 | 19392 | JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S CC | 0,5304 |
| 1939 | 19393 | JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S MCC | 0,5743 |
| 1940 | 19400 | DUŠEVNÍ PORUCHY S ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIÍ NEBO S REPETITIVNÍ TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKOU STIMULACÍ | 3,0227 |
| 2030 | 20301 | ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE BEZ CC | 0,1232 |
| 2030 | 20302 | ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S CC | 0,1380 |
| 2030 | 20303 | ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S MCC | 0,2822 |
| 2031 | 20311 | ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ BEZ CC | 1,1314 |
| 2031 | 20312 | ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ S CC | 1,7567 |
| 2031 | 20313 | ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ S MCC | 2,3453 |
| 2032 | 20321 | ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU BEZ CC | 0,5613 |
| 2032 | 20322 | ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU S CC | 0,6001 |
| 2032 | 20323 | ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU S MCC | 2,3879 |
| 2033 | 20331 | ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU BEZ CC | 0,3105 |
| 2033 | 20332 | ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S CC | 0,3899 |
| 2033 | 20333 | ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S MCC | 0,6362 |
| 2034 | 20341 | ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH BEZ CC | 0,5007 |
| 2034 | 20342 | ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH S CC | 0,6099 |
| 2034 | 20343 | ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH S MCC | 1,0924 |
| 2101 | 21011 | MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH BEZ CC | 1,6034 |
| 2101 | 21012 | MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH S CC | 1,9900 |
| 2101 | 21013 | MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH S MCC | 5,2659 |
| 2102 | 21021 | JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH BEZ CC | 1,2775 |
| 2102 | 21022 | JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH S CC | 2,3587 |
| 2102 | 21023 | JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH S MCC | 4,8452 |
| 2130 | 21301 | PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH BEZ CC | 0,6988 |
| 2130 | 21302 | PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH S CC | 0,8759 |
| 2130 | 21303 | PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH S MCC | 3,1769 |
| 2131 | 21311 | ALERGICKÉ REAKCE BEZ CC | 0,1973 |
| 2131 | 21312 | ALERGICKÉ REAKCE S CC | 0,2786 |
| 2131 | 21313 | ALERGICKÉ REAKCE S MCC | 0,5653 |
| 2132 | 21321 | OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) BEZ CC | 0,3304 |
| 2132 | 21322 | OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) S CC | 0,5590 |
| 2132 | 21323 | OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) S MCC | 1,4831 |
| 2133 | 21331 | KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ BEZ CC | 0,3874 |
| 2133 | 21332 | KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ S CC | 0,6431 |
| 2133 | 21333 | KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ S MCC | 1,2141 |
| 2134 | 21341 | SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO BEZ CC | 0,4195 |
| 2134 | 21342 | SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO S CC | 0,4195 |
| 2134 | 21343 | SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO S MCC | 0,4195 |
| 2135 | 21351 | JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ BEZ CC | 0,2766 |
| 2135 | 21352 | JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ S CC | 0,4221 |
| 2135 | 21353 | JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ S MCC | 1,3023 |
| 2250 | 22501 | POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE BEZ CC | 0,3562 |
| 2250 | 22502 | POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE S CC | 0,3562 |
| 2250 | 22503 | POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE S MCC | 0,6095 |
| 2251 | 22510 | ROZSÁHLÉ POPÁLENINY S KOŽNÍM ŠTĚPEM | 7,7276 |
| 2252 | 22521 | NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM BEZ CC | 2,6813 |
| 2252 | 22522 | NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM S CC | 8,0092 |
| 2252 | 22523 | NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM S MCC | 12,8015 |
| 2253 | 22530 | ROZSÁHLÉ POPÁLENINY BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU | 1,4823 |
| 2254 | 22541 | POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ BEZ CC | 0,8374 |
| 2254 | 22542 | POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ S CC | 1,2200 |
| 2254 | 22543 | POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ S MCC | 5,3521 |
| 2255 | 22551 | POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE BEZ CC | 0,5662 |
| 2255 | 22552 | POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE S CC | 1,1063 |
| 2255 | 22553 | POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE S MCC | 3,0716 |
| 2301 | 23011 | OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI BEZ CC | 0,6449 |
| 2301 | 23012 | OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI S CC | 0,8772 |
| 2301 | 23013 | OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI S MCC | 2,1686 |
| 2330 | 23301 | REHABILITACE BEZ CC | 0,5817 |
| 2330 | 23302 | REHABILITACE S CC | 0,6733 |
| 2330 | 23303 | REHABILITACE S MCC | 0,9595 |
| 2331 | 23311 | SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY BEZ CC | 0,3113 |
| 2331 | 23312 | SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY S CC | 0,4474 |
| 2331 | 23313 | SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY S MCC | 0,7217 |
| 2332 | 23321 | JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV BEZ CC | 0,2568 |
| 2332 | 23322 | JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV S CC | 0,3583 |
| 2332 | 23323 | JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV S MCC | 0,8495 |
| 2333 | 23330 | REHABILITACE > 55 DNÍ | 4,9457 |
| 2334 | 23340 | REHABILITACE 49-55 DNÍ | 4,3032 |
| 2335 | 23351 | REHABILITACE 42-48 DNÍ BEZ CC | 3,8100 |
| 2335 | 23352 | REHABILITACE 42-48 DNÍ S CC | 3,8100 |
| 2335 | 23353 | REHABILITACE 42-48 DNÍ S MCC | 3,8100 |
| 2336 | 23361 | REHABILITACE 35-41 DNÍ BEZ CC | 2,7781 |
| 2336 | 23362 | REHABILITACE 35-41 DNÍ S CC | 2,7781 |
| 2336 | 23363 | REHABILITACE 35-41 DNÍ S MCC | 3,0086 |
| 2337 | 23371 | REHABILITACE 28-34 DNÍ BEZ CC | 2,1828 |
| 2337 | 23372 | REHABILITACE 28-34 DNÍ S CC | 2,2477 |
| 2337 | 23373 | REHABILITACE 28-34 DNÍ S MCC | 2,3075 |
| 2338 | 23381 | REHABILITACE 21-27 DNÍ BEZ CC | 1,5775 |
| 2338 | 23382 | REHABILITACE 21-27 DNÍ S CC | 1,6872 |
| 2338 | 23383 | REHABILITACE 21-27 DNÍ S MCC | 1,8542 |
| 2339 | 23391 | REHABILITACE 14-20 DNÍ BEZ CC | 1,2645 |
| 2339 | 23392 | REHABILITACE 14-20 DNÍ S CC | 1,3427 |
| 2339 | 23393 | REHABILITACE 14-20 DNÍ S MCC | 1,4991 |
| 2340 | 23401 | REHABILITACE 5-13 DNÍ BEZ CC | 0,7615 |
| 2340 | 23402 | REHABILITACE 5-13 DNÍ S CC | 0,7909 |
| 2340 | 23403 | REHABILITACE 5-13 DNÍ S MCC | 0,8634 |
| 2501 | 25011 | KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC | 4,7867 |
| 2501 | 25012 | KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC | 4,7867 |
| 2501 | 25013 | KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC | 9,1407 |
| 2502 | 25021 | JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC | 4,0659 |
| 2502 | 25022 | JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC | 4,0659 |
| 2502 | 25023 | JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC | 6,6018 |
| 2503 | 25030 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM | 48,5544 |
| 2504 | 25040 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 504 HODIN (22-42 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM | 37,3448 |
| 2505 | 25051 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC | 23,6816 |
| 2505 | 25052 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC | 23,6816 |
| 2505 | 25053 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC | 23,6816 |
| 2506 | 25061 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN BEZ CC | 17,3429 |
| 2506 | 25062 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN S CC | 17,3429 |
| 2506 | 25063 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN S MCC | 17,3429 |
| 2507 | 25071 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC | 14,1607 |
| 2507 | 25072 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC | 16,9420 |
| 2507 | 25073 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC | 16,9420 |
| 2530 | 25301 | DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC | 0,8919 |
| 2530 | 25302 | DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC | 0,8919 |
| 2530 | 25303 | DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC | 1,6237 |
| 2531 | 25311 | JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU BEZ CC | 1,3182 |
| 2531 | 25312 | JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU S CC | 1,3182 |
| 2531 | 25313 | JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU S MCC | 1,3182 |
| 2532 | 25320 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ) | 53,8925 |
| 2533 | 25330 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 504 HODIN (22-42 DNÍ) | 20,2698 |
| 2534 | 25341 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) BEZ CC | 15,4542 |
| 2534 | 25342 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S CC | 15,4542 |
| 2534 | 25343 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S MCC | 15,4542 |
| 2536 | 25361 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) BEZ CC | 9,2479 |
| 2536 | 25362 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S CC | 9,2479 |
| 2536 | 25363 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S MCC | 9,2479 |
| 2537 | 25370 | ÚMRTÍ DO 5 DNÍ OD PŘÍJMU PŘI POLYTRAUMATU | 3,1790 |
| 8887 | 88871 | ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC | 1,0028 |
| 8887 | 88872 | ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC | 2,2574 |
| 8887 | 88873 | ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC | 4,4207 |
| 8888 | 88881 | PROSTATICKÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC | 1,6993 |
| 8888 | 88882 | PROSTATICKÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC | 1,8388 |
| 8888 | 88883 | PROSTATICKÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC | 4,0919 |
| 8889 | 88891 | VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC | 0,6804 |
| 8889 | 88892 | VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC | 1,1490 |
| 8889 | 88893 | VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC | 2,4382 |
| 9998 | 99980 | HLAVNÍ DIAGNÓZA NEPLATNÁ JAKO PROPOUŠTĚCÍ DIAGNÓZA | 0,1100 |
| 9999 | 99990 | NEZAŘADITELNÉ | 0,1100 |

Příloha č. 11 k vyhlášce č. …./2020 Sb.

**Výše úhrad hrazených služeb podle § 9 odst. 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kód** | **Výkon** | **Regulační omezení** | **Výše**  **úhrady** |
| 00900 | Komplexní vyšetření zubním lékařem při registraci pojištěncenebopři opakovaném založení zdravotnické dokumentace  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, profylaktické 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.), konzervativního ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona*.* | Lze vykázat při registraci pojištěnce nebo při opakovaném založení zdravotnické dokumentace poté, co zdravotnická dokumentace vedená o pojištěnci byla v souladu s právními předpisy vyřazena a zničena.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů. | 495 Kč |
| 00901 | Opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka  Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, profylaktické 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.), konzervativního ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona. | U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat 2/1 kalendářní rok na pojištěnce, a to nejdříve 3 měsíce od vykázání kódu 00900 nebo 00901 v témže kalendářním roce. U pojištěnců od 18 let lze vykázat 1/1 kalendářní rok, a to nejdříve 5 měsíců od vykázání kódu 00900 v témže kalendářním roce; ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. U těhotných žen lze vykázat dvakrát v průběhu těhotenství s odstupem nejméně 3 měsíce (musí být uvedena diagnóza dohledu nad těhotenstvím). Za vykázání kódu 00901 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykázání kódu 00946. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů[[8]](#footnote-9)). | 455 Kč |
| 00902 | Péče o registrovaného pojištěnce nad 18 let věku  Agregovaný výkon zahrnující: kontrolu ústní hygieny, interdentální hygieny, motivaci pojištěnce po orientačním vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní. Ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), konzervativního ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv | Lze vykázat 1/1 kalendářní rok, ve kterém byl vykázán kód 00901 nebo 00946 a nebyl vykázán kód 00900, a to nejdříve 5 měsíců od vykázání kódu 00901 nebo 00946; ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést ošetření dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce.  Za vykázání kódu 00902 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykázání kódu 00947.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů8). | 328 Kč |
| 00903 | Vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou  Vyšetření odborníkem nebo specialistou na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření. Kód nelze vykázat u pojištěnce registrovaného daným poskytovatelem. Kód se vykazuje 1x na 1 nesouvisející případ, v případě rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz maximálně 3/ 1 poj. / 1 rok. | Lze vykázat 1/1 den.  Nelze vykázat současně s kódem 00908, 00909, 00931, 00940, 00968 a 00981.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE8); 015; 605. | 355 Kč |
| 00904 | Stomatologické vyšetřeníregistrovaného pojištěncedo dne dosažení 10 let v rámci registrace a preventivní péče | Lze vykázat pouze v souvislosti s preventivní prohlídkou v daném kalendářním roce, tj. kódem 00901, resp. 00946 a s kódem 00900, pokud v daném roce byl pojištěnec u poskytovatele registrován. Je vykazováno s diagnózou Z01.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí – zubní vyšetření.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů. | 125 Kč |
| 00906 | Stomatologické vyšetření a ošetření registrovaného pojištěncedo dne dosažení 6 let nebo registrovaného hendikepovaného pojištěnce  Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost vyšetření a ošetření pojištěnce. Lze vykázat i bez kurativního výkonu. | Lze vykázat 1/1 den.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů.  U hendikepovaného pojištěnce se kód vykazuje s příslušnou diagnózou. Nelze vykázat s kódem 00976.  Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE8) lze vykázat i při vyžádané péči neregistrovaného pojištěnce. | 115 Kč |
| 00907 | Stomatologické ošetření registrovaného pojištěnceod 6 let do dne dosažení 15 let  Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce. | Lze vykázat 1/1 den.  Pouze při kurativní návštěvě (nelze  vykázat v kombinaci pouze s některým z kódů 00900, 00901, 00903, 00909, 00946, a diagnózou Z01.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí – zubní vyšetření). Nelze vykázat s kódem 00976.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů.  Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE8) lze vykázat i při vyžádané péči o neregistrovaného pojištěnce. | 90 Kč |
| 00908 | Akutní vyšetření a  ošetření neregistrovaného pojištěnce – i v rámci pohotovostní služby  Akutní ošetření náhodného pojištěnce mimo rámec preventivní péče. Výkon 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, ošetření komplikací chirurgických výkonů nebo opravu/úpravu snímatelné náhrady v ordinaci a podobně. | Lze vykázat 1/1 den.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů.  Lze vykázat samostatně nebo v kombinaci s těmito kódy: 00910, 00911, 00913, 00914, 00916, 00917, 00944 (nelze v případě současného vykázání výkonu č. 09545 podle seznamu výkonů) 00948, 00949, 00950, 00951, 00952, 00955, 00957, 00958, 00959, 00960, 00962, 00963, 00964, 00970 a 00971. | 355 Kč |
| 00909 | Klinické stomatologické vyšetření  Vyšetření odborníkem na klinickém pracovišti na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření. | Lze vykázat 1/1 den.  Nelze kombinovat s kódy 00900, 00901, 00902, 00903, 00908, 00931, 00940, 00946 a 00947. Kód může vykázat poskytovatel s lůžkovým pracovištěm a klinickým pracovištěm, tj. společné pracoviště fakultní nemocnice a lékařské fakulty vysoké školy podle § 111 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb.  Při diagnóze vyžadující opakovanou návštěvu lze vykázat jen jedenkrát, včetně rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz.  Odbornosti 014; 015, 605 podle seznamu výkonů. | 415 Kč |
| 00910 | Zhotovení intraorálního rentgenového snímku  Zhotovení intraorálního rentgenového snímku na zubním rentgenovém zařízení. | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů.  Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem). | 75 Kč |
| 00911 | Zhotovení extraorálního rentgenového snímku  Zhotovení rentgenového snímku lebky různých projekcí a u odbornosti 015 podle seznamu výkonů i rentgenového snímku ruky (stanovení fáze růstu skeletu). Vykazuje se každý zhotovený snímek. | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů.  Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem). | 230 Kč |
| 00913 | Zhotovení ortopantomogramu  Zhotovení extraorálního panoramatického snímku na zubním rentgenovém zařízení. | Lze vykázat 1/2 kalendářní roky.  Pro odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE a odbornosti 015, 605 podle seznamu výkonů lze vykázat 2/1 kalendářní rok pouze v souvislosti se specializovanou péčí; v ostatních případech (např. u vlastních registrovaných pojištěnců) platí omezení kódu 1/2 kalendářní roky.  Omezení neplatí v případech, kdy je vyšetření vyžádáno kardiologem/kardiochirurgem, ortopedem, transplantologem či osteologem (např. z důvodu vyloučení fokální infekce nebo předoperačního vyšetření) s dg Z01.8 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo v souvislosti s antiresorpční léčbou (dg M87.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí). Pro LPS (lékařská pohotovostní služba) a v případě úrazové nebo onkologické diagnózy lze vykázat bez omezení.  Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem). | 280 Kč |
| 00914 | Vyhodnocení ortopantomogramu  Vyhodnocení panoramatického rentgenového snímku zubních oblouků a skeletu čelistí nebo ostatních extraorálních snímků.  Podmínkou úhrady je stručný popis snímku ve zdravotnické dokumentaci. | Lze vykázat 1/1 snímek/1 poskytovatel.  Vyhodnocuje a vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem); v případě odeslání pojištěnce k jinému zubnímu lékaři, kterýje držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů8) a lékaři odbornosti 015 podle seznamu výkonů, může kód vykázat i tento zubní lékař.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů. | 85 Kč |
| 00915 | Zhotovení telerentgenového snímku lbi  Zhotovení dálkového rentgenového snímku lbi na speciálním rentgenovém zařízení. | Lze vykázat 1/1 kalendářní rok  Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH; PE8); 015; 605 podle seznamu výkonů.  Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval. | 275 Kč |
| 00916 | Anestézie na foramen mandibulae a infraorbitale  Aplikace injekční anestézie na foramen mandibulae (součástí je i aplikace na nervus buccalis) a foramen infraorbitale (součástí je i aplikace na nervus palatinus) ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem. | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornost 014; 015; 605 podle seznamu výkonů. | 120 Kč |
| 00917 | Anestézie infiltrační  Aplikace injekční anestézie pro každý sextant, včetně anestézie na foramen mentale, foramen palatinum maius a foramen incisivum a tuber maxillae. Počítá se anestezovaná oblast, nikoli počet vpichů; ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem. | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů. | 100 Kč |
| 00920 | Ošetření stálého zubu  fotokompozitní výplní  Ošetření stálého zubu fotokompozitní výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let v rozsahu řezáků a špičáků, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu. | Lze vykázat 1/1 zub/365 dní.  Lokalizace – zub.  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 365 dní lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů. | 795 Kč |
| 00921 | Ošetření stálého zubu plastickou výplní  Ošetření stálého zubu definitivní výplní, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu,  a) u pojištěnců do dne dosažení 15 let a u těhotných a kojících žen v rozsahu celého chrupu při použití skloionomerního cementu a v rozsahu řezáků a špičáků i při použití samopolymerujícího kompozitu. Není-li použití skloionomerního cementu možné z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, lze použít dózovaný amalgám,  b) u pojištěnců, kteří nejsou uvedeni v písmenu a), v rozsahu celého chrupu při použití dózovaného amalgámu a v rozsahu řezáků a špičáků i při použití samopolymerujícího kompozitu. | Lze vykázat 1/1 zub/365 dní  Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu – v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 365 dní lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu.  Lokalizace – zub.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů. | 500 Kč |
| 00922 | Ošetření dočasného zubu plastickou výplní.  Bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu v rozsahu celého chrupu při použití skloionomerního cementu a v rozsahu řezáků a špičáků i při použití samopolymerujícího kompozitu. Není-li použití skloionomerního cementu možné z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, lze použít dózovaný amalgám. | Lze vykázat 1/1 zub/365 dní  Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu – v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 365 dní lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních.  Lokalizace – zub.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů. | 395 Kč |
| 00924 | Endodontické ošetření – dočasný zub  Po definitivním endodontickém ošetření dočasného zubu metodou vitální nebo mortální amputace se vykazuje jedenkrát, při případné exstirpaci se vykazuje za každý zaplněný kořenový kanálek. Ošetření je hrazené, když je dočasný zub klinicky pevný a na rentgenogramu dosahuje resorbce nejvýše do poloviny kořene. | Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub.  Lokalizace – zub.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů. | 270 Kč |
| 00925 | Endodontické ošetření – stálý zub- v rozsahu řezáků a špičáků  Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, medikamentózní přípravu a provizorní výplně. Po definitivním endodontickém ošetření zubu za každý zaplněný kořenový kanálek metodou centrálního čepu. Počet návštěv nerozhoduje. I při ošetření zubu metodou apexifikace. | Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub.  Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek.  Lokalizace – zub.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů. | 270 Kč |
| 00926 | Endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu molárů a premolárů  Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, medikamentózní přípravu a provizorní výplně. Po definitivním endodontickém ošetření zubu za každý zaplněný kořenový kanálek metodou centrálního čepu. Počet návštěv nerozhoduje. I při ošetření zubu metodou apexifikace. | Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub.  Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek.  Lokalizace – zub.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů. | 270 Kč |
| 00931 | Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu v rámci pravidelné parodontologické péče  Odborné vyšetření parodontu, vyšetření pomocí parodontologického indexu CPITN, stanovení individuálního léčebného postupu, zahájení konzervativní léčby – odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), instruktáž a motivace orální hygieny. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče. Podmínkou vykázání výkonu je vedení prokazatelné parodontologické dokumentace. | Lze vykázat 1/2 kalendářní roky a při změně zdravotního stavu maximálně 1/1 kalendářní rok.  Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00903 a 00909.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE8). | 795 Kč |
| 00932 | Léčba chronických onemocnění parodontu  Vyšetření parodontu na základě zařazení onemocnění při vyšetření pomocí indexu CPITN, kdy je stanoven index CPI 2-3, případně dalších parodontologických indexů a vyšetřovacích metod v průběhu parodontologické léčby. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče. Pokračování konzervativní léčby (fáze iniciální nebo udržovací) – kontrola orální hygieny pomocí k tomu určených indexů (například PBI, API), 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.  Podmínkou vykázání výkonu je vedení prokazatelné parodontologické dokumentace.  Přechodné dlahy 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.  Věková hranice pro vykazování kódu 00932 není fixně stanovena (vykazování 00932 u dětí) – důraz na zdokumentování.  Odstup mezi vykázáním kódů 00900, 00901, 00902, 00932, 00946 a 00947 musí být v takovém intervalu, aby bylo možno prokázat účelnost léčby, lze vykázat minimálně v měsíčních odstupech.  Při třetím vykázání kódu v roce nutno zhodnotit léčbu pomocí indexu CPITN.  Nelze vykázat s kódy 00900, 00901, 00902, 00946 a 00947.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů. | 300 Kč |
| 00933 | Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu  Provedený chirurgický výkon v mukogingivální oblasti (např. gingivektomie s plastikou) navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu za každý zub. | Lze vykázat – 1/1 zub/1 095 dnů.  Lokalizace – zub.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE8). | 455 Kč |
| 00934 | Chirurgická léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu  Chirurgické výkony navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu vedoucí k prohloubení vestibula a výkony s odklopením mukoperiostálního laloku vedoucí k odstranění parodontálních sulků – za každý sextant. | Lze vykázat – bez omezení.  Nelze vykázat s chirurgickýmivýkony s řízenou tkáňovou regenerací a implantacemi. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE8). | 1 105 Kč |
| 00935 | Subgingivální ošetření  Instrumentální odstranění obsahu parodontálního chobotu (subgingiválního zubního kamene a plaku), odstranění nekrotického cementu, ohlazení povrchu zubního kořene a jeho kontrola u zubů s parodontálními choboty (CPI 3,4). Lze provést ručními nástroji, ultrazvukovými či laserovými přístroji či jejich kombinací. | Lze vykázat 1/1 zub/365 dní.  Lokalizace – zub.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE8). | 89 Kč |
| 00936 | Odebrání a zajištění přenosu transplantátu  Chirurgický výkon vedoucí k získání slizničního nebo kostního štěpu. | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE8); 605. | 605 Kč |
| 00937 | Artikulace chrupu  Po provedení celkového zábrusu okluze a artikulace chrupu na podkladě funkčního vyšetření stomatognátního systému.  Nutno doložit modely před a po ošetření. | Lze vykázat 1/1 kalendářní rok.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE8). | 438 Kč |
| 00938 | Přechodné dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem  Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem zhotovené podle přílohy č. 1 zákona (samopolymerující kompozitní pryskyřice).  Vykazuje se za každý zub. | Lze vykázat 1/1 zub/365 dní.  Lokalizace – zub.  Odbornosti 014; 015 podle seznamu výkonů. | 65 Kč |
| 00940 | Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice v rámci pravidelné specializované péče  Při komplexním vyšetření ústní sliznice, stanovení diagnózy. Podmínkou vykázání výkonu je vedení prokazatelné dokumentace onemocnění ústní sliznice a návrh léčby. | Lze vykázat 1/2 kalendářní roky a při změně zdravotního stavu maximálně 1/1 kalendářní rok.  Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00903 a 00909.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE8) nebo odbornost 605 podle seznamu výkonů. | 795 Kč |
| 00941 | Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice  Při kontrolním vyšetření v průběhu léčby. | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE8) nebo odbornost 605 podle seznamu výkonů.. | 305 Kč |
| 00943 | Měření galvanických proudů  Měření galvanických proudů v dutině ústní při vyšetření slizničních změn a měření impedance. | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;PE8) nebo 605 podle seznamu výkonů. | 93 Kč |
| 00944 | Signální výkon epizody péče/kontaktu u pacientů od 18 let věku v souvislosti s vyšetřením v ordinaci zubního lékaře | 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.  Lze vykázat v kombinaci s některým z kódů 00900, 00902, 00903, 00908 (pouze za předpokladu, že nebyl současně vykázán výkon č. 09545 podle seznamu výkonů), 00909, 00931, 00932, 00940, 00941, 00947, 00968, 00981, 00983, 00984, 00986 a v případě vyšetření zaměřeného na konkrétní obtíže registrovaného pojištěnce a v případě dohodnutých dlouhodobých zástupů.  Odbornosti 014; 015 podle seznamu výkonů. | 55 Kč |
| 00946 | Opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka I  Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené ZP. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, odstranění profylaktické 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.), konzervativního ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona. | U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat 2/1 kalendářní rok na pojištěnce, a to nejdříve 3 měsíce od vykázání kódu 00900 nebo 00946 v témže kalendářním roce. U pojištěnců od 18 let lze vykázat 1/1 kalendářní rok, a to nejdříve 5 měsíců od vykázání kódu 00900 v témže kalendářním roce; ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. U těhotných žen lze vykázat dvakrát v průběhu těhotenství s odstupem nejméně 3 měsíce (musí být uvedena diagnóza dohledu nad těhotenstvím). Za vykázání kódu 00946 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykázání kódu 00901.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů. | 381 Kč |
| 00947 | Péče o registrovaného pojištěnce nad 18 let věku I  Agregovaný výkon zahrnující: kontrolu ústní hygieny, interdentální hygieny, motivace pojištěnce po orientačním vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní. Ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), konzervativního ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. | Lze vykázat 1/1 kalendářní rok, ve kterém byl vykázán kód 00901 nebo 00946 a nebyl vykázán kód 00900, a to nejdříve 5 měsíců od vykázání kódu 00901 nebo 00946; ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést ošetření dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Za vykázání kódu 00947 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykázání kódu 00902.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů. | 268 Kč |
| 00948 | Zajištění suturou v rámci výkonu extrakce  Provedení sutury po extrakci stálého zubu, resp. radixu nebo dočasného moláru bez resorpce kořenů. Vykazuje se v indikovaných případech týkajících se stavění krvácení či jeho prevence u pojištěnců na antitrombotické nebo na antiresorpční léčbě a pojištěnců imunosuprimovaných, vykazuje se s dg. Z40.9 - Profylaktický operační výkon NS. Bez ohledu na použitý druh materiálu a počet stehů. | Lze vykázat 1/1 zub.  Lokalizace – zub.  Lze vykázat pouze s kódem 00950.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů. | 135 Kč |
| 00949 | Běžná extrakce dočasného zubu  Extrakce dočasného zubu nebo radixu (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací, sutury a stavění krvácení kompresivní tamponádou.  U pojištěnců do dne dosažení 18 let je podmínkou úhrady stvrzení podpisem zákonného zástupce nebo zletilé doprovázející osoby nebo fotodokumentací v kartě. | Lze vykázat 1/1 zub.  Lokalizace – zub.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů. | 135 Kč |
| 00950 | Extrakce stálého zubu nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny  Extrakce stálého zubu nebo radixu (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací a stavění krvácení kompresivní tamponádou. Lze vykázat též při extrakci dočasného moláru bez resorpce kořenů, u pojištěnců od 8 let hrazeno pouze při zdokumentování rentgenovým vyšetřením. | Lze vykázat 1/1 zub.  Lokalizace – zub.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů. | 315 Kč |
| 00951 | Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu  Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku a hemiextrakce nebo egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu do jednoho sextantu nebo chirurgická revize extrakční rány. | Lze vykázat – bez omezení.  Lokalizace – zub.  Při vícečetné extrakci sousedících zubů se vykazuje pouze 1 kód 00951, zbylé extrakce jsou vykázány kódem 00950  Odbornosti 014; 605 podle seznamu výkonů. | 600 Kč |
| 00952 | Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu  Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku v blízkosti rizikových anatomických struktur nebo vyžadující snesení větší části kosti, primární uzávěr oroantrální komunikace, egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu větším než 1 sextant, exstirpace cysty nad 1 cm, ošetření zubní retence uzavřenou metodou s mobilizací zubu do směru žádané erupce a fixací ortodontického tahu odstranění sekvestru, artrocentéza temporomandibulárního kloubu nebo antrotomie a podobně. Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací a implantací. | Lze vykázat – bez omezení.  Lokalizace – zub v případě extrakce zubu nebo radixu, či mobilizaci zubu.  Při vícečetné extrakci sousedních zubů se vykazuje pouze 1 kód 00952, zbylé extrakce jsou vykázány kódem 00950  Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE8); nebo odbornost 605 podle seznamu výkonů. | 1 230 Kč |
| 00953 | Chirurgické ošetřování retence zubů otevřenými metodami  Snesení tkání ležících v cestě erupci zubu a případná mobilizace zubu do směru žádané erupce (včetně odklopení mukoperiostálního laloku, plastiky měkkých tkání). | Lze vykázat 1/1 zub.  Lokalizace – zub.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH; PE8); a odbornosti 015; nebo odbornost 605 podle seznamu výkonů. | 635 Kč |
| 00954 | Periapikální chirurgie  Odklopení mukoperiostálního laloku, snesení kosti periapikálně, amputace kořenového hrotu, exkochleace, toileta radixu a kosti, sutura (včetně případného peroperačního plnění), vykazuje se za každý ošetřený radix.  Též periapikální exkochleace a exstirpace odontogenní cysty do 1 cm. | Lze vykázat – bez omezení.  Lokalizace – zub.  Odbornosti 014; 605 podle seznamu výkonů. | 425 Kč |
| 00955 | Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí malého rozsahu  Provedení menších chirurgických výkonů, například dekapsulace, frenulektomie, odstranění rušivých vlivů vazivových pruhů, podjazyková frenulektomie, excize vlajícího hřebene – za 1 sextant, odstranění léze do 2 cm, sutura rány sliznice nebo kůže do 5 cm nebo sondáž a výplach vývodu slinné žlázy, případně její náplň kontrastní látkou. | Lze vykázat – bez omezení.  Nelze vykázat při gingivektomii.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů. | 455 Kč |
| 00956 | Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí velkého rozsahu  Odstranění podjazykové retenční slinné cysty, excize vlajícího hřebene většího rozsahu než 1 sextant, odstranění léze nad 2 cm, orální vestibuloplastika bez štěpu – za každý sextant, sutura rány sliznice nebo kůže nad 5 cm, exstirpace mukokely sliznice dutiny ústní nebo diagnostická excize, sialolitotomie, přístrojová sialoendoskopie se zprůchodněním vývodu. | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE8); 605. | 905 Kč |
| 00957 | Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu  Ošetření následků úrazu zubů a alveolu malého rozsahu, včetně replantace, jednoduché fixace plastickým materiálem, popřípadě zkrácenou drátěnou dlahou. | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů. | 455 Kč |
| 00958 | Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu  Repozice a fixace zlomenin alveolu horní, dolní čelisti, zlomenin těla a krčku dolní čelisti bez výrazné dislokace (za každou ošetřenou čelist). | Lze vykázat – bez omezení.  Lokalizace – čelist .  Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH; PE8); 605 podle seznamu výkonů. | 755 Kč |
| 00959 | Intraorální incize  Léčba zánětu intraorální incizí s případnou dilatací, vypuštěním exsudátu a zavedením drénu. | Lze vykázat – bez omezení.  Lokalizace – kvadrant.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů. | 155 Kč |
| 00960 | Zevní incize  Léčba kolemčelistního zánětu zevní incizí, včetně dilatace, s vypuštěním exsudátu a zavedením drénu. | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH; PE8); 605 podle seznamu výkonů. | 605 Kč |
| 00961 | Ošetření komplikací chirurgických výkonů v dutině ústní  Zavedení drénu či tamponády, přiložení plastického obvazu, výplachu rány lokálním léčebným prostředkem, dále stavění pozdního postextrakčního krvácení, revize extrakční rány bez odklopení mukoperiostálního laloku, svalové rehabilitační cvičení a fyzikální terapie. | Lze vykázat 5/10 dnů.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů. | 60 Kč |
| 00962 | Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch  Vyšetření, zdokumentování a konzervativní léčba poruchy temporomandibulárního kloubu (například úprava artikulace, fyzikální terapie, nácvik správného stereotypu otevírání). | Lze vykázat 2/1kalendářní rok.  Nelze kombinovat s kódem 00964.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů. | 305 Kč |
| 00963 | Injekce i. m., i. v., i. d., s. c.  Zahrnuje injekční aplikaci léčiva, včetně ceny aplikace, není-li aplikovaná látka hrazena jiným způsobem. | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů. | 105 Kč |
| 00964 | Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch specialistou chirurgem  Vyšetření, zdokumentování onemocnění, případná indikace a vyhodnocení cílené zobrazovací metody a konzervativní léčba temporomandibulární poruchy (např. indikace nákusné dlahy, provedení mezičelistní fixace, manuální repozice, indikace rehabilitace, cílené podání medikace). | Lze vykázat – bez omezení.  Nelze kombinovat s kódem 00962.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH; 605. | 605 Kč |
| 00965 | Čas zubního lékaře strávený dopravou za imobilním pojištěncem | Nelze vykázat spolu s výkonem přepravy podle seznamu výkonů.  Odbornosti – 014; 605 podle seznamu výkonů.  Výkon je hrazen na podkladě doporučení praktického lékaře. | 215 Kč |
| 00968 | Stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatochirurgem  Stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatochirurgem v ambulanci poskytovatele ambulantních hrazených služeb.  Ošetření na základě písemného doporučení jiného lékaře při neodkladných stavech(při naléhavých stavech i bez doporučení).V souvislosti s léčením tohoto neodkladného stavu lze vykázat pouze 1x, písemná zpráva. V případě dalšího plánovaného ošetření daného pojištěnce již kód 00968 nelze znovu vykázat. | Lze vykázat 1/1 den pouze v souvislosti s kódy 00951, 00952, 00953, 00954, 00955, 00956, 00957, 00958, 00960, 00964.  Kód nelze vykázat u pojištěnce registrovaného daným poskytovatelem v případě přeposlání od jednoho lékaře k druhému, kteří pracují v rámci daného poskytovatele (tj. mezi jednotlivými IČP daného poskytovatele).  Kód není určen pro ambulance poskytovatelů lůžkových služeb, tzn. kód nemohou vykázat ambulance, jejichž provozovatel je současně provozovatelem lůžkových služeb jakékoliv odbornosti.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH. | 1 005 Kč |
| 00970 | Sejmutí fixní náhrady – za každou pilířovou konstrukci  Sejmutí fixní náhrady rázovým nástrojem nebo rozbroušením korunky a její deformací, v případě zkrácení mostu odseparování části mostu v místě mezičlenu (v tom případě se lokalizace vykazuje na tento mezičlen). | Lze vykázat 1/730 dní.  Nelze vykázat u provizorních náhrad.  Lokalizace – zub.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů. | 145 Kč |
| 00971 | Provizorní ochranná korunka  Adaptace a fixace konfekční korunky k ochraně preparovaného, frangovaného nebo jinak destruovaného zubu, nebo individuální ochranná korunka zhotovená razidlovou metodou v ústech pacienta. Zahrnuje i opakované nasazení. | Lze vykázat 1/730 dní.  Lokalizace – zub.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů. | 185 Kč |
| 00973 | Úprava snímatelné náhrady v ordinaci  jednoduchá úprava snímatelné náhrady v ordinaci bez návaznosti na další laboratorní zpracování. | Lze vykázat 5/1kalendářní rok.  Lze vykázat nejdříve dva měsíce po odevzdání nové snímatelné náhrady.  Lokalizace – čelist.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů. | 60 Kč |
| 00974 | Odevzdání stomatologického výrobku  Poskytovatel vykazuje při odevzdání stomatologického výrobku (kód slouží pouze pro vykazování zvlášť účtovaných léčivých přípravků a stomatologických výrobků (dokladem 03s). | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů. | 0 Kč |
| 00976 | Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce s poruchou autistického spektra či jinou psychiatrickou diagnózou  Výkon zohledňuje zvýšenou časovou náročnost v souvislosti se stomatologickým vyšetřením a ošetřením pacienta s poruchou autistického spektra (pervazivní vývojová porucha F84.xx podle mezinárodní klasifikace nemocí) či jinou psychiatrickou diagnózou. Lze vykázat jen pokud jde podle doporučení psychiatra o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu, a dále u pojištěnců s průkazem autisty (PAS). | Lze vykázat 1/1 den.  Výkon nelze kombinovat s kódy 00906 a 00907.  Lze vykazovat s hrazenými výkony vyšetření a ošetření.  Odbornost – 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o absolvování kurzu ošetřování pacientů s poruchou autistického spektra a jinou psychiatrickou diagnózou v rámci systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů8). | 503 Kč |
| 00977 | Aplikace prefabrikované korunky na dočasný zub  Prefabrikovaná ocelová plášťová korunka na dočasný molár nebo prefabrikovaná plastová stripová korunka na dočasný řezák nebo dočasný špičák. Výkon zahrnuje tangenciální preparaci, adaptaci a fixaci korunky včetně ceny použitého materiálu a prefabrikátu. | Lze vykázat 1/1 zub.  Lokalizace – zub.  Lze vykázat u defektu na třech nebo více ploškách na zubu s dg. zubního kazu K02 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubu po endodontickém ošetření s dg. K04 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubu po provedené vitální pulpotomii s dg. K02 nebo K04 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u defektů souvisejících s dg.amelogenesis imperfecta K00.4 i K00.5 a dentinogenesis imperfecta K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubů po ztrátě tvrdých zubních tkání v důsledku úrazu s dg. S02.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubů s prokázanou ztrátou tvrdých zubních tkání v důsledku eroze nebo abraze s dg. K03.0, K03.1, K03.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE8). | 605 Kč |
| 00978 | Sedace nezletilého pojištěnce midazolamem při ambulantním stomatologickém ošetření  Perorální podání midazolamu pojištěnci od 3 let do dne dosažení 15 let a uložení pojištěnce po ošetření na lůžko v dospávací místnosti s monitorací pulzním oxymetrem.  Podmínkou úhrady je zajištění monitorace pulzním oxymetrem a měření krevního tlaku v průběhu ošetření a v dospávací místnosti a zajištění případného podání antidota (flumazenil) a kyslíku.  Hrazeno v indikovaných případech, jde-li o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu PZL. | Lze vykázat 2/365 dní.  Lze vykázat pouze v souvislosti s kódy: 00920, 00921, 00922, 00949, 00950, 00951, 00952, 00953 a 00955, 00957, 00959, 00960 a 00962.  Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00979.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE8). | 905 Kč |
| 00979 | Sedace nezletilého pojištěnce oxidem dusným při ambulantním stomatologickém ošetření  Podání farmakologicky připravené směsi oxidu dusného a kyslíku v poměru 1:1 náustkem nebo obličejovou maskou pojištěnci od 4 let do dne dosažení 15 let.  Podmínkou úhrady je zajištění monitorace pulzním oxymetrem a měření krevního tlaku v průběhu ošetření a zajištění případného podání kyslíku.  Hrazeno v indikovaných případech, jde-li o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu PZL. | Lze vykázat 2/365 dní.  Lze vykázat pouze v souvislosti s kódy: 00920, 00921, 00922, 00949, 00950, 00951, 00952, 00953 a 00955, 00957, 00959, 00960 a 00962.  Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00978.  Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE8). | 505 Kč |
| 00981 | Diagnostika ortodontických anomálií  Zahrnuje orientační stomatologické vyšetření, komplexní ortodontické vyšetření, založení zdravotnické dokumentace. Tímto kódem se zahajuje ortodontická léčba a vykazování kódů odbornosti 015 podle seznamu výkonů.  Při převzetí již léčeného pojištěnce je nutné zahájit vlastní ortodontickou léčbu vstupním vyšetřením, založením vlastní dokumentace a vykázáním kódu 00981. | Lze vykázat 1/1 pojištěnce a poskytovatele.  Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 635 Kč |
| 00982 | Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk  Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem – na jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu včetně přípravy zubů. | Lze vykázat 1/1 čelist, v případě rozštěpových vad (Q 35 – Q38) max. 2/1 čelist.  Lokalizace – čelist.  Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 1 370 Kč |
| 00983 | Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu  Kontrola postupu léčby a úprav na fixním aparátu na jednom i obou zubních obloucích. Vztahuje se na všechny kontroly fixního aparátu v daném čtvrtletí a na kontrolu souběžně používaného snímacího aparátu. | Lze vykázat 1/1 kalendářní čtvrtletí, a to maximálně 16x na pojištěnce, v případě rozštěpových vad lze vykázat bez omezení.  Lze vykázat pouze po vykázání kódu 00982 nebo 00994.  Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 845 Kč |
| 00984 | Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu  Kontrola postupu léčby dle individuálního léčebného postupu a funkce snímacích aparátů včetně jejich úpravy. Pro sledování průběhu změn po ortodonticky indikovaných extrakcích bez aparátu.  Vztahuje se na všechny kontroly snímacího aparátu v daném čtvrtletí. | Lze vykázat 1/1 kalendářní čtvrtletí, a to maximálně 16x na pojištěnce, v případě rozštěpových vad lze vykázat bez omezení.  Nelze vykázat pro léčbu ve fázi retence nebo při sledování růstu a vývoje chrupu a čelisti bez aktivní léčby.  Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 226 Kč |
| 00985 | Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu  Po ukončení léčby ortodontických anomálií sejmutí fixního ortodontického aparátu na 1 zubní oblouk, zábrus zubů, včetně  případné analýzy modelů (nezahrnuje případné zhotovení a analýzu telerentgenu a ortopantomogramu). | Lze vykázat 2/1 čelist, v případě rozštěpových vad (Q 35 – Q 38) max. 3/1 čelist.  S časovým odstupem 3 let lze vykázat jedenkrát na čelist v návaznosti na kód 00982 a jedenkrát na čelist v návaznosti kódu 00994.  Lokalizace – čelist.  Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 740 Kč |
| 00986 | Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje  Kontrola pojištěnce před začátkem nebo po ukončení aktivní fáze ortodontické léčby snímacími nebo fixními aparáty podle individuálního léčebného postupu. Součástí může být i použití pevných, nebo snímacích dlah, retainerů nebo jiných retenčních aparátů. | Lze vykázat 1/1 kalendářní pololetí, a to maximálně 8x na pojištěnce.  Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 236 Kč |
| 00987 | Stanovení fáze růstu  Určení růstové fáze pojištěnce – skeletální věk, zhodnocením rentgenového snímku ruky nebo krčních obratlů. | Lze vykázat 2/1 pojištěnce.  Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 61 Kč |
| 00988 | Analýza telerentgenového snímku lbi  Vyhodnocení profilového, eventuálně zadopředního dálkového rentgenového snímku lbi pomocí speciálních měření. | Lze vykázat 1/1 kalendářní rok.  Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 127 Kč |
| 00989 | Analýza ortodontických modelů  Vyhodnocení ortodontických modelů zubních oblouků a přilehlých tkání, včetně případných dalších speciálních měření. | Lze vykázat 1/1 kalendářní rok.  Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 335 Kč |
| 00990 | Diagnostická přestavba ortodontického modelu  Přestavba zubů ortodontického modelu jedné čelisti z diagnostických důvodů nebo modelová operace čelistí k chirurgickým účelům. | Lze vykázat 1/1 čelist.  Lokalizace – čelist.  Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 502 Kč |
| 00991 | Nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku  Palatinální nebo linguální expanzní nebo kotevní drátěný oblouk nebo lip-bumper, továrně zhotovené, jejich adaptace a zasazení do zařízení na kroužcích. | Lze vykázat 1/1 čelist.  Lokalizace – čelist.  Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 187 Kč |
| 00992 | Nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky  Nasazení intra-extraorálního drátěného oblouku (uzdy), nebo bradové peloty a ortodontní čapky či krční pásky nebo obličejové masky typu Delaire, Hickham a podobně za účelem extraorálního kotvení, včetně poučení o způsobu použití a názorného předvedení. | Lze vykázat 1/1 pojištěnce.  Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 225 Kč |
| 00993 | Navázání parciálního oblouku  Příprava a navázání částečného drátěného oblouku v rozsahu do 6 zubů do zámků nebo kanyl jako součásti fixního aparátu. | Lze vykázat 4/1 kalendářní pololetí (1x na kvadrant).  Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 320 Kč |
| 00994 | Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk  Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk ve smíšeném chrupu pro protruzní vady s incizálním schůdkem 9 mm a více, zkřížený skus, diastema větší než 4 mm, zákus, retence nebo dystopie horního stálého řezáku.  Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu. | Lze vykázat 1/1 čelist do věku pacienta 10 let.  Lokalizace – čelist.  Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 950 Kč |

Vysvětlení zkratek:

PZL praktický zubní lékař

PA parodontolog

CH stomatochirurg

PE pedostomatolog

Příloha č. 12 k vyhlášce č. …./2020 Sb.

**Léčivé přípravky vyjmuté z paušální úhrady, z platby vyčleněné z paušální úhrady, z úhrady formou případového paušálua z ambulantní složky úhrady**

1. Z platby případovým paušálem, platby vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, z ambulantní složky úhrady jsou vyjmuty:
   1. Léčivé přípravky obsahující tyto léčivé látky:

B02BB01

B02BD01

B02BD02

B02BD03

B02BD04

B02BD05

B02BD06

B02BD07

B02BD08

B02BD09

B02BD10

B02BX06

B05AA02

* 1. Tyto individuálně vyráběné léčivé přípravky:

Kryoprotein (0207926)

Plazma čerstvá, zmrazená pro klinické použití (0207921)

Příloha č. 13 k vyhlášce č. …./2020 Sb.

**Úhrada vyčleněná z paušální úhrady – Skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace vyjmuté z paušální úhrady**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Baze** | **IR-DRG4)** | **Název skupiny** | **Relativní váha 2020** |
| 0001 | 00011 | TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC BEZ CC | 20,2989 |
| 0001 | 00012 | TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC S CC | 22,6905 |
| 0001 | 00013 | TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC S MCC | 30,2884 |
| 0002 | 00021 | TRANSPLANTACE JATER BEZ CC | 13,6501 |
| 0002 | 00022 | TRANSPLANTACE JATER S CC | 13,6501 |
| 0002 | 00023 | TRANSPLANTACE JATER S MCC | 17,1323 |
| 1460 | 14601 | POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM BEZ CC | 1,3683 |
| 1460 | 14602 | POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S CC | 1,5837 |
| 1460 | 14603 | POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S MCC | 1,8567 |
| 1461 | 14611 | VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ BEZ CC | 1,0900 |
| 1461 | 14612 | VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S CC | 1,2166 |
| 1461 | 14613 | VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S MCC | 1,4471 |
| 1462 | 14621 | VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE BEZ CC | 0,9929 |
| 1462 | 14622 | VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE S CC | 1,4144 |
| 1462 | 14623 | VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE S MCC | 3,2277 |
| 1463 | 14631 | VAGINÁLNÍ POROD BEZ CC | 0,8435 |
| 1463 | 14632 | VAGINÁLNÍ POROD S CC | 0,9158 |
| 1463 | 14633 | VAGINÁLNÍ POROD S MCC | 0,9158 |
| 1561 | 15611 | NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ BEZ CC | 9,3056 |
| 1561 | 15612 | NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ S CC | 13,0304 |
| 1561 | 15613 | NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ S MCC | 20,7049 |
| 1562 | 15621 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC | 50,0790 |
| 1562 | 15622 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC | 50,0790 |
| 1562 | 15623 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC | 50,0790 |
| 1563 | 15631 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC | 7,5417 |
| 1563 | 15632 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC | 12,8439 |
| 1563 | 15633 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC | 30,0430 |
| 1564 | 15641 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC | 24,3548 |
| 1564 | 15642 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC | 29,2460 |
| 1564 | 15643 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC | 33,7999 |
| 1565 | 15651 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC | 7,1881 |
| 1565 | 15652 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC | 8,4345 |
| 1565 | 15653 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC | 15,0420 |
| 1566 | 15661 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC | 13,5777 |
| 1566 | 15662 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC | 16,6661 |
| 1566 | 15663 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC | 16,6661 |
| 1567 | 15671 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC | 3,0627 |
| 1567 | 15672 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC | 4,4440 |
| 1567 | 15673 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC | 7,6355 |
| 1568 | 15681 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC | 13,4980 |
| 1568 | 15682 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC | 13,5361 |
| 1568 | 15683 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC | 15,6434 |
| 1569 | 15691 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC | 0,5785 |
| 1569 | 15692 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC | 1,5193 |
| 1569 | 15693 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC | 3,7788 |
| 1570 | 15701 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC | 3,9308 |
| 1570 | 15702 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC | 5,2446 |
| 1570 | 15703 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC | 14,2240 |
| 1571 | 15711 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM BEZ CC | 0,3877 |
| 1571 | 15712 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM S CC | 0,8421 |
| 1571 | 15713 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM S MCC | 3,4708 |
| 1572 | 15720 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, SE SYNDROMEM DÝCHACÍCH POTÍŽÍ | 7,4464 |
| 1573 | 15731 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM BEZ CC | 0,5704 |
| 1573 | 15732 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM S CC | 1,4335 |
| 1573 | 15733 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM S MCC | 3,2601 |
| 1574 | 15741 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKCÍ BEZ CC | 0,9086 |
| 1574 | 15742 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKCÍ S CC | 0,9539 |
| 1574 | 15743 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKCÍ S MCC | 2,9314 |
| 1575 | 15751 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC | 0,2913 |
| 1575 | 15752 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC | 0,3763 |
| 1575 | 15753 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC | 0,5923 |
| 2401 | 24010 | HIV S VÝKONEM, S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV | 0,9390 |
| 2402 | 24020 | HIV S VÝKONEM, S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV | 1,5844 |
| 2403 | 24031 | HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV BEZ CC | 0,3839 |
| 2403 | 24032 | HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV S CC | 0,3839 |
| 2403 | 24033 | HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV S MCC | 0,3839 |
| 2430 | 24301 | HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU BEZ CC | 0,6206 |
| 2430 | 24302 | HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU S CC | 1,4459 |
| 2430 | 24303 | HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU S MCC | 5,1283 |
| 2431 | 24311 | HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ BEZ CC | 0,1349 |
| 2431 | 24312 | HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ S CC | 0,1349 |
| 2431 | 24313 | HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ S MCC | 0,1349 |
| 2432 | 24320 | HIV S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV | 0,8853 |
| 2433 | 24331 | HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU BEZ CC | 1,6980 |
| 2433 | 24332 | HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU S CC | 1,6980 |
| 2433 | 24333 | HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU S MCC | 1,6980 |
| 2434 | 24341 | HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY BEZ CC | 0,8683 |
| 2434 | 24342 | HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY S CC | 0,9266 |
| 2434 | 24343 | HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY S MCC | 0,9266 |
| 2435 | 24350 | HIV BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV | 1,2144 |

Příloha č. 14 k vyhlášce č. …./2020 Sb.

**1. Koeficient poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Okres** | **VZP** | **VoZP** | **ČPZP** | **OZP** | **ZPŠ** | **ZPMV** | **RBP** |
| **BENEŠOV** | 0,632 | 0,064 | 0,024 | 0,076 | 0,000 | 0,203 | 0,000 |
| **BEROUN** | 0,446 | 0,047 | 0,346 | 0,080 | 0,000 | 0,081 | 0,000 |
| **BLANSKO** | 0,644 | 0,043 | 0,016 | 0,026 | 0,000 | 0,270 | 0,001 |
| **BRNO-MĚSTO** | 0,556 | 0,100 | 0,069 | 0,060 | 0,000 | 0,208 | 0,007 |
| **BRNO-VENKOV** | 0,580 | 0,082 | 0,091 | 0,046 | 0,000 | 0,198 | 0,002 |
| **BRUNTÁL** | 0,422 | 0,084 | 0,151 | 0,059 | 0,000 | 0,215 | 0,068 |
| **BŘECLAV** | 0,582 | 0,047 | 0,141 | 0,036 | 0,000 | 0,190 | 0,003 |
| **ČESKÁ LÍPA** | 0,654 | 0,125 | 0,083 | 0,039 | 0,016 | 0,083 | 0,000 |
| **ČESKÉ BUDĚJOVICE** | 0,567 | 0,162 | 0,031 | 0,056 | 0,000 | 0,184 | 0,000 |
| **ČESKÝ KRUMLOV** | 0,645 | 0,120 | 0,032 | 0,035 | 0,000 | 0,168 | 0,000 |
| **DĚČÍN** | 0,622 | 0,057 | 0,154 | 0,051 | 0,001 | 0,115 | 0,000 |
| **DOMAŽLICE** | 0,752 | 0,068 | 0,028 | 0,041 | 0,000 | 0,111 | 0,000 |
| **FRÝDEK-MÍSTEK** | 0,307 | 0,008 | 0,430 | 0,015 | 0,000 | 0,046 | 0,193 |
| **HAVLÍČKŮV BROD** | 0,659 | 0,047 | 0,165 | 0,038 | 0,000 | 0,091 | 0,000 |
| **HODONÍN** | 0,451 | 0,029 | 0,218 | 0,024 | 0,000 | 0,150 | 0,127 |
| **HRADEC KRÁLOVÉ** | 0,525 | 0,177 | 0,048 | 0,057 | 0,002 | 0,191 | 0,000 |
| **CHEB** | 0,652 | 0,101 | 0,072 | 0,049 | 0,000 | 0,125 | 0,001 |
| **CHOMUTOV** | 0,717 | 0,036 | 0,133 | 0,024 | 0,000 | 0,085 | 0,005 |
| **CHRUDIM** | 0,730 | 0,064 | 0,062 | 0,049 | 0,000 | 0,094 | 0,000 |
| **JABLONEC NAD NISOU** | 0,816 | 0,058 | 0,005 | 0,032 | 0,003 | 0,085 | 0,000 |
| **JIČÍN** | 0,690 | 0,041 | 0,028 | 0,038 | 0,059 | 0,143 | 0,000 |
| **JIHLAVA** | 0,807 | 0,039 | 0,050 | 0,032 | 0,000 | 0,072 | 0,000 |
| **JINDŘICHŮV HRADEC** | 0,704 | 0,116 | 0,036 | 0,029 | 0,000 | 0,115 | 0,000 |
| **KARLOVY VARY** | 0,700 | 0,075 | 0,057 | 0,070 | 0,000 | 0,098 | 0,000 |
| **KARVINÁ** | 0,268 | 0,008 | 0,218 | 0,011 | 0,000 | 0,055 | 0,440 |
| **KLADNO** | 0,413 | 0,032 | 0,431 | 0,051 | 0,000 | 0,072 | 0,000 |
| **KLATOVY** | 0,632 | 0,090 | 0,141 | 0,041 | 0,000 | 0,095 | 0,000 |
| **KOLÍN** | 0,701 | 0,050 | 0,034 | 0,077 | 0,002 | 0,136 | 0,001 |
| **KROMĚŘÍŽ** | 0,438 | 0,045 | 0,084 | 0,031 | 0,000 | 0,123 | 0,279 |
| **KUTNÁ HORA** | 0,469 | 0,127 | 0,276 | 0,041 | 0,000 | 0,087 | 0,000 |
| **LIBEREC** | 0,718 | 0,124 | 0,011 | 0,059 | 0,005 | 0,082 | 0,000 |
| **LITOMĚŘICE** | 0,710 | 0,091 | 0,010 | 0,063 | 0,000 | 0,126 | 0,000 |
| **LOUNY** | 0,770 | 0,067 | 0,034 | 0,032 | 0,000 | 0,096 | 0,001 |
| **MĚLNÍK** | 0,653 | 0,049 | 0,038 | 0,122 | 0,015 | 0,123 | 0,000 |
| **MLADÁ BOLESLAV** | 0,221 | 0,012 | 0,004 | 0,016 | 0,726 | 0,021 | 0,000 |
| **MOST** | 0,825 | 0,009 | 0,038 | 0,020 | 0,000 | 0,096 | 0,012 |
| **NÁCHOD** | 0,663 | 0,074 | 0,081 | 0,037 | 0,003 | 0,143 | 0,000 |
| **NOVÝ JIČÍN** | 0,355 | 0,019 | 0,198 | 0,018 | 0,000 | 0,068 | 0,342 |
| **NYMBURK** | 0,612 | 0,056 | 0,069 | 0,080 | 0,051 | 0,132 | 0,000 |
| **OLOMOUC** | 0,230 | 0,155 | 0,426 | 0,036 | 0,000 | 0,145 | 0,008 |
| **OPAVA** | 0,367 | 0,015 | 0,283 | 0,031 | 0,000 | 0,080 | 0,223 |
| **OSTRAVA** | 0,221 | 0,009 | 0,393 | 0,026 | 0,000 | 0,089 | 0,262 |
| **PARDUBICE** | 0,678 | 0,099 | 0,064 | 0,057 | 0,001 | 0,102 | 0,000 |
| **PELHŘIMOV** | 0,803 | 0,035 | 0,031 | 0,034 | 0,000 | 0,097 | 0,000 |
| **PÍSEK** | 0,695 | 0,088 | 0,043 | 0,049 | 0,000 | 0,125 | 0,000 |
| **PLZEŇ-MĚSTO** | 0,521 | 0,096 | 0,119 | 0,084 | 0,000 | 0,179 | 0,000 |
| **PRAHA** | 0,602 | 0,057 | 0,012 | 0,215 | 0,001 | 0,111 | 0,001 |
| **PRAHA-VÝCHOD** | 0,555 | 0,067 | 0,034 | 0,222 | 0,003 | 0,119 | 0,000 |
| **PRAHA-ZÁPAD** | 0,591 | 0,057 | 0,023 | 0,213 | 0,001 | 0,115 | 0,000 |
| **PRACHATICE** | 0,601 | 0,146 | 0,071 | 0,034 | 0,000 | 0,147 | 0,000 |
| **PROSTĚJOV** | 0,309 | 0,069 | 0,543 | 0,018 | 0,000 | 0,057 | 0,005 |
| **PŘEROV** | 0,587 | 0,098 | 0,079 | 0,037 | 0,000 | 0,153 | 0,045 |
| **PŘÍBRAM** | 0,736 | 0,061 | 0,039 | 0,048 | 0,000 | 0,116 | 0,000 |
| **RAKOVNÍK** | 0,577 | 0,041 | 0,218 | 0,044 | 0,000 | 0,120 | 0,000 |
| **ROKYCANY** | 0,529 | 0,134 | 0,146 | 0,067 | 0,000 | 0,125 | 0,000 |
| **RYCHNOV NAD KNĚŽNOU** | 0,568 | 0,090 | 0,019 | 0,035 | 0,155 | 0,132 | 0,000 |
| **SEMILY** | 0,752 | 0,043 | 0,016 | 0,047 | 0,059 | 0,083 | 0,000 |
| **SOKOLOV** | 0,617 | 0,065 | 0,170 | 0,044 | 0,000 | 0,104 | 0,000 |
| **STRAKONICE** | 0,669 | 0,115 | 0,037 | 0,049 | 0,000 | 0,129 | 0,000 |
| **SVITAVY** | 0,804 | 0,038 | 0,032 | 0,029 | 0,000 | 0,096 | 0,001 |
| **ŠUMPERK** | 0,489 | 0,034 | 0,358 | 0,026 | 0,000 | 0,090 | 0,003 |
| **TÁBOR** | 0,487 | 0,153 | 0,142 | 0,072 | 0,000 | 0,145 | 0,000 |
| **TACHOV** | 0,634 | 0,141 | 0,054 | 0,041 | 0,000 | 0,129 | 0,000 |
| **TEPLICE** | 0,717 | 0,083 | 0,062 | 0,044 | 0,000 | 0,093 | 0,001 |
| **TRUTNOV** | 0,450 | 0,047 | 0,118 | 0,053 | 0,145 | 0,188 | 0,000 |
| **TŘEBÍČ** | 0,723 | 0,058 | 0,114 | 0,019 | 0,000 | 0,086 | 0,001 |
| **UHERSKÉ HRADIŠTĚ** | 0,571 | 0,036 | 0,126 | 0,029 | 0,000 | 0,236 | 0,002 |
| **ÚSTÍ NAD LABEM** | 0,371 | 0,160 | 0,027 | 0,160 | 0,000 | 0,280 | 0,001 |
| **ÚSTÍ NAD ORLICÍ** | 0,538 | 0,083 | 0,110 | 0,042 | 0,002 | 0,225 | 0,000 |
| **VSETÍN** | 0,613 | 0,021 | 0,090 | 0,019 | 0,000 | 0,059 | 0,198 |
| **VYŠKOV** | 0,535 | 0,131 | 0,093 | 0,051 | 0,000 | 0,187 | 0,003 |
| **ZLÍN** | 0,764 | 0,019 | 0,140 | 0,035 | 0,000 | 0,037 | 0,004 |
| **ZNOJMO** | 0,550 | 0,052 | 0,128 | 0,018 | 0,000 | 0,251 | 0,001 |
| **ŽĎÁR NAD SÁZAVOU** | 0,642 | 0,024 | 0,120 | 0,022 | 0,000 | 0,191 | 0,001 |

**2. Koeficient poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Region** | **VZP** | **VoZP** | **ČPZP** | **OZP** | **ZPŠ** | **ZPMV** | **RBP** |
| **Jihočeský kraj** | 0,609 | 0,135 | 0,055 | 0,050 | 0,000 | 0,151 | 0,000 |
| **Jihomoravský kraj** | 0,555 | 0,075 | 0,102 | 0,043 | 0,000 | 0,205 | 0,020 |
| **Plzeňský kraj + Karlovarský kraj** | 0,600 | 0,091 | 0,104 | 0,065 | 0,000 | 0,140 | 0,000 |
| **Královehradecký kraj + Pardubický kraj** | 0,620 | 0,086 | 0,066 | 0,046 | 0,033 | 0,149 | 0,000 |
| **Středočeský kraj + Praha** | 0,571 | 0,055 | 0,070 | 0,155 | 0,039 | 0,109 | 0,001 |
| **Kraj Vysočina** | 0,722 | 0,041 | 0,099 | 0,028 | 0,000 | 0,110 | 0,000 |
| **Liberecký kraj** | 0,729 | 0,097 | 0,028 | 0,047 | 0,016 | 0,083 | 0,000 |
| **Moravskoslezský kraj** | 0,300 | 0,017 | 0,305 | 0,023 | 0,000 | 0,080 | 0,276 |
| **Olomoucký kraj** | 0,382 | 0,098 | 0,358 | 0,031 | 0,000 | 0,118 | 0,014 |
| **Ústecký kraj** | 0,671 | 0,073 | 0,068 | 0,057 | 0,000 | 0,128 | 0,003 |
| **Zlínský kraj** | 0,621 | 0,028 | 0,114 | 0,029 | 0,000 | 0,106 | 0,102 |

Příloha č. 15 k vyhlášce č. …./2020 Sb.

**Případový paušál dle CZ-DRG – Skupiny CZ-DRG podle Klasifikace CZ-DRG s úhradovými tarify těchto skupin**

Skupiny vztažené k diagnóze v rámci pneumoonkochirurgické akutní lůžkové péče v centrech vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče podle zákona o zdravotních službách

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CZ-DRG**  **báze** | **CZ-DRG**  **skupina** | **Název skupiny** | **Úhradový tarif případu hospitalizace** |
| 04-I02 | 04-I02-01 | Anatomická resekce plic s dalším operačním výkonem v jiný den | 411 334  Kč |
| 04-I02 | 04-I02-02 | Anatomická resekce plic u pacientů s CC=3-4 | 274 857  Kč |
| 04-I02 | 04-I02-03 | Anatomická resekce plic provedená thorakoskopicky u pacientů s CC=0-2 | 217 103 Kč |
| 04-I02 | 04-I02-04 | Anatomická resekce plic provedená otevřeným přístupem u pacientů s CC=0-2 | 181 963  Kč |
| 04-I03 | 04-I03-01 | Extraanatomická resekce plic s dalším operačním výkonem v jiný den | 375 776  Kč |
| 04-I03 | 04-I03-02 | Extraanatomická resekce plic u pacientů s CC=3-4 | 236 810  Kč |
| 04-I03 | 04-I03-04 | Extraanatomická resekce plic pro méně závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-2 | 121 464  Kč |
| 04-I05 | 04-I05-01 | Velký chirurgický výkon v dutině hrudní nebo na hrudníku mimo resekce plic s dalším operačním výkonem v jiný den | 414 441 Kč |
| 04-I05 | 04-I05-02 | Velký chirurgický výkon v dutině hrudní nebo na hrudníku mimo resekce plic u pacientů s CC=3-4 | 276 589 Kč |
| 04-I05 | 04-I05-03 | Velký chirurgický výkon v dutině hrudní nebo na hrudníku mimo resekce plic u pacientů s CC=1-2 | 175 992  Kč |
| 04-I05 | 04-I05-04 | Velký chirurgický výkon v dutině hrudní nebo na hrudníku mimo resekce plic u pacientů s CC=0 | 128 694 Kč |

Skupiny vztažené k diagnóze v rámci onkogynekologické akutní lůžkové péče poskytované v centrech vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii podle zákona o zdravotních službách

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CZ-DRG**  **báze** | **CZ-DRG**  **skupina** | **Název skupiny** | **Úhradový tarif případu hospitalizace** |
| 13-I01 | 13-I01-00 | Exenterace pánevních orgánů pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy | 386 282 Kč |
| 13-I02 | 13-I02-01 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů pro zhoubný novotvar včetně rozsáhlého resekčního výkonu na okolních tkáních v alespoň 2 lokalizacích | 490 965 Kč |
| 13-I02 | 13-I02-02 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů pro zhoubný novotvar včetně rozsáhlého resekčního výkonu na okolních tkáních v právě 1 lokalizaci u pacientek s CC=4 | 402 449 Kč |
| 13-I02 | 13-I02-03 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů pro zhoubný novotvar včetně rozsáhlého resekčního výkonu na okolních tkáních v právě 1 lokalizaci u pacientek s CC=2-3 | 267 385 Kč |
| 13-I02 | 13-I02-04 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů pro zhoubný novotvar včetně rozsáhlého resekčního výkonu na okolních tkáních v právě 1 lokalizaci u pacientek s CC=0-1 | 217 074 Kč |
| 13-I04 | 13-I04-02 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=4 | 294 337  Kč |
| 13-I04 | 13-I04-03 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=2-3 | 212 429  Kč |
| 13-I04 | 13-I04-04 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=0-1 | 141 126  Kč |
| 13-I05 | 13-I05-01 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně výkonu na mízních uzlinách pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4 | 145 779 Kč |
| 13-I05 | 13-I05-02 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně výkonu na mízních uzlinách pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního u pacientek s CC=0-2 | 128 872 Kč |
| 13-I05 | 13-I05-03 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně výkonu na mízních uzlinách pro zhoubný novotvar hrdla děložního u pacientek s CC=0-2 | 105 502 Kč |
| 13-I06 | 13-I06-01 | Odstranění vulvy nebo pochvy pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4 | 224 306 Kč |
| 13-I06 | 13-I06-02 | Odstranění vulvy nebo pochvy pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=0-2 | 125 552 Kč |
| 13-I07 | 13-I07-01 | Odstranění mízních uzlin pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního | 130 537 Kč |
| 13-I07 | 13-I07-02 | Odstranění mízních uzlin pro zhoubný novotvar hrdla děložního | 107 907 Kč |
| 13-I07 | 13-I07-03 | Odstranění mízních uzlin pro zhoubný novotvar pochvy nebo vulvy | 89 851 Kč |
| 13-I08 | 13-I08-01 | Neradikální výkon pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy u pacientek s CC=3-4 | 192 382 Kč |
| 13-I08 | 13-I08-02 | Neradikální výkon pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního u pacientek s CC=0-2 | 101 485  Kč |
| 13-I08 | 13-I08-03 | Neradikální výkon pro zhoubný novotvar hrdla děložního nebo pochvy u pacientek s CC=0-2 | 86 681  Kč |

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

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

   Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č.1231/2010, kterým se rozšiřuje působnost nařízení (ES) č. 883/2004 a nařízení (ES) č. 987/2009 na státní příslušníky třetích zemí, na které se tato nařízení dosud nevztahují pouze z důvodu jejich státní příslušnosti. [↑](#footnote-ref-2)
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. [↑](#footnote-ref-3)
3. Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. [↑](#footnote-ref-4)
4. ) Sdělení Českého statistického úřadu č. 464/2017 Sb., o aktualizaci Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10). [↑](#footnote-ref-5)
5. ) Sdělení Českého statistického úřadu č. 253/2019 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů CZ-DRG. [↑](#footnote-ref-6)
6. 6) Sdělení Českého statistického úřadu č. 198/2019 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG). [↑](#footnote-ref-7)
7. ) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. [↑](#footnote-ref-8)
8. § 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. [↑](#footnote-ref-9)