

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 „zmocňovací 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:

- a) kompenzační hodnoty bodu (dále jen „hodnota bodu“),
- b) kompenzační výši úhrad za hrazené služby 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<sup>1)</sup> a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast hrazených služeb<sup>2)</sup>, (dále jen „zahraniční pojištěnec“) (dále jen „výše úhrad“),
- c) kompenzační regulační omezení pro úhrady uvedené v § 3 až 20 (dále jen „regulační omezení“), a
- d) výši záloh na kompenzace.

(2) Poskytovatelem podle této vyhlášky je

- a) poskytovatel lůžkové péče,
- b) poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,

---

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

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

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

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

- c) 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<sup>3)</sup> (dále jen „seznam výkonů“),
- d) poskytovatel ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů,
- e) poskytovatel v oboru zubní lékařství,
- f) poskytovatel ambulantní péče v odbornostech 222, 801, 802, 806 až 810, 812 až 819 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen „vyjmenovaná odbornost“),
- g) poskytovatel ambulantní péče v odbornostech 911, 914, 916, 921 a poskytovatel domácí péče v odbornostech 925 a 926 podle seznamu výkonů,
- h) poskytovatel ambulantní péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů,
- i) 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,
- j) poskytovatel lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravovna,
- k) poskytovatel lékárenské péče,
- l) 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

---

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

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)<sup>4)</sup>.

#### § 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 a regulační omezení 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 se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení 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 a regulační omezení 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.

---

<sup>4)</sup> Sdělení Českého statistického úřadu č. 464/2017 Sb., o aktualizaci Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10).

## § 7

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

## § 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 a regulační omezení 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. Měsíční záloha na kompenzaci se poskytne poskytovateli ve výši měsíčního navýšení úhrady podle věty druhé. Měsíční navýšení úhrady se vypočítá na základě vykázání hrazených služeb poskytnutých v příslušném měsíci (dále jen „měsíční navýšení úhrady“).

## § 10

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

## § 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 a výše úhrad hrazených služeb 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) Měsíční záloha na kompenzaci se poskytne poskytovateli ve výši měsíčního navýšení úhrady podle odstavce 3.

#### § 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) Měsíční záloha na kompenzaci se poskytne poskytovateli ve výši měsíčního navýšení úhrady podle odstavce 3.

#### § 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 vykázan 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) Měsíční záloha na kompenzaci se poskytne poskytovateli ve výši měsíčního navýšení úhrady podle odstavců 1 až 4.

## § 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) Měsíční záloha na kompenzaci se poskytne poskytovateli ve výši měsíčního navýšení úhrady podle odstavce 1.

## § 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 stanoví úhrada ve výši 16 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09552 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí částku ve výši patnácti a půlnásobku 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) Po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli 12 Kč za každé převedení listinného receptu do elektronické podoby. Toto platí jen pro ztotožněné pojištěnce.

## § 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 vykázáný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09115 podle seznamu výkonů, vykázáný u pacientů s diagnózou U07.1 a U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí 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 dle rozhodnutí krajského úřadu, se za každý celý kalendářní měsíc provozu (v rozsahu minimálně každý pracovní den) tohoto centra, pokud v daném měsíci vykázal a byl mu zdravotní pojišťovnou uznán alespoň jeden výkon č. 09115, navýší úhrada o  $K \times 100\,000$  Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese, kde 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) Měsíční záloha na kompenzaci se poskytne poskytovateli ve výši měsíčního navýšení úhrady podle odstavce 6, přičemž navýšení úhrady podle odstavce 6 za období do 30. června 2020 se poskytne poskytovateli v rámci zálohy za měsíc červenec 2020.

## § 21

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. července 2020.

Ministr zdravotnictví:

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

### A) 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.
- 1.1 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<sup>5)</sup> (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
  - 2.1 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.
  - 2.2 Výše úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely (dále jen „léčivý přípravek“) označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění, (dále jen „vyhláška č. 376/2011 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.
    - 2.2.1 Pro onemocnění HIV/AIDS, hereditární angioedém a pro profylaxi rizikových dětí vystavených expozici respiračního syncytiálního viru se stanoví maximální úhrada na jeden podaný léčivý přípravek ve výši poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané úhrady v roce 2018.
    - 2.2.2 Pro skupiny:
 

a) Dermatologie (Aktinická keratóza, Psoriáza těžká)
b) Dýchací soustava 1 (Astma, CHOPN)
c) Dýchací soustava 2 (Idiopatická plicní fibróza)
d) Endokrinologie (Akromegalie, Endokrinní oftalmopatie, Toxická struma štítné žlázy, Růstové hormony)

<sup>5)</sup> Sdělení Českého statistického úřadu č. 253/2019 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů CZ-DRG.



e)	Hematoonkologie (Leukemie, Lymfomatózní meningitida, Lymfomy, Mnohočetný myelom, Myelo-dysplastické syndromy, Podpurná hematoonkologie, Zhoubné imunoproliferativní nemoci, Hematologie)
f)	Imunitní systém (Autoinflamatorní onemocnění, Digitální ulcerace u systémové sklerodermie, Polyangiitida, Transplantace)
g)	Infekce (Hepatitida C)
h)	Metabolické vady (Fabryho choroba, Gaucherova choroba, Metabolické vady)
i)	Neurologie 1 (Epilepsie, Narkolepsie, Parkinsonova choroba, Substituční léčba)
j)	Neurologie 2 (Roztroušená skleróza)
k)	Oběhový systém (Plicní arteriální hypertenze)
l)	Oftalmologie (Centrální venózní okluze, Makulární degenerace, Oftalmologie – DM, Vitreomakulární trakce, Oftalmologie – jiné)
m)	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)
n)	Osteoporóza
o)	Revmatologie (Bechtěrevova choroba, Artritida, Lupus erythematosus, Psoriatická artritida)
p)	Trávicí soustava (Crohnova choroba, Ulcerózní kolitida)
q)	Cystická fibróza
r)	Spinální svalová atrofie
s)	Ostatní – výše neuvedená onemocnění s výjimkou skupiny hepatologie
t)	Hepatologie – onemocnění jater a žlučových cest

se stanoví maximální úhrada takto:

$$Uhr_{max,2020} = Uhr_{t,2019} * 1,64 + \sum_{i=a}^s Uhr_{i,2018} * IN_i$$

kde:

$Uhr_{max,2020}$  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.

$Uhr_{i,2018}$  je celková úhrada v referenčním období za léčbu onemocnění  $i$ .

$Uhr_{t,2019}$  je celková úhrada v roce 2019 za léčbu onemocnění hepatologie.

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

Maximální úhrada je stanovena pro všechny skupiny onemocnění dohromady.

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

Diagnostická skupina	Index navýšení úhrady
Dermatologie	1,219
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

- 2.2.4 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.
- 2.3 Za každý případ hospitalizace poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznán, ukončený v hodnoceném období, u kterého bylo v souladu se zákonem indikováno testování na onemocnění COVID-19, se navyšuje úhrada poskytovateli o 1 674 Kč:
- za každé současné vykázaní výkonů č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů, jde-li o případ s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí,
  - jde-li o případ s diagnózou U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud byly alespoň jednou současně vykázané výkony č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů.
- Tato navýšení úhrady se nezapočítávají do úhrady uvedené v bodech 3 až 6.
- 2.4 U případů hospitalizace s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznáných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle pravidel pro Klasifikaci hospitalizovaných pacientů pro rok 2020<sup>6)</sup> (dále jen „Klasifikace“), se navyšuje úhrada poskytovateli o 2 331 Kč za každý vykázaný ošetrovací den, s výjimkou ošetrovacích 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.

### 3. Paušální úhrada

- 3.1 Paušální úhrada zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které současně nespádají 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.
- 3.2 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

<sup>6)</sup> Sdělení Českého statistického úřadu č. 198/2019 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG).

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 nespádají do definice případů hospitalizací dle proměnné  $C\dot{U}_{i,CZ-DRG,2020}$  podle části A bodu 5 této přílohy.

- 3.3 Pro výkony ošetrovacího dne č. 00031 a 00032 podle seznamu výkonů, vyjmuté z paušální úhrady, se stanoví paušální sazba za ošetrovací den ve výši 447 Kč.
- 3.4 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.
- 3.5 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 vykázaní výkonů č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů.
- 3.6 Výše paušální úhrady se stanoví jako  $CELK\ PU_{drg,2020}$  podle výrazu:

$$CELK\ PU_{drg,2020} = \min \left\{ 1; \sqrt{\frac{1}{0,82} * \left( \frac{CM_{2020,017,10} - CM_{MDC19,2020}}{CM_{2018,017,10} - CM_{CZ-DRG,2018} - CM_{MDC19,2018}} + \min(0,03; 5 * Podíl_{COVID}) \right)} \right\}$$

\*  $IPU * I_{ZP} + 1,05 * OD_{příloha\ 9,10} - EM_{2020,10} + EM_{MDC19}$

kde:

$CM_{2018,017,10}$  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.

$CM_{CZ-DRG,2018}$  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<sup>7)</sup> 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.

$CM_{MDC19,2018}$  v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7,  $CM_{MDC19,2018}$  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

<sup>7)</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce. V ostatních případech  $CM_{MDC19,2018}$  nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

$EM_{2020,10}$  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.

$EM_{MDC19}$  v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7,  $EM_{MDC19}$  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  $EM_{MDC19}$  nabývá hodnoty 0.

$Podíl_{COVID}$  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.

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

a kde IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

$$(i) IPU = PU_{drg,2018,10} * KN_{10}$$

kde:

$PU_{drg,2018,10}$  je referenční výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané služby hrazené paušální úhradou.  $PU_{drg,2018,10}$  se vypočte následovně:

$$PU_{drg,2018,10} = \max \left\{ \left( CM_{2018,017,10} - CM_{CZ-DRG,2018} - CM_{MDC19,2018} \right) * ZS_{min,10}; \left( 1 - \frac{CM_{CZ-DRG,2018} + CM_{MDC19,2018}}{CM_{2018,017,10}} \right) * \left( CELK PU_{drg,2018} + \sum_{j=1}^n \dot{U}HR_{ISU}^{2018} + EM_{2018,10} - OD_{2018,sestry,10} \right) \right\}$$

kde:

$CELK PU_{drg,2018}$  je celková výše paušální úhrady v referenčním období.

$ZS_{min,10}$  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.

$EM_{2018}$  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 zařazeny 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.

$\dot{U}HR_{ISU}^{2018}$  celková úhrada poskytovateli za služby zařazené do individuálně smluvně sjednaných bazí v referenčním období.

$OD_{2018,sestry,10}$  navýšení úhrad podle typu ošetrovacího dne uvedené v příloze č. 9 k této vyhlášce v referenčním období za ošetrovací dny případů hospitalizací podle bodu 3.2 zařazených do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.

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

a kde:

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

$$KN_{10} = 1 + \frac{0,17}{ARCTG \left( \frac{1}{16,5} * \sqrt{\frac{PU_{drg,2018,10}}{(CM_{2018,017,10} - CM_{CZ-DRG,2018} - CM_{MDC19,2018})} - 26800} \right)}$$

kde:

$ARCTG$  je funkce Arkus tangens

(ii)  $CM_{red,2020,017,10}$  se vypočítá následovně:

- a) 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 nespádajících do případů hospitalizací dle proměnných  $CM_{CZ-DRG,2018}$  a  $CM_{MDC19,2018}$ , které byly ukončeny přeložením pacienta k poskytovateli následné péče nebo na oddělení následné péče téhož poskytovatele (dále jen „kód ukončení léčení 4“) nebo přeložením pacienta k jinému poskytovateli akutní lůžkové péče (dále jen „kód ukončení léčení 5“), menší nebo roven 100 nebo pokud  $(PPR_{drg,2020,4,5} - PPR_{MDC19,2020,4,5}) \leq 0,1 * (PP_{drg,2020} - PP_{MDC19,2020})$  nebo pokud  $(PPR_{drg,2018,4,5} - PPR_{CZ-DRG,2018,4,5} - PPR_{MDC19,2020,4,5}) \leq 0,1 * (PP_{drg,2018} - PP_{CZ-DRG,2018} - PP_{MDC19,2018})$ , stanoví se redukovaný casemix takto:

$$CM_{red,2020,017,10} = \min \left\{ (CM_{2020,017,10} - CM_{MDC19,2020}); (CM_{2020,017,10} - CM_{MDC19,2020})^{0,2} * \left( X * (PP_{drg,2020} - PP_{MDC19,2020}) * \frac{(CM_{2018,017,10} - CM_{CZ-DRG,2018} - CM_{MDC19,2018})}{(PP_{drg,2018} - PP_{CZ-DRG,2018} - PP_{MDC19,2018})} \right)^{0,8} \right\}$$

kde:

- $X$  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.
- $CM_{2020,017,10}$  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.
- $CM_{MDC19,2020}$  v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7,  $CM_{MDC19,2020}$  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  $CM_{MDC19,2020}$  nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.
- $PP_{drg,2020}$  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.
- $PP_{MDC19,2020}$  v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7,  $PP_{MDC19,2020}$  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  $PP_{MDC19,2020}$  nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

- $PP_{drg,2018}$  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.
- $PP_{CZ-DRG,2018}$  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.
- $PP_{MDC19,2018}$  v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7,  $PP_{MDC19,2018}$  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  $PP_{MDC19,2018}$  nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

b) V ostatních případech se redukováný casemix stanoví takto:

$$CM_{red,2020,017,10} = CM_{red 1} + CM_{red 2},$$

kde:

$$CM_{red 1} = \min \left\{ (CM_{1,2020,017,10} - CM_{MDC19,1,2020}); (CM_{1,2020,017,10} - CM_{MDC19,1,2020})^{0,2} * \left( X * (PP_{1,drg,2020} - PP_{MDC19,1,2020}) * \frac{(CM_{1,2018,017,10} - CM_{CZ-DRG,1,2018} - CM_{MDC19,1,2018})}{(PP_{1,drg,2018} - PP_{CZ-DRG,1,2018} - PP_{MDC19,1,2018})} \right)^{0,8} \right\}$$

kde:

$CM_{1,2020,017,10}$  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.

$CM_{MDC19,1,2020}$  v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7,  $CM_{MDC19,1,2020}$  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  $CM_{MDC19,1,2020}$  nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

- $CM_{1,2018,017,10}$  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.
- $CM_{CZ-DRG,1,2018}$  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.
- $CM_{MDC19,1,2018}$  v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7,  $CM_{MDC19,1,2018}$  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  $CM_{MDC19,1,2018}$  nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.
- $PP_{1,drg,2020}$  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.
- $PP_{MDC19,1,2020}$  v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7,  $PP_{MDC19,1,2020}$  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  $PP_{MDC19,1,2020}$  nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.
- $PP_{1,drg,2018}$  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.
- $PP_{CZ-DRG,1,2018}$  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, pokud jde o hrazené



služby, které současně splňují pravidla pro zařazování případů pro rok 2018 podle Klasifikace CZ-DRG.

$PP_{MDC19,1,2018}$  v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7,  $PP_{MDC19,1,2018}$  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  $PP_{MDC19,1,2018}$  nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

a kde:

$$CM_{red\ 2} = (CM_{2020,017,10,4,5} - CM_{MDC19,2020,4,5}) * \min \left[ 1; \left( 1,05 * \frac{PPR_{drg,2018,4,5} - PPR_{CZ-DRG,2018,4,5} - PPR_{MDC19,2018,4,5}}{PPR_{drg,2020,4,5} - PPR_{MDC19,2020,4,5}} * \frac{PP_{drg,2020} - PP_{MDC19,2020}}{PP_{drg,2018} - PP_{CZ-DRG,2018} - PP_{MDC19,2018}} \right) \right],$$

kde:

$CM_{2020,017,10,4,5}$  je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztahených 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.

$CM_{MDC19,2020,4,5}$  v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7,  $CM_{MDC19,2020,4,5}$  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  $CM_{MDC19,2020,4,5}$  nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací..

$PPR_{drg,2020,4,5}$  je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

$PPR_{MDC19,2020,4,5}$  v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.,  $PPR_{MDC19,2020,4,5}$  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  $PPR_{MDC19,2020,4,5}$  nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

$PPR_{drg,2018,4,5}$  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.

$PPR_{CZ-DRG,2018,4,5}$  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.

$PPR_{MDC19,2018,4,5}$  v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7,  $PPR_{MDC19,2020,4,5}$  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  $PPR_{MDC19,2020,4,5}$  nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

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

$$I_{ZP} = 1 + I_{ZP1} + I_{ZP2}$$

kde:

$$I_{ZP1} = \max\left(0; 0,66 * \left\{ \min\left[0,87; \frac{CM_{red,2020,017,10}}{CM_{2018,017,10} - CM_{CZ-DRG,2018} - CM_{MDC19,2018}} + \min(0,03; 5 * Podíl_{COVID})\right] - 0,82\right\}\right)$$

$$I_{ZP2} = \max\left(0; ARCTG\left[1,7 * \left\{ \frac{CM_{red,2020,017,10}}{CM_{2018,017,10} - CM_{CZ-DRG,2018} - CM_{MDC19,2018}} + \min(0,03; 5 * Podíl_{COVID}) + 0,12\right\} - 1,0347\right]\right)$$

(iv)  $OD_{příloha\ 9,10}$  je navýšení úhrad podle typu ošetrovacího dne vypočtené následovně:

$$OD_{příloha\ 9,10} = \min\left(\sum_{i=1}^n (PocetOD_{2018,10,i} - PocetOD_{CZ-DRG,2018,10,i} - PocetOD_{MDC19,2018,i}) * NavýšeníOD_i; \frac{\sum_{i=1}^n (PocetOD_{2020,10,i} - PocetOD_{MDC19,2020,i}) * NavýšeníOD_i}{0,5}\right)$$

kde:

$PocetOD_{2018,10,i}$  je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího 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 ošetrovacího dne podle seznamu výkonů.

$PocetOD_{CZ-DRG,2018,10,i}$  je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího 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 ošetrovacího dne podle seznamu výkonů.

$PocetOD_{MDC19,2018,i}$  v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7,  $PocetOD_{MDC19,2018,i}$  je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího 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 ošetrovacího dne podle seznamu výkonů. V ostatních případech  $PocetOD_{MDC19,2018,i}$  nabývá hodnoty 0.

$PocetOD_{2020,10,i}$  je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího 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 ošetrovacího dne podle seznamu výkonů.

$PocetOD_{MDC19,2020,i}$  v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7,  $PocetOD_{MDC19,2020,i}$  je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího 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 ošetrovacího dne podle seznamu výkonů. V ostatních případech  $PocetOD_{MDC19,2020,i}$  nabývá hodnoty 0.

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

3.7 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.

a) 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.

- b) 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.
- c) 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.
- d) 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 10 % 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.
- e) 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.
- f) 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.

#### 4. Úhrada vyčleněná z paušální úhrady

- 4.1 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.
- 4.2 Případy hospitalizací se při výpočtu  $CM_{2020,017,13}$ ,  $CM_{2020,017,13,trans}$ ,  $CM_{2018,017,13}$ ,  $CM_{2020,017,MDC19,A}$  a  $CM_{2020,017,MDC19,O}$  rozumí případy hospitalizací přepočtené podle Klasifikace.
- 4.3 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.

4.4 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:

$$KN_{13} * CM_{2020,017,13} * \max\{IZS_{2018,13}; ZS_{min,13}\} + 1,05 * OD_{příloha\ 9,13} - EM_{2020,13},$$

kde:

$CM_{2020,017,13}$  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.

$EM_{2020,13}$  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.

$ZS_{min,13}$  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.

$IZS_{2018,13}$  je individuální základní sazba vypočtená takto:  $\frac{U_{drg,2018,13}}{CM_{2018,017,13}}$

kde:

$U_{drg,2018,13}$  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, snižena o úhradu léčivých přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce a snižena o k těmto případům příslušné navýšení úhrad podle typu ošetrovacího dne uvedené v příloze č. 9 k této vyhlášce.

$CM_{2018,017,13}$  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:

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

$$KN_{13} = 1 + \frac{0,17}{ARCTG\left(\frac{\sqrt{\max(ZS_{min,13}; IZS_{2018,13}) - 26800}}{16,5}\right)}$$

a kde:

$OD_{příloha\ 9,13}$  je navýšení úhrad podle typu ošetrovacího dne vypočtené následovně:

$$OD_{příloha\ 9,13} = \min\left(\sum_{i=1}^n PocetOD_{2018,13,i} * NavýšeníOD_i; \frac{\sum_{i=1}^n PocetOD_{2020,13,i} * NavýšeníOD_i}{0,5}\right)$$

kde:

$PocetOD_{2018,13,i}$  je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího 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 ošetrovacích dnů, které byly vykázaný v rámci případů hospitalizace zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, kde  $i$  nabývá hodnot 1 až  $n$  a označuje typ ošetrovacího dne podle seznamu výkonů.

$PocetOD_{2020,13,i}$  je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího 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 ošetrovacích dnů, které byly vykázaný v rámci případů hospitalizace podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, kde  $i$  nabývá hodnot 1 až  $n$  a označuje typ ošetrovacího dne podle seznamu výkonů.

4.5 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:

$$CM_{2020,017,13,trans} * ZS_{2020,trans} - EM_{2020,13,trans}$$

kde:

$CM_{2020,017,13,trans}$  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.

$EM_{2020,13,trans}$  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.

$ZS_{2020,trans}$  je základní sazba pro transplantace, která se stanoví ve výši 63 000 Kč.

4.6 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:

$$\begin{aligned} \dot{U}HR_{MDC19} = & \max\{ IZS_{2018,10} * KN_{10} * 1,25 * (CM_{2020,017,MDC19,A} + CM_{2020,017,MDC19,O}); \\ & ZS_{min,MDC19} * KB_{trans} * (1,2 * CM_{2020,017,MDC19,A} + CM_{2020,017,MDC19,O}) \} \\ & - EM_{MDC19} + 1,1 * OD_{sestry,MDC19} \end{aligned}$$

kde:

$CM_{2020,017,MDC19,A}$  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

$CM_{2020,017,MDC19,O}$  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

$ZS_{min,MDC19}$  je minimální základní sazba pro rok 2020, která se stanoví ve výši 37 275 Kč.

$KB_{trans}$  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  $KB_{trans}$  nabývá hodnoty 1.

$IZS_{2018,10}$  je individuální základní sazba za případy hospitalizací hrazené paušální úhradou v referenčním období. V případě, že poskytovatel v referenčním období neposkytoval služby hrazené paušální úhradou,  $IZS_{2018,10}$  nabývá hodnoty 1. V ostatních případech se vypočte následovně:

$$IZS_{2018,10} = \frac{PU_{drg,2018,10}}{(CM_{2018,017,10} - CM_{CZ-DRG,2018} - CM_{MDC19,2018})}$$

$OD_{sestry,MDC19}$  je navýšení úhrad podle typu ošetrovacího dne vypočtené následovně:

$$OD_{sestry,MDC19} = \min \left( \frac{\sum_{i=1}^n \text{Pocet} OD_{MDC19,2018,i} * \text{Navýšení} OD_i}{\sum_{i=1}^n \text{Pocet} OD_{MDC19,2020,i} * \text{Navýšení} OD_i} \right), 0,5$$

4.7 Pro výkony ošetrovacího dne č. 00031 a 00032 podle seznamu výkonů se stanoví paušální sazba za ošetrovací den ve výši 447 Kč.

## 5. Úhrada formou případového paušálu podle CZ-DRG

5.1 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.

5.2 Pro výkony ošetrovacího dne č. 00031 a 00032 podle seznamu výkonů se stanoví paušální sazba za ošetrovací den ve výši 447 Kč.

5.3 Případy hospitalizací se při výpočtu  $C\dot{U}_{i,CZ-DRG,2020}$  rozumí případy hospitalizací klasifikované podle Klasifikace CZ-DRG podle přílohy č. 15 k této vyhlášce.

5.4 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.

5.5 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 vykázaní výkonů č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů.

5.6 Výše úhrady formou případového paušálu se stanoví jako  $UPP_{CZ-DRG,2020}$  podle výrazu:

$$UPP_{CZ-DRG,2020} = \sum_{i \in \{PO,OG\}} (C\dot{U}_{i,CZ-DRG,2020} - EM_{i,CZ-DRG,2020})$$

kde:

$i$  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.

$C\dot{U}_{PO,CZ-DRG,2020}$  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.

$C\dot{U}_{OG,CZ-DRG,2020}$  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.

$EM_{PO,CZ-DRG,2020}$  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.

$EM_{OG,CZ-DRG,2020}$  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.

6. 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.

7. Ambulantní složka úhrady zahrnuje úhradu specializované ambulantní péče, hrazených služeb v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství, hrazených služeb 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.

7.1 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 kapítace 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.
- 7.2 Pro specializovanou ambulantní péči, s výjimkou poskytovatelů v odbornostech 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 a 2 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, regulační omezení uvedená v části B přílohy č. 3 k této vyhlášce.
- 7.3 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 přílohy č. 5 k této vyhlášce se nepoužijí.
- 7.4 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota 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, a 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.
- 4.1 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.
- 4.2 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.
- 7.5 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.
- 7.6 Výkony poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle § 15.
- 7.7 Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,95 Kč.

- 7.8 Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby, s výjimkou výkonu č. 09563 podle seznamu výkonů, se hradí podle § 16.
- 7.9 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.
- 7.10 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.
- 7.11 Výkony č. 09566, 88101 a 09563 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč. Poskytovateli:
- a) který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé podle zákona o zdravotních službách a který zajišťuje urgentní příjem, se zvýší úhrada o  $K \times 30\,000\,000$  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,
  - b) 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  $K \times 30\,000\,000$  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,
  - c) neuvedenému v písmenech a) a b), který zajišťuje urgentní příjem, se zvýší úhrada o  $K \times 3\,000\,000$  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,
  - d) 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  $K \times 2\,700\,000$  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,
  - e) 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  $K \times 15\,000\,000$  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.
- 7.12 Úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodů 7.1 až 7.10 se stanoví ve výši:

$$\begin{aligned} \text{Úhr\_amb}_{2020} = & \max\{\text{Úhr\_amb}_{2020,\text{komp}} + \text{Úhr\_amb}_{2020,\text{ost}}; \\ & \min\left[\frac{1,07 * \text{Hodnota\_péče}_{2018,\text{komp}} + 1,05 * \text{Hodnota\_péče}_{2018,\text{ost}}}{\text{Hodnota\_péče}_{2018}}; \frac{\text{Hodnota\_péče}_{2020} * 1,04}{\text{Hodnota\_péče}_{2018}}\right] * \\ & \text{Úhr\_amb}_{2018} * \frac{\text{BON}_{16/7,\text{komp}} * \text{Hodnota\_péče}_{2018,\text{komp}} + \text{BON}_{16/7,\text{ost}} * \text{Hodnota\_péče}_{2018,\text{ost}}}{\text{Hodnota\_péče}_{2018}}; \\ & \min\left[\text{Úhr\_amb}_{2018} * \frac{1,07 * \text{BON}_{16/7,\text{komp}} * \text{Hodnota\_péče}_{2018,\text{komp}} + 1,05 * \text{BON}_{16/7,\text{ost}} * \text{Hodnota\_péče}_{2018,\text{ost}}}{\text{Hodnota\_péče}_{2018}}; \text{Hodnota\_péče}_{2020}\right] \} \end{aligned}$$

kde:

$\text{Hodnota\_péče}_{2018}$  je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1 až 7.10 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$\text{Hodnota\_péče}_{2018} = \text{Hodnota\_péče}_{2018,\text{komp}} + \text{Hodnota\_péče}_{2018,\text{ost}}$$

a kde:

$\text{Hodnota\_péče}_{2020}$  je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1 až 7.10 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$\text{Hodnota\_péče}_{2020} = \text{Hodnota\_péče}_{2020,\text{komp}} + \text{Hodnota\_péče}_{2020,\text{ost}}$$

a kde:

$\text{Úhr\_amb}_{2018}$  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.

$\text{Úhr\_amb}_{2020,\text{komp}}$  je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodu 7.3, která se stanoví ve výši:

$$\begin{aligned} \text{Úhr\_amb}_{2020,\text{komp}} = & \max\left\{\min\left[\text{Úhr\_amb}_{2018,\text{komp}} * 1,07 * \text{BON}_{16/7,\text{komp}}; \text{Hodnota\_péče}_{2020,\text{komp}}\right]; \right. \\ & \left. \min\left[1,07; \frac{\text{Hodnota\_péče}_{2020,\text{komp}} * 1,04}{\text{Hodnota\_péče}_{2018,\text{komp}}}\right] * \text{Úhr\_amb}_{2018,\text{komp}} * \text{BON}_{16/7,\text{komp}}\right\} \end{aligned}$$

kde:

$\text{Úhr\_amb}_{2018,\text{komp}}$  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:

$$\text{Úhr\_amb}_{2018,\text{komp}} = \text{Úhr\_amb}_{2018} * \frac{\text{Hodnota\_péče}_{2018,\text{komp}}}{\text{Hodnota\_péče}_{2018}}$$

kde:

$\text{Hodnota\_péče}_{2018,\text{komp}}$  je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.3 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota\_péče_{2018,kompl} = (\sum_{i=1}^n \{PB_{i,2018,kompl} * HB_{i,2020}\} + KP_{2018,kompl}) * BON_{16/7,kompl}$$

kde:

$PB_{i,2018,kompl}$  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.

$HB_{i,2020}$  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.

$KP_{2018,kompl}$  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).

$BON_{16/7,kompl}$  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:

$Hodnota\_péče_{2020,kompl}$  je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.3 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota\_péče_{2020,kompl} = (\sum_{i=1}^n \{PB_{i,2020,kompl} * HB_{i,2020}\} * 1,05 + KP_{2020,kompl}) * BON_{16/7,kompl}$$

kde:

$PB_{i,2020,kompl}$  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.

$KP_{2020,kompl}$  je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodu 7.3.

a kde:

$Úhr\_amb_{2020,ost}$  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:

$$Úhr\_amb_{2020,ost} = \max \left\{ \min \left[ Úhr\_amb_{2018,ost} * 1,05 * BON_{16/7,ost} + Hnp_{2020}; Hodnota\_péče_{2020,ost} \right]; \min \left[ 1,05; \frac{Hodnota\_péče_{2020,ost} * 1,04}{Hodnota\_péče_{2018,ost}} \right] * I_{zp\_amb} * Úhr\_amb_{2018,ost} * BON_{16/7,ost} \right\}$$

kde:

$I_{zp\_amb}$  je index změny produkce vypočtený takto:

$$I_{zp\_amb} = 1 + I_{zp1\_amb} + I_{zp2\_amb}$$

kde:

$$I_{zp1\_amb} = \max \left[ 0; \min \left( \frac{Hodnota\_péče_{2020,ost} * 1,04 - Hodnota\_péče_{2018,ost} * 1,05}{\frac{Úhr\_amb_{2018,ost} * 1,05 * BON_{16/7,ost}}{Hnp_{2020}}}} \right) \right]$$

$$I_{zp2\_amb} = \max \left\{ 0; \min \left[ \frac{0,075}{1,05 * BON_{16/7,ost}}; IZ_{GAUP} * 0,75 * \left( \frac{Hodnota\_péče_{2020,ost} * 1,04 - Hodnota\_péče_{2018,ost} * 1,08 - Hnp_{2020}}{Hodnota\_péče_{2018,ost} * 1,05 * BON_{16/7,ost}} \right) \right] \right\}$$

a kde:

$Úhr\_amb_{2018,ost}$  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:

$$Úhr\_amb_{2018,ost} = Úhr\_amb_{2018} * \frac{Hodnota\_péče_{2018,ost}}{Hodnota\_péče_{2018}}$$

kde:

$Hodnota\_péče_{2018,ost}$  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:

$$Hodnota\_péče_{2018,ost} = \left( \sum_{i=1}^n \{PB_{i,2018,ost} * HB_{i,2020}\} + KP_{2018,ost} \right) * BON_{16/7,ost}$$

kde:

$PB_{i,2018,ost}$  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.

$KP_{2018,ost}$  je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10.

$BON_{16/7,ost}$  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:

$Hodnota\_péče_{2020,ost}$  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:

$$Hodnota\_péče_{2020,ost} = \left( \sum_{i=1}^n \{PB_{i,2020,ost} * HB_{i,2020}\} * 1,05 + KP_{2020,ost} \right) * BON_{16/7,ost}$$

kde:

$PB_{i,2020,ost}$  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.

$KP_{2020,ost}$  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:

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

a) Pokud  $\frac{Hodnota\_péče_{2020,ost} * 1,04}{Hodnota\_péče_{2018,ost}} \neq 1$ , potom:

$$IZ_{GAUP} = \max \left[ 0; \min \left( 1; \frac{\left( \frac{GAUP_{2020} - 1}{GAUP_{2018}} \right)}{0,5 * \min \left[ \left( \frac{Hodnota\_péče_{2020,ost} * 1,04}{Hodnota\_péče_{2018,ost}} - 1 \right); 0,18 \right]} \right) \right]$$

b) Pokud  $\frac{Hodnota\_péče_{2020,ost} * 1,04}{Hodnota\_péče_{2018,ost}} = 1$ , potom  $IZ_{GAUP} = 1$ .

kde:

$GAUP_{2020}$  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.

$GAUP_{2018}$  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:

$Hnp_{2020}$  je hodnota nedosažené produkce do výše CELK  $PU_{drg,2020}$  vypočtená následovně:

$$Hnp_{2020} = \max \left[ 0; IPU + 1,05 * OD_{příloha\ 9,10} - CELK\ PU_{drg,2020} - EM_{2020,10} + EM_{MDC19} \right]$$

7.13 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.

7.14 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.

8. V rámci vyúčtování podle § 2 odst. 1 zmocňovacího 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.
9. Měsíční záloha na kompenzaci se poskytne poskytovateli ve výši měsíční úhrady podle bodů 2.3 a 2.4 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, přičemž záloha na kompenzaci za období do 30. června 2020 se poskytne poskytovateli v rámci zálohy za měsíc červenec 2020.

## **B) Hrazené služby podle § 5 odst. 2**

### **1. Úhrada následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, péče ošetrovacího dne**

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

- a) Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetrovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného ošetrovacího dne podle seznamu výkonů (dále jen „OD“) včetně režie přiřazené k ošetrovacímu 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 ošetrovacího dne podle seznamu výkonů.
- b) 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:

$$PS_{OD,2020} = (KN * PS_{OD,2019} + 1,07 * NavýšeníOD_{i2019}) * (KompenzaceOD_{i,COVID} + 0,01)$$

kde:

$PS_{OD,2019}$  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 ošetrovací den.

$NavýšeníOD_{i2019}$  je navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém pracovním režimu u poskytovatelů lůžkové péče za ošetrovací den typu  $i$ , uvedené v příloze č. 9 k této vyhlášce.

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

$KompenzaceOD_{i,COVID}$  je koeficient navýšení úhrad pro kompenzaci dopadů epidemie COVID-19 za ošetrovací den typu  $i$ , uvedený v příloze č. 9 k této vyhlášce.

- c)  $KN$  se stanoví pro každou kategorii pacienta podle seznamu výkonů zvlášť, a to následovně:
  - i. Pro kategorii pacienta 1 podle seznamu výkonů se  $KN$  stanoví ve výši 1,06,



- ii. Pro kategorii pacienta 2 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,06,
  - iii. Pro kategorii pacienta 3 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,08,
  - iv. Pro kategorii pacienta 4 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,08,
  - v. Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,08.
- d) 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:
- i. Personální zabezpečení (vztaženo k úvazku na sledovaném pracovišti):
    - (1) Sestra specialista 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.
  - ii. 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.
- e) 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.
- f) 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).
- g) 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.
- h) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace u pojištěnce s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí se navyšuje o 2 331 Kč.
- i) Měsíční záloha na kompenzaci se poskytne poskytovateli ve výši měsíční úhrady podle písmene h), přičemž záloha na kompenzaci za období do 30. června 2020 se poskytne poskytovateli v rámci zálohy na kompenzaci za měsíc červenec 2020.

## **2. Úhrada následné intenzivní péče, dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, následné ventilační péče a následné komplexní intenzivní léčebně rehabilitační péče**

- a) 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 ošetrovací den navýší o 107 % hodnoty navýšení úhrad uvedené pro příslušný typ ošetrovacího dne v příloze č. 9 k této vyhlášce.
- b) 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.
- c) 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.
- d) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce maximálně 190 OD 00020, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské 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.
- e) OD 00033 podle seznamu výkonů bude hrazen podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,06 Kč a OD 00035 podle seznamu výkonů bude hrazen podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,02 Kč.
- f) Výše úhrady za jeden den hospitalizace u pojištěnce s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí se navyšuje o 2 331 Kč.
- g) Měsíční záloha na kompenzaci se poskytne poskytovateli ve výši měsíční úhrady podle písmene f), přičemž záloha na kompenzaci za období do 30. června 2020 se poskytne poskytovateli v rámci měsíční zálohy za měsíc červenec 2020.

**3. Úhrada ambulantní péče, zvláštní ambulantní péče s výjimkou úhrady takové péče poskytnuté poskytovatelem zvláštní lůžkové péče a ošetrovatelské péče poskytované poskytovatelem sociálních služeb, který má se zdravotní pojišťovnou uzavřenou zvláštní smlouvu podle zákona**

- a) Pro ambulantní péči hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 7 přílohy č. 1 k této vyhlášce.
- b) 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:

$$\max \{ \max (POP_{zpo}; POP_{ref}) * PURO_o * 1,13; PB_{ho} * HB_{min} + KP_{ho} \}$$

kde:

POP<sub>zpo</sub> je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období.

POP<sub>ref</sub> je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v referenčním období.

PUR<sub>00</sub> 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.

PB<sub>ho</sub> je celkový počet poskytovatelem vykázaných a ZP uznaných bodů v hodnoceném období.

HB<sub>min</sub> je minimální hodnota bodu, která se stanoví ve výši 0,77 Kč.

KP<sub>ho</sub> je hodnota korunových položek v hodnoceném období.

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

- c) U poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval, nebo poskytovatel hrazené služby poskytoval pouze v části referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
- d) 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.
- e) Výše úhrady poskytovatelům podle písmen b) a d) se navýší o částku, která se vypočte následovně:

$$\left( 314,43 * K * \sum_{i=\text{březen}}^{\text{květen}} \text{PočetHodin}_i \right) + \left( 78,94 * K * \sum_{j=\text{březen}}^{\text{květen}} \text{PočetHodin}_j \right)$$

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 období.

$\text{PočetHodin}_i$  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

$\text{PočetHodin}_j$  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

- f) Záloha na kompenzaci se poskytne poskytovateli ve výši úhrady podle písmene e) v rámci zálohy na kompenzaci za měsíc červenec 2020.

## C) Regulační omezení

### 1. Regulační omezení paušální úhrady, úhrady vyčleněné z paušální úhrady a úhrady formou případového paušálu

1.1 Regulační omezení uvedená v bodě 1.4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze

- a) pokud zdravotní pojišťovna sdělila poskytovateli do 30. dubna 2020 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
- b) pokud zdravotní pojišťovna oznámila poskytovateli nejpozději týden před započítáním revize, jestli se bude jednat o revizi náhodného vzorku případů či o revizi vybraných jednotlivých případů.

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

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

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

1.4 Pokud zdravotní pojišťovna zjistí při kontrole odchylky od pravidel ve vykazování a kódování podle Klasifikace nebo Klasifikace CZ-DRG, v jejichž důsledku došlo k nesprávnému zařazení případu do DRG skupiny s vyšší relativní vahou 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:

- a) při revizi jednotlivého případu sníží CM o:

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

nebo

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

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

nebo

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

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

kde:

CM base	je součet relativních vah nebo úhradových tarifů příslušné DRG base.
DRG base	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 base	je více než 5 % případů ze statisticky významného náhodného vzorku, minimálně však 30 případů v rámci příslušné DRG base u příslušného poskytovatele.
Statisticky méně významný počet případů příslušné DRG base	je méně než 5 % případů ze statisticky významného náhodného vzorku, minimálně však 10 případů v rámci příslušné DRG base u příslušného poskytovatele.
CM <sub>původní</sub>	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.
CM <sub>revidovaný</sub>	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.

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

2.1 Regulační omezení uvedená v bodech 2.2 a 2.3 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2020 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:

- celkovou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období,
- celkovou úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem,
- 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.

2.2 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.

- 2.3 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.
- 2.4 Regulační omezení podle bodů 2.2 a 2.3 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2.2 a 2.3.
- 2.5 Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2.2 a 2.3 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
- 2.6 V případě, že poskytovatel poskytl v hodnoceném období hrazené služby 100 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna neuplatní regulační omezení uvedená v bodech 2.2 a 2.3.

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

### A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba

1. Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní kapitační sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. 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:
  - a) 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,
  - b) 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,
  - c) 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),
  - d) 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).
2. Základní kapitační platba:
  - a) podle bodu 1 se navýší o 0,60 Kč v případě, že bude zdravotní pojišťovně nejpoději do 31. ledna 2020 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,
  - b) 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,
  - c) podle bodu 1 se navýší o 1 Kč poskytovateli, který předložil před rokem 2020 nebo předloží 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.

3. Poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost, který do 26. února 2021 předloží zdravotní pojišťovně za hodnocené období potvrzení poskytovatele, který zajišťuje lékařskou pohotovostní službu, že se prostřednictvím praktických lékařů nebo praktických lékařů pro děti a dorost, kteří u něj působí jako nositelé výkonů odbornosti 001 nebo 002 podle seznamu výkonů, účastnil alespoň 10 služeb v rámci lékařské pohotovostní služby podle zákona o zdravotních službách, se zvýší roční úhrada o  $K \times 40\,000$  Kč,

kde:

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

Koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji							
kraj / ZP	VZP	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZPMV	RBP
Hlavní město Praha	0,6	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0
Jihočeský	0,6	0,1	0,1	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

4. 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 AFEKČÍ DO 10 CM <sup>2</sup>
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 BÉRICOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BÉREC)
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

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

č. výkonu	Název
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
02023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET
02024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET
02033	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET
02034	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET
06111	KOMPLEX – VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA SESTROU VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ
06119	KOMPLEX – ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU
06121	KOMPLEX – LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ
06123	KOMPLEX – EDUKACE, REEDUKACE, OŠETŘOVATELSKÁ REHABILITACE
06125	KOMPLEX – KLYSMA, VÝPLACHY, CÉVKOVÁNÍ, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATETRŮ
06127	KOMPLEX – APLIKACE INHALAČNÍ A LÉČEBNÉ TERAPIE P. O., S. C., I. M., I. V., UV, EVENT.DALŠÍ ZPŮSOBY APLIKACE TERAPIE ČI INSTILACE LÉČIV
06129	NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09221	INFÚZE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09235	ODSTRANĚNÍ MALÝCH LÉZÍ KŮŽE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM <sup>2</sup>
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

6. 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.
7. Hodnota bodu uvedená v bodě 6 se navýší o 0,04 Kč v případě, že bylo příslušné zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2020 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.
  8. 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.
  9. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,29 Kč.
  10. Pro výkony přepravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.
  11. 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.
  12. 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:

<b>Věková skupina</b>	<b>Index</b>
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

13. 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.
14. V rámci vyúčtování podle § 2 odst. 1 zmocňovacího 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.
15. Měsíční záloha na kompenzaci se poskytne poskytovateli ve výši měsíčního navýšení úhrady podle bodů 6 a 11.

#### **B) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace**

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

#### **C) 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. Měsíční záloha na kompenzaci se poskytne poskytovateli ve výši měsíčního navýšení úhrady **podle věty třetí**.

#### **D) Regulační omezení**

1. 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.

- 1.1 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.
  - 1.2 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.
  - 1.3 Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů a za výkony č. 02230 a 01443 podle seznamu výkonů, popřípadě i jiné výkony rychlé diagnostiky 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.
  - 1.4 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.
2. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní hrazené služby, jejichž poskytnutím došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.
  3. 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.
  4. 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.

5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodu 1 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za kapitální platbu a výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2020.

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

### **A) Hodnota bodu a výše úhrad**

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši:
  - a) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,09 Kč.
  - b) 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.
  - c) 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.
  - d) 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.
  - e) 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.
  - f) 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.
  - g) 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 a pro výkony screeningů 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.
  - h) Hodnota bodu uvedená v písm. a) až g) se dále při splnění následujících podmínek navýší o:
    - i. 0,04 Kč, pokud bylo zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2020 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,
    - ii. 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 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 ordinálních 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.

- iii. 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.
  - i) Vypočtenou částku odpovídající navýšení hodnoty bodu podle písm. h) bod iii) poskytovateli zdravotní pojišťovna uhradí v rámci vyúčtování podle § 2 odst. 1 zmocňovacího zákona.
  - j) Hodnota bodu uvedená v písmenech a) až g) se navýší o 6,52 % v případě, že se jedná o služby poskytnuté od 1. července 2020. Hodnota bodu podle věty první se zaokrouhluje nahoru na dvě desetinná místa.
2. Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní péči neuvedenou v bodě 1 se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,11 Kč, 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:

- a) 0,04 Kč, pokud bylo zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2020 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,
- b) 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,
- c) 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:

$$(1,05 + KN) \times (\max(\text{POPzpoZ}; \text{POPrefZ}) \times \text{PUROo} + \max[\text{PUROo} \times \text{POPzpoMh}; \text{UHRMh} - \text{UHRMr}] ),$$

kde:

**POPzpoZ** je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; základním 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 nepřekročí pětinasobek 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 pojištěncem 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 pětinasobek 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 pětinasobek 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 pojišťovny zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojišťovny 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 pětinasobek 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 pojišťovny zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojišťovny 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 pětinasobek 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 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.

4. 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.
5. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. V rámci vyúčtování podle § 2 odst. 1 zmocňovacího 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.
10. Měsíční záloha na kompenzaci se poskytne poskytovateli ve výši měsíčního navýšení úhrady podle bodu 1 písm. j) a bodu 8.
11. Pokud by celková výše úhrady podle této části nedosahovala minimální výše úhrady vypočtené podle části C, provede zdravotní pojišťovna vyúčtování podle § 2 odst. 1 zmocňovacího zákona podle části C.

## **B) Regulační omezení**

1. 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:
  - a) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;
  - b) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;

- c) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.
2. Pokud poskytovatel 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.
  3. 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.
  4. 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 účinném k 1. lednu 2020 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
  5. 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.

6. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů.
7. 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 nepřevyší u této zdravotní pojišťovny součet úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
8. 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 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2020 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
9. Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2020 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
10. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
11. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví; ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech.
12. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval nebo neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
13. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 100 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 2 až 4. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem  $n/30$ , kde  $n$  se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
14. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí v případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům.
15. 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.
16. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodů 2 až 4 zdravotní pojišťovna vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.

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

### A) 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:
  - a) 0,01 Kč, pokud bylo zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2020 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,
  - b) 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,
  - c) 0,01 Kč, pokud poskytovatel doloží 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,
  - d) 0,01 Kč, pokud poskytovatel doloží certifikát ISO 9001, který je platný po celé hodnocené období.
3. 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.
4. 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):
  - a) Úhrada za hrazené služby v prvním trimestru těhotenství ve výši 1 530 Kč.
  - b) Úhrada za hrazené služby v druhém trimestru těhotenství ve výši 2 550 Kč.
  - c) Úhrada za hrazené služby v třetím trimestru těhotenství ve výši 3 570 Kč.
  - d) 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.

- e) Podmínkou úhrady hrazených služeb podle písmen a) až c) je registrace pojištěnky u daného poskytovatele v odbornosti 603 podle seznamu výkonů.
  - f) 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.
  - g) 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.
  - h) 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.
5. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornosti 603 nebo 604 podle seznamu výkonů nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$NPURO_{2018} * \max(UOP_{2020}; UOP_{2018}) * (1,07 + F_{(t)} + IGV + IUUV) - EM_{2020}$$

kde:

**NPURO<sub>2018</sub>** 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 přípravky 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.

**UOP<sub>2020</sub>** 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.

**UOP<sub>2018</sub>** 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 RUOP<sub>2020</sub> 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 RUOP<sub>2020</sub> příslušné zdravotní pojišťovny, IUV se při výpočtu úhrady nepoužije.

**EM<sub>2020</sub>** 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<sub>(t)</sub>** je funkce těhotných, která nabývá hodnoty od 0 do 0,08 a jejíž hodnota se vypočte takto:

$$F_{(t)} = 0,45 \times K_{(t)} + 0,0255,$$

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

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

kde:

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

$$K_{(t)} = \frac{PTEH_{2020}}{RUOP_{2020}},$$

kde:

**PTEH<sub>2020</sub>** 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).

**RUOP<sub>2020</sub>** je počet unikátních vyšetřených pojištěnek registrovaných u poskytovatele alespoň jeden den v roce 2020.

6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. V rámci vyúčtování podle § 2 odst. 1 zmocňovacího 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.
13. Měsíční záloha na kompenzaci se poskytne poskytovateli ve výši měsíčního navýšení úhrady podle bodu 10.



## **B) Úhrada služeb asistované reprodukce (výkony IVF)**

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

## **C) 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.

5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Pokud poskytovatel vykáže zdravotnický prostředek s úhradou vyšší než 15 000 Kč schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se tato úhrada do výpočtu regulačních omezení podle bodu 1.1.
10. Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí v případech poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům.

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

1. 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.
2. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s následující hodnotou bodu:
  - a) 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.
  - b) 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.
  - c) 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.
  - d) 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.
  - e) 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 bude 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.
  - f) Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 816 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,80 Kč.

- g) 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:

$$PB_{ref} \times HB \times 1,05$$

kde:

**PB<sub>ref</sub>** 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.

- h) 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 %. Hodnota bodu a fixní složka úhrady podle tohoto písmena se zaokrouhlí nahoru na dvě desetinná místa.
- i) 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:

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

kde:

**HB<sub>red</sub>** 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:

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

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),
- PB<sub>ref</sub>** 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,
- PB<sub>ho</sub>** 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,
- UOP<sub>ref</sub>** je počet unikátních pojištěnců v referenčním období, kromě unikátních pojištěnců, na které byl vykázan pouze některý z výkonů č. 89111, 89119, 89123, 89127 a 89131 podle seznamu výkonů,
- UOP<sub>ho</sub>** je počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období, kromě unikátních pojištěnců, na které byl vykázan pouze některý z výkonů č. 89111, 89119, 89123, 89127 a 89131 podle seznamu výkonů.
5. 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.
  6. 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.
  7. 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.
  8. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornostech podle bodu 2 písm. e) a f) nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\max(\text{POP}_{\text{icz}}, \text{POP}_{\text{ref}}) \times \text{PURO}_{\text{icz}} \times 1,04,$$

kde:

**POP<sub>icz</sub>** 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 vykázan 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,

**POP<sub>ref</sub>** 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 vykázan pouze výkon č. 09119 nebo 97111 podle seznamu výkonů,

**PURO<sub>icz</sub>** 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.

- a) U poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornostech uvedených v bodě 2 písm. e), u kterých poklesla v referenčním období skutečná hodnota bodu  $HB_{skut}$  pod hodnotu minimální hodnoty bodu  $HB_{min}$ , bude hodnota  $PURO_{icz}$  stanovena podle hodnoty  $PURO_{icznové}$  následovně:

$$PURO_{icznové} = \frac{HB_{min}}{HB_{skut}} \times PURO_{icz}$$

kde:

$HB_{min}$  je minimální hodnota bodu stanovená ve výši 90 % hodnoty bodu dané odbornosti v referenčním období.

$HB_{skut}$  je skutečná hodnota bodu poskytovatele stanovená jako:

$$HB_{skut} = \frac{UHR_{ref}}{PB_{ref}}$$

kde:

$UHR_{ref}$  je celková výše úhrady poskytovatele v referenčním období,

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

- b) U poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornosti uvedené v bodě 2 písm. f), u kterých poklesla v referenčním období skutečná hodnota bodu  $HB_{skut}$  pod hodnotu minimální hodnoty bodu  $HB_{min}$ , bude hodnota  $PURO_{icz}$  stanovena podle hodnoty  $PURO_{icznové}$  následovně:

$$PURO_{icznové} = \frac{PB_{ref} \cdot HB_{min} + KP_{ref}}{UOP_{ref}}$$

kde:

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

$HB_{min}$  je minimální hodnota bodu stanovená ve výši 65 % hodnoty bodu odbornosti uvedené v bodě 2 písm. f) v referenčním období,

$KP_{ref}$  je hodnota korunových položek poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období,

$UOP_{ref}$  je počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v odbornosti uvedené v bodě 2 písm. f) v referenčním období.

Skutečná hodnota bodu poskytovatele je stanovena jako:

$$HB_{skut} = \frac{UHR_{ref} - KP_{ref}}{PB_{ref}}$$

kde:

$UHR_{ref}$  je celková výše úhrady poskytovatele v referenčním období,

$KP_{ref}$  je hodnota korunových položek poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období,

**P<sub>Bref</sub>** je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období.

9. U odborností uvedených v bodě 2 písm. e) a f), se stanoví celková výše úhrady podle bodu 8 souhrnně pro všechny odbornosti uvedené v daném písmenu.
10. 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 přepočít P<sub>URO<sub>ICZ</sub></sub> 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).
11. 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.
12. 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).
13. 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.
14. 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).
15. Měsíční záloha na kompenzaci se poskytne poskytovateli ve výši součtu měsíčního navýšení úhrady podle bodů 1 a 3 a měsíční úhrady podle bodu 2 písm. i), přičemž úhrada podle bodu 2 písm. i) za období do 30. června 2020 se poskytne poskytovateli v rámci zálohy na kompenzaci za měsíc červenec 2020.

### Hodnota bodu a výše úhrad podle § 11

#### A) 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:
  - a) pro odbornost 914 podle seznamu výkonů ve výši 1,10 Kč,
  - b) pro odbornost 925 podle seznamu výkonů ve výši 1,08 Kč,
  - c) 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:

$$(1,17 + KN) \times \max[\text{POPzpoZ}; \text{POPrefZ}] \times \text{PUROo} + (1,17 + KN) \times \max[\text{PUROo} \times \text{POPzpoMh}; (\text{UHRMh} - \text{UHRMr})],$$

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 PUROo 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 pětinasobek 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 pětinasobek 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 pětinasobek 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 vykázáním 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 vykázáním 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 %.

5. 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 pojištěnce 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.
6. Hrazené služby poskytnuté v odbornosti 914 podle seznamu výkonů budou hrazeny výkonově s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2.
7. 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 PÚROo hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
8. 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.

#### **B) 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:

$$\min\{(POPičz, dosp * 30 * 1522 * HB) + (POPičz, dět * 180 * 1522 * HB); Bodyh * HB\}$$

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.
5. 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.
  6. 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:
    - a) pokud počet pojištěnců, na které byl vykázan některý z výkonů č. 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů a současně byly na tyto pojištěnce vykázané 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,
    - b) z úhrady poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů nebudou odečteny následující hrazené služby:
      - i. kapitační platba registrujícímu praktickému lékaři,
      - ii. poskytnutá stomatologická péče,
      - iii. zdravotnický materiál a léčivé přípravky, které byly předepsány před datem přijetí pacienta do péče poskytovatele,
      - iv. prohlídka zemřelého a přeprava lékaře k tomuto výkonu,
      - v. další výkony provedené na zemřelém pacientovi.
  7. Měsíční záloha na kompenzaci se poskytne ve výši 0,01 Kč za bod podle poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc, a to za hrazené služby poskytnuté od 1. července 2020.

## 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:

$$(1,06 + KN) \times \max[\text{POPzpoZ}; \text{POPrefZ}] \times \text{PUROo} + (1,06 + KN) \times \max[\text{PUROo} \times \text{POPzpoMh}; (\text{UHRMh} - \text{UHRMr})],$$

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 pětinašobek 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 vykázaný 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 pětinašobek 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 pětinašobek 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:
- 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 %,
  - 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 %.

5. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, 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.
6. 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.
7. Hrazené služby poskytnuté pojištěncům, na které byly vykázaný 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.

### Hodnota bodu a výše úhrad podle § 13

#### A) 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.
  - a) 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.
  - b) 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 referuje data kvartálně v roce 2020. Vypočtenou částku navýšení úhrady zdravotní pojišťovna poskytovateli uhradí v rámci vyúčtování podle § 2 odst. 1 zmocňovacího zákona.
  - c) 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) zpětně snížit.
  - d) 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:

$$\text{Navýšení HB} = 0,05 \text{ Kč} \times \text{Ip}$$

kde:

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

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

$$\text{Ip} = \frac{\sum P_{SPL}}{\sum P_{ALL}}$$

$\sum P_{SPL}$  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,

$\sum P_{ALL}$  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.

4. Vypočtená částka navýšení úhrady podle bodu 3 bude poskytovateli uhrazena v rámci vyúčtování podle § 2 odst. 1 zmocňovacího zákona.
5. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se úhrada stanoví podle bodu 1, přičemž se hodnota bodu snižuje o 0,01 Kč.

## **B) Úhrada za včasné zařazování pojištěnců na čekací listinu k transplantaci ledviny**

1. Pro níže uvedené hrazené služby se stanovuje úhrada ve výši:

- a) Oznámení o začátku vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce již zařazeného do dialyzačního programu 3 000 Kč.
  - i. Popis: Signalizace zahájení vyšetřování pojištěnce s chronickým renálním selháním (stadium 5) bez klíčových kontraindikací k transplantaci ledvin.
  - ii. Podmínky úhrady: Vykazuje se na jednoho pojištěnce jedenkrát.
- b) Oznámení o začátku vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce v predialyzačním stádiu 4 500 Kč.
  - i. Popis: Signalizace zahájení vyšetřování pojištěnce s chronickým renálním selháním, u kterého opakovaně hodnota glomerulární filtrace (GFR) dosáhne hodnoty menší než 0,17 ml/s.
  - ii. Podmínky úhrady: U pojištěnce nebyl v době před začátkem vyšetřování vhodnosti k transplantaci ledviny vykázan žádný z výkonů dialyzační péče podle seznamu výkonů. Vykazuje se na jednoho pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny jedenkrát.
- c) Oznámení o ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce již zařazeného do dialyzačního programu 7 000 Kč.
  - i. 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.
  - ii. Podmínky úhrady: U pojištěnce byla vykázána hrazená zdravotní služba podle části B bodu 1 písm. a). Transplantační centrum u pojištěnce vykávalo 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.
- d) Oznámení o ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce v predialyzačním stádiu 10 500 Kč.
  - i. 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.
  - ii. Podmínky úhrady: U pojištěnce byla vykázána hrazená zdravotní služba podle části B bodu 1 písm. b). Transplantační centrum u pojištěnce vykávalo 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.
- e) Vyšetření žijícího dárce ledviny 20 000 Kč.
  - i. Popis: Vykazuje se při zahájení vyšetření žijícího dárce ledviny. Tato hrazená služba se vykazuje na číslo pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny, který je příjemcem orgánu.
  - ii. Podmínka úhrady: Vykazuje poskytovatel v případě, že indikuje vhodného dárce ledviny.



2. Pravidla pro vykazování a úhradu hrazených služeb uvedených v bodě 1:
  - a) Minimálním rozsahem péče při vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny se rozumí soubor vyšetření provedený v souladu s doporučeným postupem České transplantální společnosti a v závislosti na aktuálním klinickém stavu konkrétního pojištěnce.
  - b) Hrazené služby uvedené v bodě 1 nejsou hrazeny v případě zahraničních pojištěnců.
  - c) Hrazené služby uvedené v bodě 1 nelze vykázat u pojištěnců, kteří mají zdravotní kontraindikaci k transplantaci ledvin.

### C) Regulační omezení

1. 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:
  - a) 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;
  - b) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
  - c) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.
2. Pokud poskytovatel hrazených služeb poskytující 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.
3. 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.

4. 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.
5. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.
6. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny poskytovatelům specializované ambulantní péče za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období nepřevyší u příslušné zdravotní pojišťovny součet úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
7. 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 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2020 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
8. Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužijí, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2020 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
9. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
10. 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.
11. 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.

12. 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.
13. 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.

#### **D) Kvalitativní kritéria poskytované dialyzační péče a jejich vyhodnocení**

##### **1) Parametry předávaných údajů**

- a) Poskytovatel referoval 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.
- b) Poskytovatel referoval minimálně 90 % pojištěnců ošetřených na daném pracovišti, kteří splnili podmínky pravidelného dialyzačního léčení.
- c) 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 vykázaní.
- d) Poskytovatel referoval zdravotní pojišťovně informace a data o průběhu dialyzační léčby.

##### **2) Parametry kvality léčby v pravidelném dialyzačním léčení**

###### **a. 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 %

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

**Hodnoty navýšení úhrad podle typu ošetrovacího dne**

<b>Typ ošetrovacího dne podle seznamu výkonů</b>	<b>Navýšení úhrady</b>	<b>Koeficient kompenzace COVID-19</b>
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

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

<b>Baze</b>	<b>IR-DRG<sup>4)</sup></b>	<b>Název skupiny</b>	<b>Relativní váha 2020</b>
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	3,3581

		INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU S CC	
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 POBŘÍŠNICE BEZ CC	1,0368
0604	06042	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘÍŠNICE S CC	1,1915
0604	06043	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘÍŠNICE 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, BĚRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA BEZ CC	1,2205
0811	08112	VÝKONY NA KOLENU, BĚRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA S CC	1,5762
0811	08113	VÝKONY NA KOLENU, BĚRCI 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 MĚNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY BEZ CC	0,3477
0840	08402	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MĚNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY S CC	0,4911
0840	08403	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MĚNĚ 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 GENITOURĚTRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU BEZ CC	0,2800
1135	11352	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURĚTRÁLNÍHO 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	MENSTRUACNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,1990
1332	13322	MENSTRUACNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,2972
1332	13323	MENSTRUACNÍ 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 KREVŇÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH BEZ CC	0,6986
1602	16022	JINÉ VÝKONY PRO KREVŇÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH S CC	0,9601
1602	16023	JINÉ VÝKONY PRO KREVŇÍ 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	PROSTATICKE VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	1,6993
8888	88882	PROSTATICKE VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	1,8388
8888	88883	PROSTATICKE 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

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

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00900	<p><u>Komplexní vyšetření zubním lékařem při registraci pojištěnce nebo při opakovaném založení zdravotnické dokumentace</u></p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p>	495 Kč
00901	<p><u>Opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka</u></p> <p>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</p>	<p>U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat 2/1 kalendářní rok na pojištěnce, a to nejdříve 3 měsíce od vykazání 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 vykazání 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 vykazání kódu 00901 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykazání kódu 00946.</p>	455 Kč

	difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona.	Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů <sup>8)</sup> .	
00902	<u>Péče o registrovaného pojištěnce nad 18 let věku</u> Agregovaný výkon zahrnující: kontrolu ústní hygieny, interdentální hygieny, motivaci pojištěnce po orientačním vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní. Ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), 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 školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů <sup>8)</sup> .	328 Kč
00903	<u>Vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou</u> Vyšetření odborníkem nebo specialistou na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření. Kód nelze vykázat 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 školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE <sup>8)</sup> ; 015; 605.	355 Kč
00904	<u>Stomatologické vyšetření registrovaného pojištěnce do dne dosažení 10 let v rámci registrace a preventivní péče</u>	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	<u>Stomatologické vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce do dne</u>	Lze vykázat 1/1 den. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	115 Kč

<sup>8)</sup> § 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.

	<p><u>dosažení 6 let nebo registrovaného hendikepovaného pojištěnce</u>  Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost vyšetření a ošetření pojištěnce. Lze vykázat i bez kurativního výkonu.</p>	<p>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, PE<sup>8)</sup> Lze vykázat i při vyžádané péči neregistrovaného pojištěnce.</p>	
00907	<p><u>Stomatologické ošetření registrovaného pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let</u>  Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce.</p>	<p>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, PE<sup>8)</sup> Lze vykázat i při vyžádané péči o neregistrovaného pojištěnce.</p>	90 Kč
00908	<p><u>Akutní vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce – i v rámci pohotovostní služby</u>  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.</p>	<p>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 vykazání výkonu č. 09545 podle seznamu výkonů) 00948, 00949, 00950, 00951, 00952, 00955, 00957, 00958, 00959, 00960, 00962, 00963, 00964, 00970 a 00971.</p>	355 Kč

00909	<u>Klinické stomatologické vyšetření</u> Vyšetření odborníkem na klinickém pracovišti na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření.	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	<u>Zhotovení intraorálního rentgenového snímku</u> 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	<u>Zhotovení extraorálního rentgenového snímku</u> 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	<u>Zhotovení ortopantomogramu</u> 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 školicích 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 Z018 nebo v souvislosti s anti-resorpční léčbou (dg M87.1). Pro LPS (lékařská pohotovostní služba) a v	280 Kč

		případě úrazové nebo onkologické diagnózy lze vykázat bez omezení. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem).	
00914	<p><u>Vyhodnocení ortopantomogramu</u>  Vyhodnocení panoramatického rentgenového snímku zubních oblouků a skeletu čelistí nebo ostatních extraorálních snímků.</p> <p>Podmínkou úhrady je stručný popis snímku ve zdravotnické dokumentaci.</p>	<p>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, který je držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů<sup>8)</sup> a lékařů odbornosti 015 podle seznamu výkonů, může kód vykázat i tento zubní lékař.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů.</p>	85 Kč
00915	<p><u>Zhotovení telerentgenového snímku lbi</u>  Zhotovení dálkového rentgenového snímku lbi na speciálním rentgenovém zařízení.</p>	<p>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; PE<sup>8)</sup>; 015; 605 podle seznamu výkonů.  Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval.</p>	275 Kč
00916	<p><u>Anestézie na foramen mandibulae a infraorbitale</u>  Aplikace injekční anestézie na foramen mandibulae (součástí je i aplikace na nervus buccalis) a foramen infraorbitale (součástí je i aplikace na nervus palatinus) ve všech případech, je-li anestézie indikována lékařem.</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení.  Odbornost 014; 015; 605 podle seznamu výkonů.</p>	120 Kč
00917	<p><u>Anestézie infiltrační</u>  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 anestézie indikována lékařem.</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení.  Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů.</p>	100 Kč
00920	<p><u>Ošetření stálého zubu fotokompozitní výplní</u>  Ošetření stálého zubu fotokompozitní výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let v rozsahu řezáků a špičáků, bez ohledu na počet plošek výplně či</p>	<p>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</p>	795 Kč

	případný počet drobných výplní na jednom zubu.	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.	
00921	<u>Ošetření stálého zubu plastickou výplní</u> 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	<u>Ošetření dočasného zubu plastickou výplní.</u> 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	<u>Endodontické ošetření – dočasný zub</u> 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	<u>Endodontické ošetření – stálý zub- v rozsahu řezáků a špičáků</u> Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, medikamentózní	Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Lokalizace – zub.	270 Kč

	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.	Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů.	
00926	<u>Endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu molárů a premolárů</u> 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	<u>Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu v rámci pravidelné parodontologické péče</u> Odborné vyšetření parodontu, vyšetření pomocí parodontologického indexu CPITN, stanovení individuálního léčebného postupu, zahájení konzervativní léčby – odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), instruktáž a motivace orální hygieny. 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; PE <sup>8</sup> ).	795 Kč
00932	<u>Léčba chronických onemocnění parodontu</u> Vyšetření parodontu na základě zařazení onemocnění při vyšetření pomocí indexu CPITN, kdy je stanoven index CPI 2-3, případně dalších parodontologických indexů a vyšetřovacích metod v průběhu parodontologické léčby. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče. Pokračování konzervativní léčby (fáze iniciální nebo udržovací) – kontrola orální hygieny pomocí k tomu určených indexů (například PBI, API), jejichž hodnoty musí být zaznamenány v dokumentaci, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), remotivace a korekce konkrétní metody orální hygieny, odstranění lokálního dráždění parodontu. Podmínkou vykázání výkonu je vedení prokazatelné parodontologické dokumentace.	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



	Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem (kód 00938) a subgingivální ošetření (kód 00935) se vykazuje zvlášť.		
00933	<u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu</u> Provedený chirurgický výkon v mukogingivální oblasti (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 školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE <sup>8</sup> ).	455 Kč
00934	<u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu</u> Chirurgické výkony navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu vedoucí k prohloubení vestibula a výkony s odklopením mukoperiostálního laloku vedoucí k odstranění parodontálních sulků – za každý sextant.	Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat s chirurgickými výkony s řízenou tkáňovou regenerací a implantacemi. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE <sup>8</sup> ).	1 105 Kč
00935	<u>Subgingivální ošetření</u> Instrumentální odstranění obsahu parodontálního chobotu (subgingiválního zubního kamene a plaku), odstranění nekrotického cementu, ohlazení povrchu zubního kořene a jeho kontrola u zubů s parodontálními choboty (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 školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE <sup>8</sup> ).	89 Kč
00936	<u>Odebrání a zajištění přenosu transplantátu</u> 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 školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE <sup>8</sup> ); 605.	605 Kč
00937	<u>Artikulace chrupu</u> Po provedení celkového zábrusu okluze a artikulace chrupu na podkladě funkčního vyšetření stomatognátního systému. Nutno doložit modely před a po ošetření.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE <sup>8</sup> ).	438 Kč
00938	<u>Přechodné dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem</u> Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem zhotovené podle přílohy č. 1 zákona (samopolymerující kompozitní pryskyřice). Vykazuje se za každý zub.	Lze vykázat 1/1 zub/365 dní. Lokalizace – zub. Odbornosti 014; 015 podle seznamu výkonů.	65 Kč

00940	<u>Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice v rámci pravidelné specializované péče</u> 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 školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE <sup>8)</sup> nebo odbornost 605 podle seznamu výkonů.	795 Kč
00941	<u>Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice</u> Při kontrolním vyšetření v průběhu léčby.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE <sup>8)</sup> nebo odbornost 605 podle seznamu výkonů..	305 Kč
00943	<u>Měření galvanických proudů</u> Měření galvanických proudů v dutině ústní při vyšetření slizničních změn a měření impedance.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;PE <sup>8)</sup> nebo 605 podle seznamu výkonů.	93 Kč
00944	<u>Signální výkon epizody péče/kontaktu u pacientů od 18 let věku v souvislosti s vyšetřením v ordinaci zubního lékaře</u>	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	<u>Opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka I</u> Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené ZP. Kontrola a nácvik orální	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	381 Kč

	<p>hygieny, interdentalní hygieny, masáže, 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.</p>	<p>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 vykazání kódu 00946 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykazání kódu 00901. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p>	
00947	<p><u>Péče o registrovaného pojištěnce nad 18 let věku I</u> Agregovaný výkon zahrnující: kontrolu ústní hygieny, interdentalní hygieny, motivace pojištěnce po orientačním vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní. Ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), konzervativního ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv.</p>	<p>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 vykazání 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 vykazání kódu 00947 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykazání kódu 00902. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p>	268 Kč
00948	<p><u>Zajištění suturou v rámci výkonu extrakce</u> 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.</p>	<p>Lze vykázat 1/1 zub. Lokalizace – zub. Lze vykázat pouze s kódem 00950. Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů.</p>	135 Kč
00949	<p><u>Běžná extrakce dočasného zubu</u> Extrakce dočasného zubu nebo radixu (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací, sutury a stavění krvácení kompresivní tamponádou. U pojištěnců do dne dosažení 18 let je podmínkou úhrady stvrzení podpisem zákonného zástupce nebo zletilé doprovázející osoby nebo fotodokumentací v kartě.</p>	<p>Lze vykázat 1/1 zub. Lokalizace – zub. Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů.</p>	135 Kč
00950	<p><u>Extrakce stálého zubu nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny</u></p>	<p>Lze vykázat 1/1 zub. Lokalizace – zub.</p>	315 Kč

	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.	Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů.	
00951	<u>Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu</u> Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku a hemiextrakce nebo egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu do jednoho sextantu nebo chirurgická revize extrakční rány.	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – zub. 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	<u>Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu</u> Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku v blízkosti rizikových anatomických struktur nebo vyžadující snesení větší části kosti, primární uzávěr oroantrální komunikace, egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu větším než 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; PE <sup>8)</sup> ; nebo odbornost 605 podle seznamu výkonů.	1 230 Kč
00953	<u>Chirurgické ošetřování retence zubů otevřenými metodami</u> 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; PE <sup>8)</sup> ; a odbornosti 015; nebo odbornost 605 podle seznamu výkonů.	635 Kč
00954	<u>Periapikální chirurgie</u> 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	<u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí malého rozsahu</u> Provedení menších chirurgických výkonů, například dekapsulace, frenulektomie, odstranění rušivých vlivů vazivových pruhů, podjazyková frenulektomie, excize vlajícího hřebene – za 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	<u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí velkého rozsahu</u> 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, sialolitomie, 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; PE <sup>8</sup> ); 605.	905 Kč
00957	<u>Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu</u> 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	<u>Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu</u> Repozice a fixace zlomenin alveolu horní, dolní čelisti, zlomenin těla a krčku dolní čelisti bez výrazné dislokace (za každou ošetřenou čelist).	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – čelist . Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH; PE <sup>8</sup> ); 605 podle seznamu výkonů.	755 Kč
00959	<u>Intraorální incize</u> 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	<u>Zevní incize</u> 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; PE <sup>8</sup> ); 605 podle seznamu výkonů.	605 Kč
00961	<u>Ošetření komplikací chirurgických výkonů v dutině ústní</u> Zavedení drénu či tamponády, přiložení plastického obvazu, výplachu rány	Lze vykázat 5/10 dnů. Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů.	60 Kč

	lokálním léčebným prostředkem, dále stavění pozdního postextrakčního krvácení, revize extrakční rány bez odklopení mukoperiostálního laloku, svalové rehabilitační cvičení a fyzikální terapie.		
00962	<u>Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch</u> 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	<u>Injekce i. m., i. v., i. d., s. c.</u> Zahrnuje injekční aplikaci léčiva, včetně ceny aplikace, není-li aplikovaná látka hrazena jiným způsobem.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů.	105 Kč
00964	<u>Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch specialistou chirurgem</u> 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	<u>Čas zubního lékaře strávený dopravou za imobilním pojištěncem</u>	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	<u>Stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatochirurgem</u> 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	1 005 Kč

		účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH.	
00970	<u>Sejmutí fixní náhrady – za každou pilířovou konstrukci</u> 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	<u>Provizorní ochranná korunka</u> Adaptace a fixace konfekční korunky k ochraně preparovaného, frangovaného nebo jinak destruovaného zubu, nebo individuální ochranná korunka zhotovená razidlovou metodou v ústech pacienta. Zahrnuje i opakované nasazení.	Lze vykázat 1/730 dní. Lokalizace – zub. Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů.	185 Kč
00973	<u>Úprava snímatelné náhrady v ordinaci</u> 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	<u>Odevzdání stomatologického výrobku</u> Poskytovatel vykazuje při odevzdání stomatologického výrobku (kód slouží pouze pro vykazování zvlášť účtovaných léčivých přípravků a stomatologických výrobků (dokladem 03s).	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014; 015; 605 podle seznamu výkonů.	0 Kč
00976	<u>Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce s poruchou autistického spektra či jinou psychiatrickou diagnózou</u> 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 lékařů <sup>8)</sup> .	503 Kč
00977	<u>Aplikace prefabrikované korunky na dočasný zub</u> Prefabrikovaná ocelová plášťová korunka na dočasný molár nebo prefabrikovaná plastová stripová korunka na dočasný řezák nebo dočasný špičák. Výkon zahrnuje tangenciální	Lze vykázat 1/1 zub. Lokalizace – zub. Lze vykázat u defektu na třech nebo více ploškách na zubu s dg. zubního kazu K02, u zubu po endodontickém ošetření s dg. K04, u zubu po provedené vitální pulpotomii s dg.	605 Kč

	preparaci, adaptaci a fixaci korunky včetně ceny použitého materiálu a prefabrikátu.	K02 nebo K04, u defektů souvisejících s dg.amelogenesis imperfecta K00.4 i K00.5 a dentinogenesis imperfecta K00.5, u zubů po ztrátě tvrdých zubních tkání v důsledku úrazu s dg.S02.5, u zubů s prokázanou ztrátou tvrdých zubních tkání v důsledku eroze nebo abraze s dg. K03.0, K03.1, K03.2. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE <sup>8)</sup> .	
00978	<u>Sedace nezletilého pojištěnce midazolamem při ambulantním stomatologickém ošetření</u> Perorální podání midazolamu pojištěnci od 3 let do dne dosažení 15 let a uložení pojištěnce po ošetření na lůžko v dospívací místnosti s monitorací pulzním oxymetrem. Podmínkou úhrady je zajištění monitorace pulzním oxymetrem a měření krevního tlaku v průběhu ošetření a v dospívací 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 školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE <sup>8)</sup> .	905 Kč
00979	<u>Sedace nezletilého pojištěnce oxidem dusným při ambulantním stomatologickém ošetření</u> 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 školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE <sup>8)</sup> .	505 Kč
00981	<u>Diagnostika ortodontických anomálií</u> Zahrnuje orientační stomatologické vyšetření, komplexní ortodontické vyšetření, založení zdravotnické dokumentace. Tímto kódem se zahajuje ortodontická léčba a vykazování kódů odbornosti 015 podle seznamu výkonů.	Lze vykázat 1/1 pojištěnce a poskytovatele. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	635 Kč



	Při převzetí již léčeného pojištěnce je nutné zahájit vlastní ortodontickou léčbu vstupním vyšetřením, založením vlastní dokumentace a vykázáním kódu 00981.		
00982	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk</u> Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem – na jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu včetně přípravy zubů.	Lze vykázat 1/1 čelist, v případě rozštěpových vad (Q 35 – Q38) max. 2/1 čelist. Lokalizace – čelist. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	1 370 Kč
00983	<u>Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Kontrola postupu léčby a úprav na fixním aparátu na jednom i obou zubních obloucích. 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	<u>Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Kontrola postupu léčby dle individuálního léčebného postupu a funkce snímacích aparátů včetně jejich úpravy. Pro sledování průběhu změn po ortodonticky indikovaných extrakcích bez aparátu. Vztahuje se na všechny kontroly snímacího aparátu v daném čtvrtletí.	Lze vykázat 1/1 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	<u>Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Po ukončení léčby ortodontických anomálií sejmutí fixního ortodontického aparátu na 1 zubní oblouk, zábrus zubů, včetně případné analýzy modelů (nezahrnuje případné zhotovení a analýzu telorentgenu a ortopantomogramu).	Lze vykázat 2/1 čelist, 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	<u>Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje</u> Kontrola pojištěnce před začátkem nebo po ukončení aktivní fáze ortodontické léčby snímacími nebo fixními aparáty podle individuálního léčebného postupu. Součástí může být i použití pevných, nebo snímacích dlah, 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	<u>Stanovení fáze růstu</u>	Lze vykázat 2/1 pojištěnce.	61 Kč

	Určení růstové fáze pojištěnce – skeletální věk, zhodnocením rentgenového snímku ruky nebo krčních obratlů.	Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	
00988	<u>Analýza telerentgenového snímku lbi</u> Vyhodnocení profilového, eventuálně zadopředního dálkového rentgenového snímku lbi pomocí speciálních měření.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	127 Kč
00989	<u>Analýza ortodontických modelů</u> Vyhodnocení ortodontických modelů zubních oblouků a přilehlých tkání, včetně případných dalších speciálních měření.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	335 Kč
00990	<u>Diagnostická přestavba ortodontického modelu</u> Přestavba zubů ortodontického modelu jedné čelisti z diagnostických důvodů nebo modelová operace čelistí k chirurgickým účelům.	Lze vykázat 1/1 čelist. Lokalizace – čelist. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	502 Kč
00991	<u>Nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku</u> Palatinální nebo linguální expanzní nebo kotevní drátěný oblouk nebo lip-bumper, továrně zhotovené, jejich adaptace a zasazení do zařízení na kroužcích.	Lze vykázat 1/1 čelist. Lokalizace – čelist. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	187 Kč
00992	<u>Nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky</u> Nasazení intra-extraorálního drátěného oblouku (uzdy), nebo bradové peloty a ortodontní čapky či krční pásky nebo obličejové masky typu Delaire, Hickham a podobně za účelem extraorálního kotvení, včetně poučení o způsobu použití a názorného předvedení.	Lze vykázat 1/1 pojištěnce. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	225 Kč
00993	<u>Navázání parciálního oblouku</u> Příprava a navázání částečného drátěného oblouku v rozsahu do 6 zubů do zámků nebo kanyl jako součásti fixního aparátu.	Lze vykázat 4/1 kalendářní pololetí (1x na kvadrant). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	320 Kč
00994	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk</u> Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk ve smíšeném chrupu pro protruzní vady s incizálním schůdkem 9 mm a více, zkřížený skus, diastema větší než 4 mm, zákus, retence nebo dystopie horního stálého řezáku. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu.	Lze vykázat 1/1 čelist do věku pacienta 10 let. Lokalizace – čelist. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	950 Kč

Vysvětlení zkratk:

PZL praktický zubní lékař

PA parodontolog

CH stomatochirurg

PE pedostomatolog

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

1. Z platby případovým paušálem, platby vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, z ambulantní složky úhrady jsou vyjmuty:

1.1 Léčivé přípravky obsahující tyto léčivé látky:

B02BB01  
B02BD01  
B02BD02  
B02BD03  
B02BD04  
B02BD05  
B02BD06  
B02BD07  
B02BD08  
B02BD09  
B02BD10  
B02BX06  
B05AA02

1.2 Tyto individuálně vyráběné léčivé přípravky:

Kryoprotein (0207926)

Plazma čerstvá, zmrazená pro klinické použití (0207921)

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

<b>Baze</b>	<b>IR-DRG<sup>4)</sup></b>	<b>Název skupiny</b>	<b>Relativní váha 2020</b>
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 INFEKČÍ BEZ CC	0,9086
1574	15742	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKČÍ S CC	0,9539
1574	15743	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKČÍ 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 INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU BEZ CC	1,6980
2433	24332	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU S CC	1,6980
2433	24333	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU S MCC	1,6980
2434	24341	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY BEZ CC	0,8683
2434	24342	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY S CC	0,9266
2434	24343	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY S MCC	0,9266
2435	24350	HIV BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV	1,2144



## 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

<b>MLADÁ BOLESLAV</b>	0,221	0,012	0,004	0,016	0,726	0,021	0,000
<b>MOST</b>	0,825	0,009	0,038	0,020	0,000	0,096	0,012
<b>NÁCHOD</b>	0,663	0,074	0,081	0,037	0,003	0,143	0,000
<b>NOVÝ JIČÍN</b>	0,355	0,019	0,198	0,018	0,000	0,068	0,342
<b>NYMBURK</b>	0,612	0,056	0,069	0,080	0,051	0,132	0,000
<b>OLOMOUC</b>	0,230	0,155	0,426	0,036	0,000	0,145	0,008
<b>OPAVA</b>	0,367	0,015	0,283	0,031	0,000	0,080	0,223
<b>OSTRAVA</b>	0,221	0,009	0,393	0,026	0,000	0,089	0,262
<b>PARDUBICE</b>	0,678	0,099	0,064	0,057	0,001	0,102	0,000
<b>PELHŘIMOV</b>	0,803	0,035	0,031	0,034	0,000	0,097	0,000
<b>PÍSEK</b>	0,695	0,088	0,043	0,049	0,000	0,125	0,000
<b>PLZEŇ-MĚSTO</b>	0,521	0,096	0,119	0,084	0,000	0,179	0,000
<b>PRAHA</b>	0,602	0,057	0,012	0,215	0,001	0,111	0,001
<b>PRAHA-VÝCHOD</b>	0,555	0,067	0,034	0,222	0,003	0,119	0,000
<b>PRAHA-ZÁPAD</b>	0,591	0,057	0,023	0,213	0,001	0,115	0,000
<b>PRACHATICE</b>	0,601	0,146	0,071	0,034	0,000	0,147	0,000
<b>PROSTĚJOV</b>	0,309	0,069	0,543	0,018	0,000	0,057	0,005
<b>PŘEROV</b>	0,587	0,098	0,079	0,037	0,000	0,153	0,045
<b>PŘÍBRAM</b>	0,736	0,061	0,039	0,048	0,000	0,116	0,000
<b>RAKOVNÍK</b>	0,577	0,041	0,218	0,044	0,000	0,120	0,000
<b>ROKYCANY</b>	0,529	0,134	0,146	0,067	0,000	0,125	0,000
<b>RYCHNOV NAD KNĚŽNOU</b>	0,568	0,090	0,019	0,035	0,155	0,132	0,000
<b>SEMILY</b>	0,752	0,043	0,016	0,047	0,059	0,083	0,000
<b>SOKOLOV</b>	0,617	0,065	0,170	0,044	0,000	0,104	0,000
<b>STRAKONICE</b>	0,669	0,115	0,037	0,049	0,000	0,129	0,000
<b>SVITAVY</b>	0,804	0,038	0,032	0,029	0,000	0,096	0,001
<b>ŠUMPERK</b>	0,489	0,034	0,358	0,026	0,000	0,090	0,003
<b>TÁBOR</b>	0,487	0,153	0,142	0,072	0,000	0,145	0,000
<b>TACHOV</b>	0,634	0,141	0,054	0,041	0,000	0,129	0,000
<b>TEPLICE</b>	0,717	0,083	0,062	0,044	0,000	0,093	0,001
<b>TRUTNOV</b>	0,450	0,047	0,118	0,053	0,145	0,188	0,000
<b>TŘEBÍČ</b>	0,723	0,058	0,114	0,019	0,000	0,086	0,001
<b>UHERSKÉ HRADIŠTĚ</b>	0,571	0,036	0,126	0,029	0,000	0,236	0,002
<b>ÚSTÍ NAD LABEM</b>	0,371	0,160	0,027	0,160	0,000	0,280	0,001
<b>ÚSTÍ NAD ORLICÍ</b>	0,538	0,083	0,110	0,042	0,002	0,225	0,000
<b>VSETÍN</b>	0,613	0,021	0,090	0,019	0,000	0,059	0,198
<b>VYŠKOV</b>	0,535	0,131	0,093	0,051	0,000	0,187	0,003
<b>ZLÍN</b>	0,764	0,019	0,140	0,035	0,000	0,037	0,004
<b>ZNOJMO</b>	0,550	0,052	0,128	0,018	0,000	0,251	0,001
<b>ŽDÁR NAD SÁZAVOU</b>	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
<b>Jihočeský kraj</b>	0,609	0,135	0,055	0,050	0,000	0,151	0,000
<b>Jihomoravský kraj</b>	0,555	0,075	0,102	0,043	0,000	0,205	0,020
<b>Plzeňský kraj + Karlovarský kraj</b>	0,600	0,091	0,104	0,065	0,000	0,140	0,000
<b>Královehradecký kraj + Pardubický kraj</b>	0,620	0,086	0,066	0,046	0,033	0,149	0,000
<b>Středočeský kraj + Praha</b>	0,571	0,055	0,070	0,155	0,039	0,109	0,001
<b>Kraj Vysočina</b>	0,722	0,041	0,099	0,028	0,000	0,110	0,000
<b>Liberecký kraj</b>	0,729	0,097	0,028	0,047	0,016	0,083	0,000
<b>Moravskoslezský kraj</b>	0,300	0,017	0,305	0,023	0,000	0,080	0,276
<b>Olomoucký kraj</b>	0,382	0,098	0,358	0,031	0,000	0,118	0,014
<b>Ústecký kraj</b>	0,671	0,073	0,068	0,057	0,000	0,128	0,003
<b>Zlínský kraj</b>	0,621	0,028	0,114	0,029	0,000	0,106	0,102

**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

<b>CZ-DRG báze</b>	<b>CZ-DRG skupina</b>	<b>Název skupiny</b>	<b>Úhradový tarif případu hospitalizace</b>
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

<b>CZ-DRG báze</b>	<b>CZ-DRG skupina</b>	<b>Název skupiny</b>	<b>Úhradový tarif případu hospitalizace</b>
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 resekcčního 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 resekcčního 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 resekcčního 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 resekcčního 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 mizních 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 mizních 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 mizních 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 mizních uzlin pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního	130 537 Kč
13-I07	13-I07-02	Odstranění mizních uzlin pro zhoubný novotvar hrdla děložního	107 907 Kč
13-I07	13-I07-03	Odstranění mizních 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