

N á v r h

VYHLÁŠKA

ze dneprosince 2009,

o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2010

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 17 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 117/2006 Sb., č. 245/2006 Sb. a č. 261/2007 Sb.:

§ 1

Tato vyhláška stanoví pro rok 2010 hodnoty bodu, výši úhrad zdravotní péče poskytované pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“) a pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska podle příslušných předpisů Evropských společenství¹⁾ a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení²⁾ (dále jen „pojištěnec z EU“), hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulační omezení objemu této zdravotní péče pro způsoby úhrady uvedené v § 2 až 15, poskytnuté

- a) ve smluvních zdravotnických zařízeních ústavní péče, včetně odborných léčebných ústavů, léčeben dlouhodobě nemocných, zdravotnických zařízení vykazujících ošetřovací den č. 00005 podle vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami³⁾ (dále jen „seznam výkonů“), a zdravotnických zařízení hospicového typu podle § 22a zákona,
- b) smluvními praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost,
- c) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících specializovanou ambulantní zdravotní péči, včetně ambulantních zdravotnických

¹⁾ Nařízení Rady (EHS) č. 1408/71 ze dne 14. června 1971, o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství a nařízení Rady (EHS) č. 574/72 ze dne 21. března 1972, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (EHS) č. 1408/71, o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství. Od 1.5.2010 nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, včetně jeho novely (nařízení ES č. 988/2009), a nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 987/2009 stanovující procedury pro implementaci nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení.

²⁾ Například Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávií o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 82/2000 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Chorvatskou republikou o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 135/2004 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 2/2007 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Republikou Makedonie o sociálním zabezpečení.

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

- zařízení poskytujících hemodialyzační zdravotní péči a ortoptickou zdravotní péči,
- d) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů,
 - e) smluvními zubními lékaři,
 - f) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen „vyjmenované odbornosti“),
 - g) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornostech 911, 914, 921 a 925 podle seznamu výkonů,
 - h) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů,
 - i) smluvními zdravotnickými zařízeními zdravotnické záchranné služby, smluvními zdravotnickými zařízeními poskytujícími dopravní zdravotní službu a lékařskou službu první pomoci,
 - j) smluvními zdravotnickými zařízeními lázeňské péče a ozdravovnamí,
 - k) v rámci neodkladné zdravotní péče v nesmluvních zdravotnických zařízeních.

§ 2

Pro zdravotní péči poskytovanou zdravotnickými zařízeními uvedenými v § 1 odst. 1 písm. b), d), e) a k), hrazenou podle seznamu výkonů, včetně zdravotní péče poskytované pojištěncům z EU, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,95 Kč, není-li dále stanoveno jinak.

§ 3

(1) Pro zdravotní péči poskytovanou zdravotnickými zařízeními ústavní péče, s výjimkou zdravotní péče poskytované v odborných léčebných ústavech, léčebných dlouhodobě nemocných, ve zdravotnických zařízeních vykazujících ošetřovací den č. 00005, podle seznamu výkonů, a ve zdravotnických zařízeních hospicového typu, se hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení stanoví v přílohách č. 1, 9 a 10 k této vyhlášce.

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

§ 4

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

§ 5

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

§ 6

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

§ 7

(1) Pro zdravotní péči poskytovanou zubními lékaři, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu stanoví v § 2.

(2) Zdravotní péče poskytovaná zubními lékaři nehrazená podle odstavce 1 se hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením. Výše úhrad takové zdravotní péče a příslušná regulační omezení se stanoví v příloze č. 11 k této vyhlášce, v souladu s předpisy o regulaci cen⁴⁾.

(3) Zdravotní pojišťovna je oprávněna zákona omezit výši úhrady zdravotnickým zařízením tak, aby celková výše nákladů zdravotní pojišťovny vynaložených na zdravotní péči poskytovanou zubními lékaři v roce 2010 nepřekročila celkovou výši těchto nákladů stanovenou ve zdravotně pojistném plánu zdravotní pojišťovny. Pokud by překročení celkové výše úhrady za zdravotní péči poskytovanou zubními lékaři, stanovené ve zdravotně pojistném plánu zdravotní pojišťovny na tuto zdravotní péči, bylo způsobeno poskytnutím většího objemu nutné a neodkladné zdravotní péče oproti roku 2008, zdravotní pojišťovna tento větší objem zohlední v úhradě.

§ 8

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

§ 9

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

§ 10

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

⁴⁾ § 10 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění zákona č. 261/2007 Sb.

Cenový předpis Ministerstva zdravotnictví č. /2009 částka Věst. MZ.

§ 11

Pro zdravotní péči poskytovanou v rámci zdravotnické záchranné služby, hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,06 Kč, s výjimkou výkonů 06713 a 79202 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč.

§ 12

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

§ 13

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

§ 14

(1) Pro komplexní lázeňskou péči poskytovanou zdravotnickými zařízeními lázeňské péče se stanoví úhrada ve výši 850 Kč za jeden den pobytu.

(2) Pro příspěvkovou lázeňskou péči poskytovanou zdravotnickými zařízeními lázeňské péče se stanoví úhrada ve výši 280 Kč za jeden den pobytu.

(3) Pro zdravotní péči poskytovanou v ozdravných se stanoví úhrada ve výši 540 Kč za jeden den pobytu.

(4) Úhrada stanovená v odstavci 1 až 3 může být na základě smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením navýšena.

§ 15

Postup podle § 2 až 14 se použije, pokud se zdravotní pojišťovna a zdravotnické zařízení nedohodnou jinak v souladu s § 17 odst. 6.

§ 16

Pro zdravotní péči poskytovanou v rámci neodkladné zdravotní péče v nesmluvních zdravotnických zařízeních, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu stanoví v § 2.

§ 17

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2010.

Ministryně:

Hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení podle § 3

A) Ústavní péče podle § 3 odst. 1

1. Úhrada zdravotnickému zařízení v roce 2010 zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady, paušální složku úhrady za hospitalizační péči, úhradu formou případového paušálu a ambulantní složku úhrady. Referenčním obdobím se rozumí rok 2008. Do referenčního období je zařazena veškerá zdravotní péče poskytnutá v roce 2008, zdravotnickým zařízením vykázaná do 31.3.2009 a zdravotní pojišťovnou uznaná do 31.5.2009.

2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady zahrnuje úhradu za zdravotní péči zařazenou podle Klasifikace hospitalizovaných pacientů⁵⁾ (dále jen „Klasifikace“) do skupin vztažených k diagnóze:

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

uvedených v příloze č. 9 (dále jen „vyjmenované skupiny“) a úhradu za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely (dále jen „léčivé přípravky“) hrazené v roce 2010 na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona. Výši a způsob úhrady této zdravotní péče zdravotní pojišťovna smluvně dohodne se zdravotnickým zařízením. Pokud se zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením dohodnou, individuálně smluvně sjednaná složka úhrady může zahrnovat i úhradu jiné zdravotní péče, než je uvedeno ve větě první; v takovém případě se tato úhrada, stejně jako úhrada za zdravotní péči zařazenou podle Klasifikace do vyjmenovaných skupin, nezapočítává do úhrady uvedené v bodě 3.

3. Paušální složka úhrady za hospitalizační péči ($PU_{\text{hosp}2010}$) se pro rok 2010 stanoví postupem uvedeným v bodech 3.1 až 3.5.

3.1 Paušální složka úhrady za hospitalizační péči ($PU_{\text{hosp}2010}$) se stanoví takto:

$$PU_{\text{hosp}2010} = [PU_{\text{hosp}2008} - (CM_{\text{alfa}2008} * IZS_{\text{alfa}2008})] * Kn$$

$$PU_{\text{hosp}2008} = V_{\text{hosp}} * ICB_{\text{ref}} + ZUM_{\text{hosp}} + ZULP_{\text{hosp}} + LP_{\text{hosp}} + KP_{\text{hosp}}$$

kde:

⁵⁾ Sdělení ČSÚ č./2009 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG).

V_{hosp} celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů, za referenční období, za výkony provedené během hospitalizací v referenčním období, po odečtení bodů za referenční období za výkony (včetně výkonů ve vyjmenovaných odbornostech a konziliárních vyšetření, podle seznamu výkonů) provedené během hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do vyjmenovaných skupin uvedených v bodě 2; počty bodů podle věty první se přepočtou podle seznamu výkonů platného k 1.1.2010

ICB_{ref} vypočtená individuální cena bodu zdravotnického zařízení, která se stanoví jako podíl $U_{\text{ref}}/B_{\text{ref}}$, kde:

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

B_{ref} celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů, přepočtených podle seznamu výkonů platného k 1.1.2010, za zdravotní péči poskytnutou v referenčním období

ZUM_{hosp} celková výše úhrady za zdravotnickým zařízením vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný zvlášť účtovaný materiál poskytnutý v referenčním období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v referenčním období, s výjimkou zvlášť účtovaného materiálu poskytnutého v referenčním období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do vyjmenovaných skupin uvedených v bodě 2

$ZULP_{\text{hosp}}$ celková výše úhrady za zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zvlášť účtované léčivé přípravky poskytnuté v referenčním období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v referenčním období, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků poskytnutých v referenčním období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do vyjmenovaných skupin uvedených v bodě 2

LP_{hosp} paušální částka, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 7 zákona, k ošetrovacím dnům vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným za referenční období, vztaheným k hospitalizacím v referenčním období, s výjimkou léčivých přípravků poskytnutých v referenčním období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do vyjmenovaných skupin uvedených v bodě 2

KP_{hosp} celková výše úhrady za ostatní zdravotní péči hrazenou v korunách (kromě ZUM_{hosp} , $ZULP_{\text{hosp}}$ a LP_{hosp}) vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou za referenční období, poskytnutou zdravotnickým zařízením v průběhu hospitalizací v referenčním období, s výjimkou zdravotní péče poskytnuté v referenčním období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do vyjmenovaných skupin uvedených v bodě 2

CM_{alfa2008} počet případů hospitalizací ukončených v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztahených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10

IZS_{alfa2008} individuální základní sazba, která se vypočte takto:

$$IZS_{\text{alfa2008}} = [(V_{\text{alfa}} * ICB_{\text{ref}}) + ZUM_{\text{alfa}} + ZULP_{\text{alfa}} + LP_{\text{alfa}} + KP_{\text{alfa}}] / CM_{\text{alfa2008}}$$

kde:

V_{alfa} celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů, za referenční období, za výkony provedené během hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 10; počty bodů podle věty první se přepočtou podle seznamu výkonů platného k 1.1.2010

ICB_{ref} vypočtená individuální cena bodu zdravotnického zařízení ~~stanovená v bodě 3.1~~

ZUM_{alfa} celková výše úhrady za zdravotnickým zařízením vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný zvlášť účtovaný materiál poskytnutý v referenčním období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 10

$ZULP_{\text{alfa}}$ celková výše úhrady za zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zvlášť účtované léčivé přípravky poskytnuté v referenčním období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 10

- LP_{alfa} paušální částka, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 7 zákona, k ošetrovacím dnům vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným za referenční období, vztaženým k hospitalizacím v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 10
- KP_{alfa} celková výše úhrady za ostatní zdravotní péči hrazenou v korunách (kromě ZUM_{alfa} , $ZULP_{\text{alfa}}$ a LP_{alfa}) vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou za referenční období, poskytnutou zdravotnickým zařízením v průběhu hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 10
- Kn koeficient nárůstu paušální úhrady, který se pro rok 2010 stanoví ve výši 1,052

- 3.2 V případě, že počet hospitalizací za rok 2010 zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, uvedených v příloze č. 10, je ve zdravotnickém zařízení nižší než 200, nepoužije se odečet od paušální úhrady (PU_{hosp2008}) podle bodu 3.1 (paušální složka úhrady za hospitalizační péči (PU_{hosp2010}) se vypočte jako $PU_{\text{hosp2008}} * Kn$) ani úhrada formou případového paušálu stanovená v bodě 4.
- 3.3 Paušální složka úhrady za hospitalizační péči (PU_{hosp2010}), náleží zdravotnickému zařízení, jestliže zdravotnické zařízení vykáže a zdravotní pojišťovna uzná počet hospitalizací ukončených v roce 2010, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, vynásobený Indexy, které jsou uvedeny v příloze č. 9, ve výši alespoň 100 % zdravotnickým zařízením vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného počtu hospitalizací, ukončených v roce 2008, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, vynásobeného Indexy, které jsou uvedeny v příloze č. 9 a zároveň, pokud zdravotnické zařízení vykáže a zdravotní pojišťovna uzná počet hospitalizací ukončených v roce 2010, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 9, ve výši alespoň 95 % zdravotnickým zařízením vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného počtu hospitalizací, ukončených v roce 2008, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, uvedených v příloze č. 9. Do hodnoceného ani referenčního období se nezapočítávají hospitalizace, které jsou podle Klasifikace zařazeny do vyjmenovaných skupin a skupin uvedených v příloze č. 10.
- 3.4 Pokud zdravotnickým zařízením vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný počet hospitalizací, ukončených v roce 2010, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, vynásobený Indexy, které jsou uvedeny v příloze č. 9, bude menší než 100 % zdravotnickým zařízením vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného počtu hospitalizací, ukončených v roce 2008, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, vynásobeného Indexy, které jsou uvedeny v příloze č. 9, nebo pokud zdravotnickým zařízením vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný počet hospitalizací ukončených v roce 2010, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 9, bude menší než 95 % zdravotnickým zařízením vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného počtu hospitalizací, ukončených

v roce 2008, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 9, paušální složka úhrady za hospitalizační péči ($PU_{\text{hosp}2010}$) se pro rok 2010 sníží o takový počet procentních bodů, odpovídající vyšší z obou hodnot, o které nebylo dosaženo 95 %, popřípadě 100 %, příslušné hodnoty podle bodu 3.3. Do hodnoceného ani referenčního období se nezapočítávají hospitalizace, které jsou podle Klasifikace zařazeny do vyjmenovaných skupin a skupin uvedených v příloze č. 10.

3.5 Zdravotní pojišťovna v roce 2010 poskytne smluvním zdravotnickým zařízením, při splnění podmínek uvedených v bodech 3.3 a 3.4, v souhrnu úhradu za poskytnutou zdravotní péči zahrnutou podle bodu 3.1. do ($PU_{\text{hosp}2010}$) a zdravotní péči zařazenou podle Klasifikace do vyjmenovaných skupin uvedených v bodě 2 alespoň ve výši odpovídající 107 % úhrady takové péče v roce 2008.

4. Úhrada formou případového paušálu ($PU_{\text{drg}2010}$) zahrnuje úhradu za zdravotní péči zařazenou podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 a stanoví se takto:

$$PU_{\text{drg}2010} = CM_{\text{red}} * ZS_{\text{alfa}2010}$$

kde:

CM_{red} redukováná výše $CM_{\text{alfa}2010}$, která se stanoví ve výši $CM_{\text{alfa}2010}$ s následujícími výjimkami:

a) pokud poměr $CM_{\text{alfa}2010} / CM_{\text{alfa}2008}$ je větší než 1,15, potom

$$CM_{\text{red}} = CM_{\text{alfa}2008} * 1,15$$

b) pokud poměr $CM_{\text{alfa}2010} / CM_{\text{alfa}2008}$ leží v intervalu od 1,05 do 1,15 a zároveň platí, že PP_{alfa} je menší než 0,98, potom

$$CM_{\text{red}} = CM_{\text{alfa}2008} * (PP_{\text{alfa}} + 0,02)$$

kde:

PP_{alfa} poměr počtu zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v roce 2010, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č.10, a zdravotnickým zařízením vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného počtu hospitalizací, ukončených v roce 2008, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č.10.

$ZS_{\text{alfa}2010}$ základní sazba pro úhradu formou případového paušálu, která se pro rok 2010 vypočte takto:

$$ZS_{\text{alfa}2010} = [IZS_{\text{alfa}2008} * (1 - Kp) + (ZS_{\text{ref}} * Kp * Kq)] * Kn_{\text{alfa}}$$

kde:

K_p přibližovací koeficient, který se pro rok 2010 stanoví ve výši 0,2

ZS_{ref} referenční (celostátní) základní sazba, která se stanoví ve výši 24 615 Kč

Kn_{alfa} koeficient navýšení základní sazby $ZS_{alfa2010}$ stanovený pro rok 2010 na 1,052

K_q koeficient kvality, který se pro rok 2010 stanoví ve výši 1,03; koeficient může zdravotní pojišťovna uplatnit tehdy, prokáže-li zdravotnické zařízení certifikát kvality vydaný Spojenou akreditační komisí České republiky nebo komisí JCI (Joint Commission International)

5. Ambulantní složka úhrady zahrnuje úhradu specializované ambulantní zdravotní péče, zdravotní péče v odbornostech 603 a 604, podle seznamu výkonů, zdravotní péče poskytované praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost, zdravotní péče poskytované zubními lékaři, zdravotní péče ve vyjmenovaných odbornostech, zdravotní dopravy, lékařské služby první pomoci a zdravotní péče poskytované v odbornostech 902, 911, 914, 921 a 925 (dále jen „ambulantní péče“) s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření.
 - 5.1 Pro specializovanou ambulantní zdravotní péči, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 3 k této vyhlášce, s výjimkou výkonů 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633, podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,71 Kč a výkonů 75347 a 75348, podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu 0,96 Kč. Pro stanovení výše úhrady této zdravotní péče se nepoužije vypočtený objem pro jednotlivé odbornosti a snížená hodnota bodu pro zdravotní péči poskytnutou nad tento objem, které jsou uvedeny v příloze č. 3 A) bodu 1 písm. f).
 - 5.2 Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornostech 603 a 604, podle seznamu výkonů, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 4 k této vyhlášce.
 - 5.3 Pro zdravotní péči poskytovanou všeobecnými praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost, hrazenou kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce.
 - 5.4 Zdravotní péče poskytovaná zubními lékaři se hradí podle § 7 této vyhlášky.
 - 5.5 Pro zdravotní péči poskytovanou ve vyjmenovaných odbornostech, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 5 k této vyhlášce.
 - 5.6 Pro výkony zdravotní dopravy, hrazené podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 8 k této vyhlášce.
 - 5.7 Zdravotní péče poskytovaná v rámci lékařské služby první pomoci se hradí podle § 13 této vyhlášky.

- 5.8 Pro nasmlouvaný výkon 09563, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,91 Kč.
- 5.9 Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornosti 902, podle seznamu výkonů, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 7 k této vyhlášce.
- 5.10 Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornostech 911, 914, 921 a 925, podle seznamu výkonů, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 6 k této vyhlášce.
- 5.11 Úhrada za zdravotní péči uvedenou v bodech 5.1 až 5.10, poskytnutou v roce 2010, vykázanou zdravotnickým zařízením do 31.3.2011 a zdravotní pojišťovnou uznanou do 31.5.2011 bude rovna součtu úhrad vypočtených podle bodů 5.1 až 5.10 v případě, že tento součet nebude nižší než 105 % hodnoty ($U_{amb2008}$) a zároveň nebude vyšší než 109 % hodnoty ($U_{amb2008}$). Hodnota ($U_{amb2008}$) se vypočte takto:

$$U_{amb2008} = V_{amb} * ICB_{ref} + ZUM_{amb} + ZULP_{amb} + KP_{amb}$$

kde:

V_{amb} celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů, za referenční období, za výkony provedené v rámci ambulantní péče; počty bodů podle věty první se přepočtou podle seznamu výkonů platného k 1.1.2010

ICB_{ref} vypočtená individuální cena bodu zdravotnického zařízení, která se stanoví v bodě 3.1.

ZUM_{amb} celková výše úhrady za zdravotnickým zařízením vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný zvlášť účtovaný materiál poskytnutý v referenčním období v rámci ambulantní péče

$ZULP_{amb}$ celková výše úhrady za zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zvlášť účtované léčivé přípravky poskytnuté v referenčním období v rámci ambulantní péče

KP_{amb} celková výše úhrady za ostatní zdravotní péči hrazenou v korunách (kromě ZUM_{amb} a $ZULP_{amb}$) vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou za referenční období v rámci ambulantní péče

Do úhrady za zdravotní péči uvedenou v bodech 5.1 až 5.10 se nezahrnuje zdravotní péče, která byla v referenčním období hrazena v rámci individuálně smluvně sjednané složky úhrady.

- 5.12 Pokud součet úhrad vypočtených podle bodů 5.1 až 5.10 bude nižší než 105 % hodnoty ($U_{amb2008}$), stanoví se výsledná úhrada ($UV_{amb2010}$) jako:

$$UV_{amb2010} = U_{amb2008} * 1,05$$

5.13 Pokud součet úhrad vypočtených podle bodů 5.1 až 5.10 bude vyšší než 109 % hodnoty ($U_{amb2008}$), stanoví se výsledná úhrada ($UV_{amb2010}$) jako:

$$UV_{amb2010} = U_{amb2008} * 1,09$$

5.14 Pokud zdravotnickým zařízením vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný počet bodů za výkony ambulantní péče za rok 2010 bude nižší než 100 % počtu bodů zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných za výkony poskytnuté v rámci ambulantní péče za referenční období, a dále v případě, že výsledná úhrada za ambulantní péči bude stanovena podle bodů 5.11 až 5.13, výsledná úhrada ($UV_{amb2010}$) se pro rok 2010 sníží o stejný počet procentních bodů, o který nebylo dosaženo 100 % hodnoty ($U_{amb2008}$) stanovené v bodě 5.11

6. Pokud dojde ve zdravotnickém zařízení ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je ve smlouvě, včetně vyčíslení navýšení (krácení) úhrad.
7. Zdravotní pojišťovna zohlední změnu objemu vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané mimořádně nákladné zdravotní péče poskytnuté v roce 2010 oproti roku 2008. Mimořádně nákladnou zdravotní péčí se pro účely této vyhlášky rozumí zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením pojištěnci, jejíž objem přesáhne částku 1 000 000 Kč. Do objemu zdravotní péče se započítávají zvláště účtované léčivé přípravky, zvláště účtovaný materiál, paušální částka, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 7 zákona a bodová hodnota zdravotních výkonů, podle seznamu výkonů, s hodnotou bodu ve výši 0,91 Kč. Pokud mimořádně nákladná péče zahrnuje i individuálně smluvně sjednané léčivé přípravky, hrazené v roce 2010 na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona, podle bodu 2 nebo zdravotní péči hrazenou formou případového paušálu podle bodu 4, zdravotní pojišťovna zohlední rozdíl mezi vypočteným objemem této zdravotní péče a poskytnutou úhradou této zdravotní péče. Do mimořádně nákladné péče se nezapočítává zdravotní péče podle bodu 2, zařazená podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze 08021, 08022, 08023, 08041, 08042, 08043, 08181, 08182, 08183, 05011, 05012, 05013, 05070, 05161, 05162, 05163, 05111, 05112, 05113, 02041, 02042, 02043, 01051, 01052, 01053, 05191, 05192, 05193, 06061, 06062, 06063, 07041, 07042, 07043, 08191, 08192, 08193, 13091, 13092, 13093, uvedených v příloze č. 9.
8. Do paušální složky úhrady za hospitalizační péči podle bodu 3 se nezahrnuje zdravotní péče poskytnutá pojištěncům z EU.
9. Pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,91 Kč.

B) Ústavní péče podle § 3 odst. 2

1. Paušální sazba za jeden den hospitalizace

- a) Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetrovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného ošetrovacího dne, včetně režie přiřazené k ošetrovacímu dni a kategorie pacienta, podle seznamu výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 7 zákona, a zdravotní výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření podle seznamu výkonů.
- b) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace, s výjimkou psychiatrických odborných léčebných ústavů vykazujících ošetrovací dny 00021 a 00026 podle seznamu výkonů, se stanoví ve výši 107 % paušální sazby za ošetrovací den náležející zdravotnickému zařízení v roce 2008.
- c) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v psychiatrických odborných léčebných ústavech vykazujících ošetrovací dny 00021 a 00026 podle seznamu výkonů se stanoví ve výši 113 % paušální sazby za ošetrovací den náležející zdravotnickému zařízení v roce 2008.
- d) Pokud dojde ve zdravotnickém zařízení ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s rokem 2008 a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je ve smlouvě, včetně vyčíslení navýšení (krácení) úhrad.

2. Úhrada ambulantní péče, zvláštní ambulantní péče a zvláštní ústavní péče

- a) Pro ambulantní zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 0,95 Kč.
- b) Pro zvláštní ambulantní péči poskytovanou podle § 22 písm. c) zákona, hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč do 105 % objemu vypočteného takto:

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

kde:

PBro celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů, přepočtených podle seznamu výkonů platného k 1.1.2010, za referenční období. Referenčním obdobím se rozumí rok 2008.

POPho počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v hodnoceném období. Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2010. Unikátním pojištěncem se rozumí jeden pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny ošetřený zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jedenkrát, přičemž není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastní péče nebo péče vyžádané. Pokud byl tento pojištěnec zdravotnickým zařízením v dané odbornosti ošetřen v příslušném pololetí vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců

příslušné zdravotní pojišťovny, ošetřených v dané odbornosti, pouze jedenkrát.

POPro počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v referenčním období; v případě sloučení zdravotních pojišťoven se počtem unikátních ošetřených pojištěnců rozumí součet unikátních ošetřených pojištěnců za zdravotní pojišťovny, které se sloučily (pokud byl pojištěnec v referenčním období pojištěncem více než jedné zdravotní pojišťovny, do počtu unikátních ošetřených pojištěnců se započítává pouze jednou).

Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením nad 105 % vypočteného objemu se hradí s hodnotou bodu ve výši 0,30 Kč.

- c) Pro zvláštní ústavní péči poskytovanou ve zdravotnických zařízeních hospicového typu podle § 22a zákona, hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.

C) Regulační omezení

1. Pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením pojištěncům zdravotní pojišťovny, u které jsou pojištěni (dále jen „příslušná zdravotní pojišťovna“) v roce 2010, s výjimkou zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, převyší 105 % úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v roce 2008, s výjimkou zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, může zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení snížit úhradu o částku odpovídající nejvýše 40 % tohoto překročení. Do celkové úhrady se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.
2. V případě, že zdravotnické zařízení poskytlo v 1. pololetí nebo ve 2. pololetí 2010 zdravotní péči 100 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci uvedenou v bodu 1.

D) Navýšení úhrady

Zdravotnickému zařízení, které přesahuje požadavky na personální, věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení stanovené seznamem výkonů a vyhláškou o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení⁶⁾, zdravotní pojišťovna poskytne navýšení úhrady v souvislosti se zvýšením kvality ošetrovatelské péče (NÚ₂₀₁₀). Výše poskytnutého navýšení se vypočte takto:

$$NÚ_{2010} = PPS_{2010} * 30\,000 \text{ Kč} * K_{pp}$$

kde:

⁶⁾ Vyhláška č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.

PPS přepočtený počet všeobecných sester a porodních asistentek, který se vypočte jako součet úvazků všech všeobecných sester a porodních asistentek v daném zdravotnickém zařízení

K_{pp} koeficient podílu počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v kraji na celkovém počtu pojištěnců v tomto kraji; koeficienty podílu počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven na celkovém počtu pojištěnců podle krajů České republiky jsou uvedeny v tabulce č. 1

Tabulka č. 1:

kraj	Všeobecná zdravotní pojišťovna	Vojenská zdravotní pojišťovna	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	Oborová zdravotní pojišťovna	Zdravotní pojišťovna Škoda
Praha hl. m.	0,6242	0,0475	0,0035	0,2258	0,0006
Středočeský	0,5816	0,0415	0,0146	0,0841	0,0777
Jihočeský	0,6456	0,1307	0,0436	0,0446	0,0001
Plzeňský	0,6225	0,0720	0,0459	0,0673	0,0001
Karlovarský	0,7108	0,0684	0,0799	0,0407	0,0001
Ústecký	0,7038	0,0612	0,0338	0,0521	0,0003
Liberecký	0,7615	0,0876	0,0250	0,0363	0,0115
Královehradecký	0,6228	0,0870	0,0508	0,0397	0,0560
Pardubický	0,7281	0,0620	0,0559	0,0365	0,0004
Vysočina	0,7547	0,0331	0,0410	0,0244	0,0001
Jihomoravský	0,6078	0,0562	0,0443	0,0434	0,0001
Olomoucký	0,4498	0,0899	0,0849	0,0293	0,0001
Zlínský	0,6627	0,0204	0,0951	0,0269	0,0000
Moravskoslezský	0,37	0,02	0,27	0,02	0,00
	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra	Revírní bratrská pokladna	Zdravotní pojišťovna Metal- Aliance	Zdravotní pojišťovna Média	
Praha hl. m.	0,0926	0,0005	0,0023	0,0030	
Středočeský	0,0911	0,0002	0,1053	0,0041	
Jihočeský	0,1319	0,0001	0,0003	0,0030	
Plzeňský	0,1311	0,0001	0,0567	0,0045	
Karlovarský	0,0938	0,0002	0,0009	0,0053	
Ústecký	0,1126	0,0070	0,0199	0,0094	
Liberecký	0,0698	0,0001	0,0004	0,0077	
Královehradecký	0,1371	0,0001	0,0014	0,0051	
Pardubický	0,1112	0,0002	0,0012	0,0045	
Vysočina	0,0973	0,0003	0,0433	0,0057	
Jihomoravský	0,1815	0,0217	0,0403	0,0047	
Olomoucký	0,1014	0,0114	0,2301	0,0031	

Zlínský	0,0872	0,1031	0,0017	0,0029
Moravskoslezský	0,06	0,25	0,00	0,00

Příloha č. 2 k vyhlášce č..../2009 Sb.

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

A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba

1. Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte vynásobením počtu zdravotnickým zařízením registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 7, násobených indexem podle bodu 7. Výše základní sazby, popřípadě celková výše úhrady, může být navýšena při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením. Základní sazba podle věty první se stanoví ve výši
 - a) 50 Kč pro praktické lékaře a praktické lékaře pro děti a dorost, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu,
 - b) 49 Kč pro praktické lékaře, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin. Pokud to místní podmínky vyžadují, mohou se zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením dohodnout na prodloužení ordinačních hodin odlišně.
 - c) 47 Kč pro ostatní praktické lékaře,
 - d) 49 Kč pro ostatní praktické lékaře pro děti a dorost.
2. Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 001, podle seznamu výkonů:

č. výkonu	Název
01023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
04508	LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ GINGIVY/SLIZNICE
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE

09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY OD 1 CM ² DO 10 CM ²
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
44239	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ BÉRCOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BÉREC)
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

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

č. výkonu	Název
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
02023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ DO 6 LET
02024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ DO 6 LET
02033	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ NAD 6 LET
02034	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ NAD 6 LET
04508	LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ GINGIVY/SLIZNICE
06111	KOMPLEX - VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA SESTROU VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ
06119	KOMPLEX - ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU
06121	KOMPLEX - LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ
06123	KOMPLEX - EDUKACE, REEDUKACE, OŠETŘOVATELSKÁ REHABILITACE
06125	KOMPLEX - KLYSMA, VÝPLACHY, CÉVKOVÁNÍ, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATETRŮ
06127	KOMPLEX - APLIKACE INHALAČNÍ A LÉČEBNÉ TERAPIE P. O., S. C., I. M., I. V., UV, EVENT.DALŠÍ APLIKACE
06129	NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U Dospělého Či DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09221	INFÚZE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09235	ODSTRANĚNÍ MALÝCH LÉZÍ KŮŽE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY OD 1 CM ² DO 10 CM ²
09253	UVOLNĚNÍ PREPUCIA, VČETNĚ NEOPERAČNÍ REPOZICE PARAFIMOZY
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

4. Pro zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby, zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny a za pojištěnce z EU, zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč.
5. Pro výkony 01021, 01022, 02021, 02022, 02031, 02032, 02110, 02120, 02125, 02130, 02131, 02132, 02133, 02134, 02135, 02136, 02137, 02138, 02139, 02140, 02141, 02142, 02143, 02144, 02145, 02146, 02147, 02148, 02149 a 02150, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč.
6. Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,91 Kč.
7. Index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let.

Věkové skupiny a indexy:

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

B) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

1. Výše kapitační platby s dorovnáním kapitace se stanoví podle písmene A) bodu 1. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy praktický lékař nebo praktický lékař pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet přepočtených pojištěnců registrovaných u příslušné zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců (celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky) a poskytování

takové zdravotní péče je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona.

2. Dorovnání kapítace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet přepočtených pojištěnců registrovaných u příslušné zdravotní pojišťovny. Na dorovnání se podílí zdravotní pojišťovna, se kterou má zdravotnické zařízení uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče podílem, který odpovídá procentu jejích pojištěnců z přepočtených pojištěnců registrovaných tímto zdravotnickým zařízením.
3. Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se písm. A) body 4 až 6 použijí obdobně.

C) Zdravotní péče hrazená podle seznamu výkonů

Pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč; pro výkony dopravy v návštěvní službě se stanoví hodnota bodu ve výši 0,91 Kč.

D) Regulační omezení

1. Regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech (do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu prováděné zdravotnickým zařízením, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu):
 - 1.1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce převýší o více než 20 % celostátní průměrnou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona a které zdravotní pojišťovna uhradila.
 - 1.2. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce převýší o více než 20 % celostátní průměrnou úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
2. Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1, popřípadě 1.2.
3. Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se dále nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení v roce 2009 nebo 2010 registrovalo 50 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny nebo poskytlo zdravotní péči 50 a méně neregistrovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny nebo jedná-li se o zdravotní péči poskytnutou pojištěncům z EU.
4. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost v roce 2010 nepřevýší předpokládanou výši

úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2010 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

5. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2010 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2010 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
6. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za kapitační platbu a zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2010.

Příloha č. 3 k vyhlášce č..../2009 Sb.

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 5

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s hodnotou bodu ve výši
 - a) 1,08 Kč pro zdravotnická zařízení vykazující výkony odbornosti 910 – psychoterapie, podle seznamu výkonů, společně s ošetřovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů a pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 901 – klinická psychologie, podle seznamu výkonů,
 - b) 1,05 Kč pro zdravotnická zařízení poskytující hemodialyzační péči,
 - c) 1 Kč pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 927 – ortoptista, podle seznamu výkonů, pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 903 – klinická logopedie s výjimkou výkonů 72211, 72213, 72215 a 72019, podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,65 Kč,
 - d) 0,71 Kč pro výkony 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633, podle seznamu výkonů, smluvní odbornosti 403 – radiační onkologie, podle seznamu výkonů,
 - e) 0,96 Kč pro výkony 75347 a 75348, podle seznamu výkonů, smluvní odbornosti 705 – oftalmologie,
 - f) 1 Kč pro ostatní zdravotnická zařízení, do objemu vypočteného pro jednotlivé odbornosti, podle seznamu výkonů, takto:

$$P_{Bro} \times \frac{PO_{Pho}}{PO_{Pro}}$$

kde:

PBro	celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období. Referenčním obdobím se rozumí příslušné pololetí 2008.
POPho	počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v hodnoceném období. Hodnoceným obdobím se rozumí příslušné pololetí 2010.
POPro	počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v referenčním období; v případě sloučení zdravotních pojišťoven se počtem unikátních ošetřených pojištěnců rozumí součet unikátních ošetřených pojištěnců za zdravotní pojišťovny, které se sloučily (pokud byl pojištěnec v referenčním období pojištěncem více než jedné zdravotní pojišťovny, do počtu unikátních ošetřených pojištěnců se započítává pouze jednou).

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

2. U zdravotnického zařízení, které v referenčním období neexistovalo, popřípadě které neposkytovalo péči v dané odbornosti, může zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu objemu použít průměrné počty bodů na jednoho unikátního pojištěnce, ošetřeného v dané odbornosti za referenční období, srovnatelných zdravotnických zařízení.
3. U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče v některé odbornosti (tj. změně spektra nasmlouvaných výkonů) k nárůstu průměrného počtu bodů, na jednoho unikátního pojištěnce, se objem počtu bodů, podle bodu 1 písm. d) navýší o počet bodů, který odpovídá zdravotnickým zařízením vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným nově nasmlouvaným zdravotním výkonům.
4. Snížená hodnota bodu v dané odbornosti podle bodu 1 f) se nepoužije:
 - a) v případě zdravotnického zařízení, které v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřilo 100 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost. Poměrné kapacitní číslo vyjadřuje hodnotově velikost nasmlouvaného rozsahu zdravotní péče pro danou odbornost poskytované jedním nositelem³⁾ výkonu se zdravotní pojišťovnou,
 - b) v případě zdravotní péče poskytované pojištěncům z EU.

V případech uvedených v písm. a) a b) se všechny výkony hradí s hodnotou bodu 1 Kč.

B) Regulační omezení

pro zdravotnická zařízení vykazující výkony odbornosti 910 – psychoterapie, podle seznamu výkonů, společně s ošetřovacím dnem denního stacionáře podle

seznamu výkonů a pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 901 – klinická psychologie, podle seznamu výkonů

1. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky (s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona) a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než referenční hodnota průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období za zvlášť účtované léčivé přípravky (s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona) a zvlášť účtovaný materiál, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2010, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál, a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Hodnota průměrné úhrady podle věty první se stanoví jako 100 % průměrné úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky (s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona) a zvlášť účtovaný materiál na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v roce 2009, maximálně však do výše 108 % průměrné úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky (s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona) a zvlášť účtovaný materiál na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v referenčním období.
2. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než referenční hodnota průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2010, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona. Hodnota průměrné úhrady podle věty první se stanoví jako 100 % průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v roce 2009, maximálně však do výše 108 % průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v referenčním období.
3. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2010, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za vyžádanou péči (nad 100 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Hodnota průměrné úhrady podle věty první se stanoví jako 100 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve

vyjmenovaných odbornostech na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v roce 2009, maximálně však do výše 108 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v referenčním období.

4. Regulační omezení podle bodu 1 až 3 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1, podle bodu 2, popřípadě podle bodu 3.
5. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v hodnoceném období nepřevyší u příslušné zdravotní pojišťovny 100 % úhrad na tento druh zdravotní péče v roce 2009.
6. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2010 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
7. U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče (změna počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech), zdravotní pojišťovna, po dohodě se zdravotnickým zařízením, hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.
8. U zdravotnického zařízení, které v referenčním období nebo v jeho části neexistovalo, nebo nemělo uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, může zdravotní pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1 až 3 referenční hodnoty srovnatelných zdravotnických zařízení.
9. Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1 až 3. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost.
10. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2010 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2010 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
11. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1 až 3 maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.

12. Pokud zdravotnické zařízení předepíše zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do regulačních omezení.
13. Zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení poskytnout měsíční předběžnou úhradu ve výši jedné šestiny objemu úhrady za odpovídající referenční období nebo ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané a uznané zdravotní péče za příslušný měsíc. Zvolenou formu předběžných úhrad zdravotní pojišťovna zachová po celé hodnocené období, pokud zdravotnické zařízení, během hodnoceného období, nepožádá o snížení výše předběžných úhrad. Předběžné úhrady za hodnocené období budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 120 dnů po ukončení hodnoceného období.

C) Regulační omezení

pro zdravotnická zařízení poskytující hemodialyzační péči

1. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky (s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona) a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky (s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona) a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2010, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál (nad 100 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny.
2. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2010, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (nad 100 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.
3. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2010, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za vyžádanou péči (nad 100 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do vyžádané péče se nezahrnují

zdravotní výkony mamografického screeningu a screeningu karcinomu děložního hrdla prováděné zdravotnickým zařízením, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu.

4. Regulační omezení podle bodu 1 až 3 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péčí, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1, podle bodu 2, popřípadě podle bodu 3.
5. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvláště účtované léčivé přípravky a zvláště účtovaný materiál v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v roce 2010 nepřevyší u příslušné zdravotní pojišťovny 100 % úhrad na tento druh zdravotní péče v roce 2008.
6. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v roce 2010 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2010 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
7. U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče (změna počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech), zdravotní pojišťovna, po dohodě se zdravotnickým zařízením, hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.
8. U zdravotnického zařízení, které v referenčním období nebo v jeho části neexistovalo, nebo nemělo uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, může zdravotní pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1 až 3 referenční hodnoty srovnatelných zdravotnických zařízení.
9. Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1 až 3. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost.
10. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2010 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2010 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
11. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1 až 3 maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvláště účtovaný materiál a zvláště účtované léčivé přípravky za rok 2010.

12. Pokud zdravotnické zařízení předepíše zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do regulačních omezení.
13. Zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení poskytnout měsíční předběžnou úhradu ve výši jedné šestiny objemu úhrady za odpovídající referenční období nebo ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané a uznané zdravotní péče za příslušný měsíc. Zvolenou formu předběžných úhrad zdravotní pojišťovna zachová po celé hodnocené období, pokud zdravotnické zařízení, během hodnoceného období, nepožádá o snížení výše předběžných úhrad. Předběžné úhrady za hodnocené období budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení.

D) Regulační omezení

pro **ostatní zdravotnická zařízení**

1. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky (s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona) a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky (s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona) a zvlášť účtovaný materiál v **referenčním období**, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2010, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál (nad 110 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny.
2. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2010, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (nad 105 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.
3. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2010, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za vyžádanou péči (nad 110 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního

hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné zdravotnickým zařízením, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky, podle věty první, se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů platného k 1.1.2010 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

4. Regulační omezení podle bodu 1 až 3 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1, podle bodu 2, popřípadě podle bodu 3.
5. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvláště účtované léčivé přípravky a zvláště účtovaný materiál v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v roce 2010 nepřevyší u příslušné zdravotní pojišťovny 106 % úhrad na tento druh zdravotní péče v roce 2008.
6. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v roce 2010 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2010 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
7. U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče (změna počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech), zdravotní pojišťovna, po dohodě se zdravotnickým zařízením, hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.
8. U zdravotnického zařízení, které v referenčním období nebo v jeho části neexistovalo, nebo nemělo uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, může zdravotní pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1 až 3 referenční hodnoty srovnatelných zdravotnických zařízení.
9. Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1 až 3. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost.
10. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2010 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2010 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
11. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1 až 3 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za zdravotní výkony snížené o objem

úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2010.

12. Pokud zdravotnické zařízení předepíše zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do regulačních omezení.
13. Zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení poskytnout měsíční předběžnou úhradu ve výši **jedné šestiny 100 % objemu úhrady za odpovídající referenční období** nebo ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané, popřípadě zdravotní pojišťovnou uznané zdravotní péče za příslušný měsíc. Zvolenou formu předběžných úhrad zdravotní pojišťovna zachová po celé hodnocené období, pokud zdravotnické zařízení, během hodnoceného období, nepožádá o snížení výše předběžných úhrad. Předběžné úhrady za hodnocené období budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 120 dnů po ukončení hodnoceného období.

Příloha č. 4 k vyhlášce č..../2009 Sb.

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 6

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s hodnotou bodu ve výši 1,06 Kč.
2. Celková výše úhrady zdravotnickému zařízení
 - a) poskytujícímu zdravotní péči v odbornosti 603 nebo 604 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

POPzpo x PUROo x Inu

kde:

POPzpo počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v hodnoceném období. Hodnoceným obdobím je rok 2010.

PUROo průměrná úhrada za zdravotní výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v referenčním období. Referenčním obdobím je rok 2008.

Inu index nárůstu úhrad, který činí nejméně **1,06**

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

POPzpo x PUROo x Inu

kde:

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

PUROo se vypočte takto:

$$\text{PUROo} = \text{PPBROo} \times \text{RDHB} + \text{PUZUMROo} + \text{PUZULPROo}$$

kde:

PPBROo průměrný počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v referenčním období, přepočtených podle seznamu výkonů platného k 1.1.2010

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

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

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

Inu index nárůstu úhrad, který činí nejméně **1,06**

3. Celková výše úhrady podle bodu 2 může být navýšena při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením.

4. U zdravotnického zařízení, které v referenčním období neexistovalo, popřípadě které neposkytovalo péči v dané odbornosti, je zdravotní pojišťovna oprávněna pro účely výpočtu celkové výše úhrady použít průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných zdravotnických zařízení.
5. U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče v některé odbornosti (tj. změně spektra nasmlouvaných výkonů) k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady zdravotnickému zařízení podle bodu 2 navýší o hodnotu zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných zdravotních výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu 1,- Kč.
6. Zdravotní pojišťovna dále zohlední případy, kdy zdravotnické zařízení prokáže, že zvýšené průměrné náklady na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti byly způsobeny změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.
7. Zdravotní pojišťovna při vyúčtování zohlední případy, kdy k nárůstu nákladů dojde v souvislosti s nárůstem těhotných pojištěnek.

B) Regulační omezení

1. Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech.
 - 1.1 Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna je oprávněna zdravotnickému zařízení, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplátky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona. Průměrná úhrada podle věty první se stanoví jako 100 % průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v roce 2009, maximálně však do výše 108 % průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v referenčním období.
 - 1.2 Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, zdravotní pojišťovna je oprávněna zdravotnickému zařízení, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za

vyžádanou péči, a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Průměrná úhrada podle věty první se stanoví jako 100 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v roce 2009, maximálně však do výše 108 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v referenčním období. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mammografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a kolorektálního karcinomu, prováděné zdravotnickým zařízením, které má s pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu.

2. Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1 popřípadě 1.2.
3. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulanci péči v odbornostech 603 a 604 v hodnoceném období nepřevyší 108 % průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v odbornostech 603 a 604 v referenčním období.
4. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče (změna počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech), zdravotní pojišťovna po dohodě se zdravotnickým zařízením hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely měrně upraví.
5. V případě, že zdravotnické zařízení v referenčním období nebo v jeho části neexistovalo, nebo nemělo uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, je zdravotní pojišťovna oprávněna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 referenční hodnoty srovnatelných zdravotnických zařízení.
6. Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00; zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1.1 a 1.2. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost.
7. Pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 2, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2010 nepřevyší na tento druh zdravotní péče předpokládanou výši úhrad na rok 2010, vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.
8. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2010.

9. Pokud zdravotnické zařízení vykáže zdravotnický prostředek nad 15.000 Kč, nebudou tyto náklady zahrnuty do regulačních omezení.

Příloha č. 5 k vyhlášce č..../2009 Sb.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 8

1. Pro nasmlouvané výkony mamografického screeningu, screeningu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč.
2. Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornosti 809, podle seznamu výkonů, se do objemu vypočteného podle bodu 5 stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč s výjimkou nasmlouvaných výkonů 89711 až 89725 a dále výkonů 89611 až 89619, podle seznamu výkonů, pro které se do objemu vypočteného podle bodu 5 stanoví hodnota bodu ve výši 0,70 Kč.
3. Pro zdravotní péči poskytovanou ve vyjmenovaných odbornostech, s výjimkou odbornosti 809, podle seznamu výkonů, se do objemu vypočteného podle bodu 5 hodnota bodu stanoví ve výši 0,70 Kč, pokud se zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením nedohodnou podle § 15 jinak.
4. Pro zdravotní péči poskytovanou pojištěncům z EU se stanoví hodnota bodu podle bodů 1 až 3.
5. Zdravotní péče poskytovaná v hodnoceném období ve vyjmenovaných odbornostech se hradí s hodnotou bodu podle bodu 2 a 3 do objemu 100 % zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období; nad tento objem se zdravotní péče hradí s hodnotou bodu 0,30 Kč. Hodnoceným obdobím je příslušné pololetí roku 2010, referenčním obdobím příslušné pololetí roku 2008.
6. U zdravotnického zařízení, které v hodnoceném období neexistovalo, popřípadě které neposkytovalo péči v dané odbornosti nebo u kterého nelze objem celkové úhrady stanovit, může zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu objemu podle bodu 5 použít průměrnou úhradu na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných zdravotnických zařízení.
7. Ustanovení bodu 5 se nepoužije, pokud zdravotnické zařízení poskytlo zdravotní péči 50 a méně unikátním pojištěncům. Ustanovení bodu 5 se dále nepoužije v případě zdravotní péče poskytované pojištěncům z EU.

Příloha č. 6 k vyhlášce č..../2009 Sb.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 9

1. Pro ambulantní zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči v odbornosti 925, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.
2. Pro ambulantní zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči v odbornosti 911, 914, 916 a 921, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
3. Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,91 Kč. Na tyto výkony se nevztahuje ustanovení bodů 4 a 5.
4. Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením do 100 % vypočteného objemu, popřípadě upraveného podle bodu 6, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2. Tento objem se vypočte takto:

$$P_{Bro} \times \frac{PO_{Pho}}{PO_{Pro}}$$

kde:

P_{Bro} celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období, přepočtených podle seznamu výkonů platného k 1.1.2010. Referenčním obdobím se rozumí příslušné pololetí 2008.

PO_{Pho} celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v hodnoceném období. Hodnoceným obdobím se rozumí příslušné pololetí 2010

PO_{Pro} celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v referenčním období; v případě sloučení zdravotních pojišťoven se počtem unikátních pojištěnců rozumí součet unikátních pojištěnců za zdravotní pojišťovny, které se sloučily (pokud byl pojištěnec v referenčním období pojištěncem více než jedné zdravotní pojišťovny, do počtu unikátních ošetřených pojištěnců se započítává pouze jednou).

6. Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením nad 100 % objemu vypočteného podle bodu 4, popřípadě upraveného podle bodu 6, se v odbornosti 925 hradí s hodnotou bodu ve výši 0,70 Kč a v odbornostech 911, 914, 916 a 921 s hodnotou bodu ve výši 0,63 Kč.
7. Pokud dojde ve zdravotnickém zařízení ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s rokem 2008 a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je ve smlouvě, včetně vyčíslení navýšení (krácení) úhrad.
8. Ustanovení bodů 4 a 5 se nepoužije, pokud zdravotnické zařízení ošetřilo 50 a méně unikátních pojištěnců v referenčním období.
9. Zdravotní pojišťovna může se zdravotnickým zařízením sjednat měsíční předběžnou úhradu ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zdravotní péče za příslušný měsíc, přičemž tuto formu zdravotní pojišťovna zachová po celé příslušné pololetí. Předběžnou úhradu za příslušné pololetí zdravotní

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

Příloha č. 7 k vyhlášce č..../2009 Sb.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 10

1. Hodnota bodu se stanoví ve výši 0,80 Kč.
2. Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se hodnota bodu stanoví ve výši 0,91 Kč. Na tyto výkony se nevztahuje ustanovení bodu 3.
3. Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením nad vypočtený objem, popřípadě upravený podle bodu 4, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,50 Kč. Tento objem se vypočte takto:

$$P_{Bro} \times \frac{PO_{Pho}}{PO_{Pro}}$$

kde:

P_{Bro} celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období, přepočtených podle seznamu výkonů platného k 1.1.2010. Referenčním obdobím se rozumí příslušné pololetí 2008.

PO_{Pho} celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v hodnoceném období. Hodnoceným obdobím se rozumí příslušné pololetí 2010.

PO_{Pro} celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v referenčním období; v případě sloučení zdravotních pojišťoven se počtem unikátních pojištěnců rozumí součet unikátních pojištěnců za zdravotní pojišťovny, které se sloučily (pokud byl pojištěnec v referenčním období pojištěncem více než jedné zdravotní pojišťovny, do počtu unikátních ošetřených pojištěnců se započítává pouze jednou).

4. Pokud dojde ve zdravotnickém zařízení ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s rokem 2008 a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je ve smlouvě, včetně vyčíslení navýšení (krácení) úhrad.
5. Ustanovení bodu 3 se nepoužije, pokud zdravotnické zařízení ošetřilo 50 a méně unikátních pojištěnců v referenčním období.
6. Pokud průměrný počet bodů zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných na jednoho unikátního pojištěnce za hodnocené období

dosáhne alespoň 98 % průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období a současně průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období, poskytnutá zdravotnickému zařízení zdravotní pojišťovnou, je nižší než 103 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci finančního vypořádání zdravotnickému zařízení navýší průměrnou úhradu na jednoho unikátního pojištěnce na 103 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období.

7. Pokud průměrný počet bodů zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných na jednoho unikátního pojištěnce za hodnocené období nedosáhne alespoň 98 % průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období, zdravotní pojišťovna v rámci finančního vypořádání zdravotnickému zařízení sníží průměrnou úhradu na jednoho unikátního pojištěnce o stejný počet procentních bodů, o který nebylo dosaženo 98 % hodnoty uvedené ve větě první.
8. Pro výpočet průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce podle bodů 6 a 7 se pro hodnocené i referenční období použije seznam výkonů platný k 1.1.2010.
9. Zdravotní pojišťovna může se zdravotnickým zařízením sjednat měsíční předběžnou úhradu buď ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané, a zdravotní pojišťovnou uznané, zdravotní péče za příslušný měsíc, nebo ve výši jedné šestiny 100 % objemu úhrady v referenčním období, přičemž zvolenou formu zdravotní pojišťovna zachová po celé příslušné pololetí. Předběžnou úhradu za příslušné pololetí zdravotní pojišťovna finančně vypořádá nejpozději do 120 dnů po ukončení hodnoceného období.

Příloha č. 8 k vyhlášce č..../2009 Sb.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 12

1. Hodnota bodu se stanoví
 - a) ve výši 0,95 Kč pro zdravotnická zařízení poskytující dopravní zdravotní službu v nepřetržitém provozu,
 - b) ve výši 0,90 Kč pro zdravotnická zařízení neposkytující dopravní zdravotní službu v nepřetržitém provozu.
2. Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením do 100 % vypočteného objemu se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu stanovenou v bodu 1. Tento objem se vypočte takto:

$$PB_{ro} \times \frac{PO_{Pho}}{PO_{Pro}}$$

kde:

PB_{ro} celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období přepočtených podle seznamu výkonů platného k 1.1.2010. Referenčním obdobím se rozumí rok 2008.

POPho celkový počet převezených pojištěnců, kterým byla v hodnoceném období poskytnuta dopravní zdravotní služba. Převezeným pojištěncem se rozumí pojištěnec, na kterého byl vykázán výkon dopravy na základě příkazu ke zdravotnímu transportu. Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2010.

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

3. Nad 100 % objemu vypočteného podle bodu 2 je zdravotní pojišťovna oprávněna upravit hodnotu bodu uvedenou v bodu 1, a to pro zdravotnická zařízení uvedená v bodu 1 písm. a) na 0,90 Kč a pro zdravotnická zařízení uvedená v bodu 1. písm. b) na 0,80 Kč.
4. Ustanovení bodu 3 se nepoužije pro zdravotnická zařízení, která v referenčním nebo hodnoceném období poskytla dopravní zdravotní službu méně než 50 unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny.
5. Zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení poskytnout za 1. a 2. pololetí 2010 předběžnou úhradu ve výši 100 % objemu úhrady v příslušném pololetí 2008.

Příloha č. 9 k vyhlášce č..../2009 Sb.

Skupiny vztahené k diagnóze podle Klasifikace⁵⁾ s indexy těchto skupin

IR-DRG ⁵⁾	Název skupiny	Index
00011	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC BEZ CC	23,0724
00012	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC S CC	32,6163
00013	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC S MCC	32,6163
00021	TRANSPLANTACE JATER BEZ CC	17,2535
00022	TRANSPLANTACE JATER S CC	19,9298
00023	TRANSPLANTACE JATER S MCC	34,9535
00031	TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC	13,5347
00032	TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC	13,5347
00033	TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC	19,0624
00041	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) BEZ CC	12,4015
00042	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S CC	13,2383
00043	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S MCC	15,5852
00051	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) BEZ CC	6,4609
00052	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S CC	6,4609
00053	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S MCC	8,1370
00060	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1800 HODIN (VÍCE NEŽ 75 DNÍ)	78,5330
00070	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ) S TRANSPLANTACÍ SRDCE, PLIC, JATER, KOSTNÍ DŘENĚ	45,0340
00080	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (43-75 DNÍ) S	45,0340

	EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	
00090	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (43-75 DNÍ)	42,5516
00100	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 504 HODIN (22-42 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	33,4824
00110	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 504 HODIN (22-42 DNÍ)	24,9686
00121	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	19,1562
00122	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	19,1562
00123	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	20,1382
00131	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	11,2003
00132	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	11,2003
00133	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	12,8137
01011	KRANIOTOMIE BEZ CC	3,9413
01012	KRANIOTOMIE S CC	5,3309
01013	KRANIOTOMIE S MCC	7,6234
01021	SPINÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	2,9806
01022	SPINÁLNÍ VÝKONY S CC	5,1765
01023	SPINÁLNÍ VÝKONY S MCC	6,2321
01031	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH BEZ CC	2,5868
01032	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH S CC	2,9922
01033	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH S MCC	3,6285
01041	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH BEZ CC	0,4207
01042	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH S CC	0,5032
01043	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH S MCC	0,8539
01051	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU BEZ CC	0,1469
01052	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU S CC	0,1989
01053	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU S MCC	0,1989
01061	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,2929
01062	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	2,0807
01063	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	3,7345
01301	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY BEZ CC	0,6009
01302	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY S CC	0,8507
01303	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY S MCC	1,3467
01311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,7338
01312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,8158
01313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	1,1369
01321	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE BEZ CC	0,3448
01322	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE S CC	0,4731
01323	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE S MCC	0,8151
01331	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ BEZ CC	1,1390
01332	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ S CC	1,4745
01333	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ S MCC	2,5498
01341	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM BEZ CC	0,8623
01342	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM S CC	0,9839

01343	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM S MCC	1,4916
01351	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU BEZ CC	0,6841
01352	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S CC	0,7719
01353	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S MCC	1,1239
01361	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA BEZ CC	0,4920
01362	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S CC	0,5690
01363	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S MCC	0,7237
01371	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ BEZ CC	0,5839
01372	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ S CC	0,6664
01373	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ S MCC	0,7606
01381	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	2,5426
01382	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	2,5426
01383	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	7,2450
01391	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY BEZ CC	0,7866
01392	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY S CC	1,1022
01393	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY S MCC	2,6115
01401	VIROVÁ MENINGITIDA BEZ CC	1,3956
01402	VIROVÁ MENINGITIDA S CC	1,6389
01403	VIROVÁ MENINGITIDA S MCC	2,1422
01411	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA BEZ CC	0,5813
01412	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA S CC	0,8185
01413	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA S MCC	1,7999
01421	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT BEZ CC	0,4418
01422	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S CC	0,5438
01423	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S MCC	0,8431
01431	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY BEZ CC	0,4398
01432	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY S CC	0,5550
01433	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY S MCC	0,6509
01441	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ BEZ CC	0,7257
01442	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ S CC	1,1406
01443	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ S MCC	2,7311
01451	OTŘES MOZKU BEZ CC	0,2307
01452	OTŘES MOZKU S CC	0,2584
01453	OTŘES MOZKU S MCC	0,4538
01461	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4324
01462	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,6089
01463	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	0,9435
02011	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI BEZ CC	1,0383
02012	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI S CC	1,3054
02013	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI S MCC	1,6643
02021	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE BEZ CC	0,2927
02022	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE S CC	0,4503
02023	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE S MCC	0,4503
02031	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY BEZ CC	0,6557
02032	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S CC	0,7938

02033	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S MCC	0,7938
02041	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE BEZ CC	0,4299
02042	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE S CC	0,4610
02043	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE S MCC	0,4619
02301	AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA BEZ CC	0,3707
02302	AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA S CC	0,4798
02303	AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA S MCC	0,4798
02311	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA BEZ CC	0,4214
02312	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA S CC	0,4816
02313	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA S MCC	0,6952
02321	JINÉ PORUCHY OKA BEZ CC	0,2344
02322	JINÉ PORUCHY OKA S CC	0,2827
02323	JINÉ PORUCHY OKA S MCC	0,3200
03011	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI BEZ CC	2,9997
03012	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI S CC	3,0006
03013	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI S MCC	5,7917
03021	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU BEZ CC	2,6335
03022	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU S CC	3,2034
03023	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU S MCC	5,0658
03031	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU BEZ CC	1,4016
03032	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU S CC	1,4780
03033	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU S MCC	3,4247
03041	VÝKONY NA ÚSTECH BEZ CC	0,6923
03042	VÝKONY NA ÚSTECH S CC	0,7476
03043	VÝKONY NA ÚSTECH S MCC	1,3394
03051	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU BEZ CC	1,0143
03052	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU S CC	1,1226
03053	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU S MCC	1,2163
03061	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE BEZ CC	0,9867
03062	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S CC	1,2277
03063	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S MCC	1,3596
03071	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA BEZ CC	1,2686
03072	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA S CC	1,4112
03073	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA S MCC	1,7296
03081	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH BEZ CC	0,4214
03082	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S CC	0,5062
03083	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S MCC	0,8374
03091	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,4259
03092	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,6033
03093	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	0,7086
03301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,7435
03302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,7435
03303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	0,7809
03311	PORUCHY ROVNOVÁHY BEZ CC	0,4410
03312	PORUCHY ROVNOVÁHY S CC	0,5038
03313	PORUCHY ROVNOVÁHY S MCC	0,5755
03321	EPISTAXE BEZ CC	0,2421
03322	EPISTAXE S CC	0,3070

03323	EPISTAXE S MCC	0,3275
03331	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS BEZ CC	0,3231
03332	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS S CC	0,4456
03333	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS S MCC	0,6402
03341	NEMOCI ZUBŮ A ÚST BEZ CC	0,5474
03342	NEMOCI ZUBŮ A ÚST S CC	0,5842
03343	NEMOCI ZUBŮ A ÚST S MCC	0,7430
03351	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,3383
03352	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,4106
03353	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	0,5304
04011	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY BEZ CC	3,4076
04012	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY S CC	3,9881
04013	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY S MCC	5,2641
04021	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY BEZ CC	2,5979
04022	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY S CC	2,5979
04023	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY S MCC	5,2657
04031	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	1,2306
04032	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	1,7486
04033	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	3,3768
04301	CYSTICKÁ FIBRÓZA BEZ CC	2,1607
04302	CYSTICKÁ FIBRÓZA S CC	2,1607
04303	CYSTICKÁ FIBRÓZA S MCC	2,6905
04310	RESPIRAČNÍ SELHÁNÍ	2,4289
04321	PLICNÍ EMBOLIE BEZ CC	1,1086
04322	PLICNÍ EMBOLIE S CC	1,1895
04323	PLICNÍ EMBOLIE S MCC	1,3371
04331	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU BEZ CC	0,4038
04332	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU S CC	0,7931
04333	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU S MCC	1,1914
04341	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,7543
04342	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,8506
04343	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	0,9825
04351	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	1,2209
04352	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	1,3948
04353	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	2,2808
04361	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL BEZ CC	0,7136
04362	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL S CC	0,9445
04363	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL S MCC	1,3027
04371	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC BEZ CC	0,6605
04372	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC S CC	0,7581
04373	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC S MCC	1,0640
04381	ASTMA A BRONCHIOLITIDA BEZ CC	0,4877
04382	ASTMA A BRONCHIOLITIDA S CC	0,6479
04383	ASTMA A BRONCHIOLITIDA S MCC	0,8657
04391	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC BEZ CC	0,9078
04392	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S CC	0,9078
04393	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S MCC	1,1605
04401	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK BEZ CC	0,9671

04402	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK S CC	1,1360
04403	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK S MCC	1,4248
04411	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4793
04412	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,6728
04413	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	0,9356
05000	ÚMRTÍ DO 5 DNÍ OD PŘÍJMU PŘI HLAVNÍ DIAGNÓZE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU	0,7058
05011	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE BEZ CC	46,0957
05012	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE S CC	47,8379
05013	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE S MCC	48,5657
05021	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC	15,5867
05022	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC	17,6303
05023	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC	20,3528
05031	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY BEZ CC	8,4209
05032	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY S CC	9,1790
05033	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY S MCC	26,6641
05041	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC	12,6280
05042	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC	13,7030
05043	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC	16,9153
05051	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC	10,2044
05052	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC	11,2292
05053	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC	11,9894
05061	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC	8,5047
05062	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC	8,9443
05063	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC	10,2279
05070	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU U AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU	6,7519
05081	JINÉ KARDIOTORAKÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	5,5751
05082	JINÉ KARDIOTORAKÁLNÍ VÝKONY S CC	6,1246
05083	JINÉ KARDIOTORAKÁLNÍ VÝKONY S MCC	6,6188
05091	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	6,1744
05092	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	7,6120
05093	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	8,4032
05101	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	4,9088
05102	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	4,9353
05103	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	6,1002
05111	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU BEZ CC	5,1472
05112	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU S CC	5,1472
05113	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU S MCC	5,3298
05121	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	9,2647
05122	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	11,7015
05123	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	13,5436
05131	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	3,7008

05132	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	3,7008
05133	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	4,4394
05141	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	2,9333
05142	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	3,2492
05143	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	4,3541
05151	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY BEZ CC	2,0198
05152	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S CC	2,7498
05153	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S MCC	3,7596
05161	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU BEZ CC	3,7663
05162	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU S CC	3,7663
05163	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU S MCC	3,9647
05171	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,4258
05172	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,8629
05173	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	3,0048
05181	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ BEZ CC	1,1741
05182	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ S CC	1,7448
05183	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ S MCC	2,1279
05191	LIGATURA A STRIPPING CÉV BEZ CC	0,6347
05192	LIGATURA A STRIPPING CÉV S CC	0,6941
05193	LIGATURA A STRIPPING CÉV S MCC	0,7626
05201	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,0020
05202	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,5374
05203	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	2,7699
05221	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	13,7387
05222	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	15,3386
05223	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	15,3386
05231	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	7,2501
05232	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	7,4203
05233	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	7,7945
05241	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	9,9320
05242	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	9,9320
05243	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	10,3960
05251	PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	4,7981
05252	PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU	4,7981

	MYOKARDU S CC	
05253	PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	17,7399
05261	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	11,2001
05262	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	11,4560
05263	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	12,2904
05271	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	6,5131
05272	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	6,6607
05273	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	7,1593
05281	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	8,7769
05282	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	8,7769
05283	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	9,1680
05291	PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	5,3384
05292	PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	6,0070
05293	PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	6,0910
05301	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	1,3137
05302	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	1,4136
05303	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	1,8839
05311	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ BEZ CC	0,8125
05312	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ S CC	0,8857
05313	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ S MCC	1,0018
05321	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,2083
05322	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,3230
05323	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	1,9420
05331	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU BEZ CC	0,6474
05332	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S CC	0,9531
05333	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S MCC	1,4959
05341	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA BEZ CC	1,7267
05342	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA S CC	2,7569
05343	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA S MCC	5,4522
05351	SRDEČNÍ SELHÁNÍ BEZ CC	0,7517
05352	SRDEČNÍ SELHÁNÍ S CC	0,8396
05353	SRDEČNÍ SELHÁNÍ S MCC	1,2092
05361	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA BEZ CC	0,5608
05362	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA S CC	0,6449
05363	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA S MCC	0,8353
05371	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA BEZ CC	1,3635
05372	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA S CC	1,7272
05373	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA S MCC	3,8679
05381	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY BEZ CC	0,5965
05382	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY S CC	0,6954

05383	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY S MCC	0,8727
05391	ATEROSKLERÓZA BEZ CC	0,5272
05392	ATEROSKLERÓZA S CC	0,6455
05393	ATEROSKLERÓZA S MCC	0,9589
05401	HYPERTENZE BEZ CC	0,4188
05402	HYPERTENZE S CC	0,4876
05403	HYPERTENZE S MCC	0,5988
05411	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY BEZ CC	0,4305
05412	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY S CC	0,7011
05413	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY S MCC	1,1964
05421	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ BEZ CC	0,5120
05422	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ S CC	0,6590
05423	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ S MCC	0,9003
05431	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU BEZ CC	0,4455
05432	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU S CC	0,5437
05433	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU S MCC	0,6562
05441	SYNKOPA A KOLAPS BEZ CC	0,4038
05442	SYNKOPA A KOLAPS S CC	0,5430
05443	SYNKOPA A KOLAPS S MCC	0,6507
05451	KARDIOMYOPATIE BEZ CC	0,6063
05452	KARDIOMYOPATIE S CC	0,7313
05453	KARDIOMYOPATIE S MCC	0,8526
05461	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU BEZ CC	0,5297
05462	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU S CC	0,5297
05463	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU S MCC	1,4590
05471	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,5427
05472	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,7119
05473	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	1,1784
06011	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU BEZ CC	3,9323
06012	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S CC	4,4746
06013	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S MCC	6,4722
06021	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU BEZ CC	3,1334
06022	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S CC	4,5609
06023	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S MCC	5,2921
06031	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU BEZ CC	1,7904
06032	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S CC	2,5445
06033	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S MCC	4,0516
06041	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘÍŠNICE BEZ CC	1,1665
06042	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘÍŠNICE S CC	1,4353
06043	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘÍŠNICE S MCC	2,1029
06051	VÝKONY NA APENDIXU BEZ CC	0,9904
06052	VÝKONY NA APENDIXU S CC	1,2202
06053	VÝKONY NA APENDIXU S MCC	1,9131
06061	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TRÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE BEZ CC	1,3216
06062	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TRÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S CC	1,4789
06063	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TRÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S MCC	1,5593
06071	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU BEZ CC	2,2790
06072	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S CC	2,6217

06073	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S MCC	3,0123
06081	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TRÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE BEZ CC	0,7033
06082	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TRÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S CC	0,9513
06083	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TRÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S MCC	1,2796
06091	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY BEZ CC	0,5682
06092	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY S CC	0,6623
06093	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY S MCC	0,9858
06101	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	1,0892
06102	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	1,7635
06103	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	3,0824
06111	VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE BEZ CC	1,2734
06112	VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE S CC	1,7836
06113	VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE S MCC	2,9462
06301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,5141
06302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	0,6485
06303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	0,7593
06311	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA BEZ CC	0,4015
06312	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA S CC	0,7071
06313	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA S MCC	1,0049
06321	PORUCHY JÍCNU BEZ CC	0,3836
06322	PORUCHY JÍCNU S CC	0,5514
06323	PORUCHY JÍCNU S MCC	0,9304
06331	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA BEZ CC	0,5026
06332	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA S CC	0,6145
06333	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA S MCC	1,2012
06341	VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,1764
06342	VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	0,3576
06343	VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,2657
06351	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4200
06352	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	0,5342
06353	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,9304
06361	ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,7290
06362	ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	1,0075
06363	ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	3,7929
06371	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA BEZ CC	0,2844
06372	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA S CC	0,4061
06373	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA S MCC	0,5439
06381	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3291
06382	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	0,4775
06383	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	0,6878
07011	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY BEZ CC	3,8394
07012	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY S CC	5,0159
07013	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY S MCC	8,1933

07021	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	3,5566
07022	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH S CC	4,1339
07023	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH S MCC	5,4844
07031	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ BEZ CC	1,6819
07032	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S CC	2,1678
07033	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S MCC	3,5492
07041	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE BEZ CC	1,4261
07042	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE S CC	1,6610
07043	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE S MCC	2,0356
07051	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU BEZ CC	1,6583
07052	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S CC	2,5559
07053	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S MCC	4,0825
07301	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA BEZ CC	0,6375
07302	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA S CC	0,7619
07303	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA S MCC	1,0429
07311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU BEZ CC	0,6151
07312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S CC	0,7500
07313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S MCC	0,8568
07321	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,7389
07322	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S CC	1,0269
07323	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S MCC	2,0003
07331	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY BEZ CC	0,4969
07332	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY S CC	0,6940
07333	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY S MCC	1,0188
07341	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST BEZ CC	0,5364
07342	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S CC	0,7450
07343	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S MCC	1,0184
08011	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE BEZ CC	7,8775
08012	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE S CC	7,8775
08013	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE S MCC	7,8775
08021	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN BEZ CC	5,9997
08022	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN S CC	7,7960
08023	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN S MCC	10,0354
08031	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY BEZ CC	5,0770
08032	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S CC	6,2103
08033	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S MCC	6,3886
08041	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ BEZ CC	3,5702
08042	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S CC	3,5967
08043	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S MCC	4,2769
08051	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ BEZ CC	2,5432

08052	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ S CC	3,8406
08053	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ S MCC	4,3272
08061	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ BEZ CC	2,1719
08062	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S CC	3,6577
08063	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S MCC	3,6577
08071	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	2,6599
08072	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	2,6599
08073	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	5,0958
08081	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ BEZ CC	2,3201
08082	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S CC	2,7616
08083	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S MCC	3,3957
08091	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY BEZ CC	0,6814
08092	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY S CC	1,7800
08093	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY S MCC	4,7414
08101	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE BEZ CC	1,5776
08102	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S CC	2,2343
08103	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S MCC	2,9574
08111	VÝKONY NA KOLENU, BĚRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA BEZ CC	1,2641
08112	VÝKONY NA KOLENU, BĚRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA S CC	1,6507
08113	VÝKONY NA KOLENU, BĚRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA S MCC	2,1328
08121	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ BEZ CC	0,4401
08122	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S CC	0,5010
08123	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S MCC	0,6182
08131	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,7672
08132	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU S CC	1,1115
08133	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU S MCC	1,7296
08141	VÝKONY NA CHODIDLE BEZ CC	0,5754
08142	VÝKONY NA CHODIDLE S CC	0,6573
08143	VÝKONY NA CHODIDLE S MCC	0,8369
08151	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH BEZ CC	0,7720
08152	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH S CC	1,1966
08153	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH S MCC	1,7927
08161	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI BEZ CC	0,5934
08162	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI S CC	0,8040
08163	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI S MCC	1,3125
08171	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	0,8190
08172	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	1,0555

08173	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	2,2936
08181	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU BEZ CC	4,3768
08182	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU S CC	4,5513
08183	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU S MCC	4,7556
08191	ARTROSKOPIE BEZ CC	0,6199
08192	ARTROSKOPIE S CC	0,6302
08193	ARTROSKOPIE S MCC	0,7104
08301	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ BEZ CC	0,6163
08302	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ S CC	0,8046
08303	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ S MCC	1,1075
08311	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE BEZ CC	0,5803
08312	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE S CC	0,7539
08313	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE S MCC	1,0513
08321	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE BEZ CC	0,3462
08322	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE S CC	0,4960
08323	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE S MCC	0,6052
08331	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY BEZ CC	0,6245
08332	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY S CC	0,8470
08333	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY S MCC	0,9947
08341	OSTEOMYELITIDA BEZ CC	0,4113
08342	OSTEOMYELITIDA S CC	1,0967
08343	OSTEOMYELITIDA S MCC	3,0015
08351	SEPTICKÁ ARTRITIDA BEZ CC	0,6813
08352	SEPTICKÁ ARTRITIDA S CC	1,2865
08353	SEPTICKÁ ARTRITIDA S MCC	1,9127
08361	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	0,8083
08362	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	0,8083
08363	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	1,0667
08371	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY BEZ CC	0,5240
08372	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S CC	0,6085
08373	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S MCC	0,6966
08381	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ BEZ CC	0,5682
08382	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ S CC	0,6305
08383	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ S MCC	0,7700
08391	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU BEZ CC	0,5316
08392	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU S CC	0,6138
08393	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU S MCC	0,8861
08401	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MĚNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY BEZ CC	0,3942
08402	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MĚNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY S CC	0,5432
08403	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MĚNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY S MCC	0,7443
08411	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	0,3660

08412	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	0,5977
08413	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	0,7404
09011	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT BEZ CC	0,6291
09012	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT S CC	1,0252
09013	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT S MCC	1,3553
09021	VÝKONY NA PRSECH BEZ CC	0,9055
09022	VÝKONY NA PRSECH S CC	1,1280
09023	VÝKONY NA PRSECH S MCC	1,1396
09031	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU BEZ CC	0,4793
09032	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S CC	0,8028
09033	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S MCC	1,1057
09301	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE BEZ CC	0,6513
09302	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S CC	0,7297
09303	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S MCC	0,8711
09311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ BEZ CC	0,6592
09312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ S CC	0,7083
09313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ S MCC	0,7294
09321	FLEGMÓNA BEZ CC	0,5078
09322	FLEGMÓNA S CC	0,6999
09323	FLEGMÓNA S MCC	0,8551
09331	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU BEZ CC	0,2483
09332	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S CC	0,3547
09333	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S MCC	0,5007
09341	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU BEZ CC	0,3857
09342	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S CC	0,5308
09343	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S MCC	0,6018
10011	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM BEZ CC	2,7991
10012	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM S CC	3,2324
10013	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM S MCC	4,8623
10021	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,7963
10022	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	2,4881
10023	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	2,7991
10031	VÝKONY PRO OBEZITU BEZ CC	3,1779
10032	VÝKONY PRO OBEZITU S CC	4,7799
10033	VÝKONY PRO OBEZITU S MCC	9,3897
10041	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,7852
10042	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	2,0970
10043	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	5,0699
10051	VÝKONY NA ŠTÍTNĚ A PŘÍŠTITNĚ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	1,2936
10052	VÝKONY NA ŠTÍTNĚ A PŘÍŠTITNĚ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S CC	1,4407
10053	VÝKONY NA ŠTÍTNĚ A PŘÍŠTITNĚ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S MCC	1,6732

10061	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	2,3324
10062	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	4,1343
10063	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	5,0648
10301	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY BEZ CC	0,5206
10302	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S CC	0,6220
10303	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S MCC	0,8976
10311	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ BEZ CC	0,4489
10312	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ S CC	0,5947
10313	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ S MCC	0,6719
10321	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU BEZ CC	0,5130
10322	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU S CC	0,6316
10323	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU S MCC	0,8984
10331	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY BEZ CC	0,7248
10332	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY S CC	0,7248
10333	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY S MCC	1,0410
11011	TRANSPLANTACE LEDVIN BEZ CC	7,8987
11012	TRANSPLANTACE LEDVIN S CC	7,8987
11013	TRANSPLANTACE LEDVIN S MCC	9,9365
11021	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI BEZ CC	5,8933
11022	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI S CC	6,5333
11023	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI S MCC	8,4302
11031	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	2,1400
11032	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S CC	2,5876
11033	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S MCC	3,1662
11041	OPERAČNÍ ZAVEDENÍ NEBO REVIZE KATETRU PRO PERITONEÁLNÍ DIALÝZU BEZ CC	1,4645
11042	OPERAČNÍ ZAVEDENÍ NEBO REVIZE KATETRU PRO PERITONEÁLNÍ DIALÝZU S CC	1,6856
11043	OPERAČNÍ ZAVEDENÍ NEBO REVIZE KATETRU PRO PERITONEÁLNÍ DIALÝZU S MCC	3,2730
11051	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI BEZ CC	0,9907
11052	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S CC	1,1236
11053	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S MCC	1,6345
11061	PROSTATEKTOMIE BEZ CC	1,1383
11062	PROSTATEKTOMIE S CC	1,3906
11063	PROSTATEKTOMIE S MCC	1,8816
11071	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	0,5767
11072	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S CC	0,6756
11073	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S MCC	0,8251
11081	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,8069
11082	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,8069
11083	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	1,2181
11301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ BEZ CC	0,4413
11302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ S CC	0,6159

11303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ S MCC	0,9639
11311	NEFRITIDA BEZ CC	0,4134
11312	NEFRITIDA S CC	0,4134
11313	NEFRITIDA S MCC	0,8149
11321	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,4412
11322	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,6097
11323	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	0,8280
11331	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU BEZ CC	0,4753
11332	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S CC	0,6161
11333	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S MCC	0,6434
11341	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE BEZ CC	0,3059
11342	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S CC	0,4149
11343	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S MCC	0,5680
11351	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURETRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU BEZ CC	0,2711
11352	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURETRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU S CC	0,3696
11353	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURETRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU S MCC	0,6978
11361	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	0,5984
11362	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S CC	0,5984
11363	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S MCC	0,5984
11371	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,3158
11372	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,4089
11373	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	0,6168
12011	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE BEZ CC	2,0799
12012	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE S CC	2,1016
12013	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE S MCC	2,8911
12021	VÝKONY NA PENISU BEZ CC	0,4802
12022	VÝKONY NA PENISU S CC	0,8607
12023	VÝKONY NA PENISU S MCC	0,9325
12031	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE BEZ CC	1,0610
12032	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S CC	1,2299
12033	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S MCC	1,4520
12041	VÝKONY NA VARLATECH BEZ CC	0,5731
12042	VÝKONY NA VARLATECH S CC	0,7268
12043	VÝKONY NA VARLATECH S MCC	0,8941
12051	CIRKUMCIZE BEZ CC	0,4115
12052	CIRKUMCIZE S CC	0,4480
12053	CIRKUMCIZE S MCC	0,4837
12061	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,6650
12062	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S CC	1,0336
12063	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S MCC	1,0336
12301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4220
12302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,5051
12303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,7955
12311	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ	0,2201

	MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	
12312	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S CC	0,2840
12313	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S MCC	0,3304
13011	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE BEZ CC	3,0954
13012	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S CC	4,0901
13013	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S MCC	4,0901
13021	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH BEZ CC	2,5121
13022	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S CC	3,2904
13023	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S MCC	3,3954
13031	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH BEZ CC	2,1505
13032	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH S CC	2,5726
13033	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH S MCC	2,6217
13041	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH BEZ CC	1,3913
13042	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH S CC	1,6028
13043	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH S MCC	1,9712
13051	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE BEZ CC	0,6993
13052	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S CC	0,9633
13053	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S MCC	1,9816
13061	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU BEZ CC	1,0805
13062	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S CC	1,2620
13063	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S MCC	1,7724
13071	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY BEZ CC	0,3429
13072	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S CC	0,4072
13073	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S MCC	0,5613
13081	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU BEZ CC	0,7171
13082	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S CC	0,7529
13083	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S MCC	0,7801
13091	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE BEZ CC	0,2669
13092	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE S CC	0,2945
13093	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE S MCC	0,3799
13101	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	1,1926
13102	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	1,3967
13103	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	2,7919
13301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,5082

13302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,6347
13303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,8721
13311	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3448
13312	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,4221
13313	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,9415
13321	MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,2279
13322	MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,3208
13323	MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,4909
14601	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM BEZ CC	1,1417
14602	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S CC	1,3649
14603	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S MCC	1,5627
14611	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ BEZ CC	0,6274
14612	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S CC	0,6541
14613	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S MCC	0,8845
14621	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE BEZ CC	1,2644
14622	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE S CC	3,5237
14623	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE S MCC	3,5237
14631	VAGINÁLNÍ POROD BEZ CC	0,4427
14632	VAGINÁLNÍ POROD S CC	0,5108
14633	VAGINÁLNÍ POROD S MCC	0,5108
14641	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ BEZ CC	0,2440
14642	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ S CC	0,3166
14643	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ S MCC	0,3166
14651	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE BEZ CC	0,1070
14652	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S CC	0,1245
14653	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S MCC	0,1911
14661	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM BEZ CC	0,2343
14662	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM S CC	0,2343
14663	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM S MCC	0,3036
14671	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC	0,2283
14672	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC	0,2283
14673	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC	0,2283
14681	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM BEZ CC	1,3296
14682	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM S CC	1,3296
14683	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM S MCC	4,4443
14691	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU BEZ CC	0,9863
14692	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU S CC	1,2506
14693	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU S MCC	1,2881
14701	HROZÍCÍ POTRAT BEZ CC	0,3339
14702	HROZÍCÍ POTRAT S CC	0,4014

14703	HROZÍCÍ POTRAT S MCC	0,4014
14711	FALEŠNÝ POROD BEZ CC	0,1379
14712	FALEŠNÝ POROD S CC	0,1866
14713	FALEŠNÝ POROD S MCC	0,1866
14721	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM BEZ CC	0,3190
14722	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM S CC	0,5547
14723	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM S MCC	0,6514
14731	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC	0,2549
14732	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC	0,3739
14733	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC	0,3739
15601	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ BEZ CC	0,3395
15602	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ S CC	1,4020
15603	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ S MCC	2,3601
15611	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ BEZ CC	9,7958
15612	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ S CC	13,7171
15613	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ S MCC	21,7959
15621	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	4,6100
15622	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	4,6100
15623	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	29,3655
15631	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	2,4523
15632	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	22,5699
15633	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	27,6166
15641	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	8,2417
15642	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	8,2417
15643	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	24,4180
15651	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	10,3167
15652	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	10,3167
15653	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	16,2261
15661	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	10,3065
15662	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	10,3065
15663	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	17,7010
15671	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	4,4742
15672	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	6,0679
15673	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	8,3881
15681	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	5,7657

15682	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	11,6927
15683	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	11,6927
15691	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	0,8450
15692	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	2,2470
15693	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	4,2377
15701	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	3,8103
15702	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	10,6826
15703	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	12,9840
15711	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMALIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM BEZ CC	0,5182
15712	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMALIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM S CC	1,5529
15713	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMALIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM S MCC	2,7539
15720	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, SE SYNDROMEM DÝCHACÍCH POTÍŽÍ	3,8718
15731	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM BEZ CC	0,3867
15732	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM S CC	0,4599
15733	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM S MCC	1,1772
15741	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKČÍ BEZ CC	0,8133
15742	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKČÍ S CC	0,8133
15743	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKČÍ S MCC	2,5083
15751	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	0,3522
15752	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	0,4676
15753	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	0,6047
16011	VÝKONY NA SLEZINĚ BEZ CC	3,1087
16012	VÝKONY NA SLEZINĚ S CC	3,3242
16013	VÝKONY NA SLEZINĚ S MCC	4,1496
16021	JINÉ VÝKONY PRO KREVŇÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH BEZ CC	0,8319
16022	JINÉ VÝKONY PRO KREVŇÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH S CC	1,0170
16023	JINÉ VÝKONY PRO KREVŇÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH S MCC	1,9572
16301	AGRANULOCYTÓZA BEZ CC	0,8656
16302	AGRANULOCYTÓZA S CC	1,6095
16303	AGRANULOCYTÓZA S MCC	2,6547
16311	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI BEZ CC	0,7986
16312	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI S CC	0,9352
16313	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI S MCC	1,2680
16321	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST BEZ CC	0,6449

16322	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST S CC	0,8816
16323	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST S MCC	1,4041
16331	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI BEZ CC	0,6970
16332	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI S CC	0,7803
16333	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI S MCC	1,0116
16341	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ BEZ CC	0,5438
16342	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ S CC	0,7045
16343	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ S MCC	1,1722
17011	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM BEZ CC	1,0951
17012	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM S CC	2,6149
17013	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM S MCC	9,7222
17021	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM BEZ CC	1,0212
17022	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM S CC	1,2358
17023	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM S MCC	9,3140
17031	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM BEZ CC	1,9256
17032	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM S CC	2,8383
17033	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM S MCC	4,0801
17041	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM BEZ CC	1,6743
17042	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM S CC	1,7879
17043	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM S MCC	4,1351
17301	AKUTNÍ LEUKÉMIE BEZ CC	1,1608
17302	AKUTNÍ LEUKÉMIE S CC	1,1608
17303	AKUTNÍ LEUKÉMIE S MCC	6,0028
17311	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE BEZ CC	1,2042
17312	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE S CC	1,4410
17313	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE S MCC	2,6728
17321	RADIOTERAPIE BEZ CC	1,7733
17322	RADIOTERAPIE S CC	1,7733
17323	RADIOTERAPIE S MCC	1,8884
17331	CHEMOTERAPIE BEZ CC	0,8321
17332	CHEMOTERAPIE S CC	0,8718
17333	CHEMOTERAPIE S MCC	0,8798
17341	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ BEZ CC	0,6779
17342	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ S CC	0,7758
17343	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ S MCC	1,2019
18011	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI BEZ CC	0,3133
18012	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S CC	4,2360
18013	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S MCC	10,2361
18021	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE BEZ CC	1,4148
18022	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S CC	2,3217
18023	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S MCC	6,9089
18301	SEPTIKÉMIE BEZ CC	1,1064
18302	SEPTIKÉMIE S CC	1,4198

18303	SEPTIKÉMIE S MCC	2,7238
18311	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE BEZ CC	0,8470
18312	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S CC	0,9047
18313	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S MCC	1,0322
18321	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU BEZ CC	0,4819
18322	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU S CC	0,6734
18323	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU S MCC	0,7767
18331	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,4357
18332	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S CC	0,5360
18333	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S MCC	0,6011
18341	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI BEZ CC	0,5264
18342	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S CC	0,9081
18343	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S MCC	1,4828
19011	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI BEZ CC	1,3553
19012	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI S CC	3,3482
19013	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI S MCC	5,0039
19301	SCHIZOFRENIE BEZ CC	1,5307
19302	SCHIZOFRENIE S CC	1,9045
19303	SCHIZOFRENIE S MCC	1,9593
19311	PSYCHÓZY BEZ CC	1,5600
19312	PSYCHÓZY S CC	1,5600
19313	PSYCHÓZY S MCC	1,7877
19321	PORUCHY OSOBNOSTI A NÁLADY BEZ CC	1,0554
19322	PORUCHY OSOBNOSTI A NÁLADY S CC	1,0554
19323	PORUCHY OSOBNOSTI A NÁLADY S MCC	1,1754
19331	BIPOLÁRNÍ PORUCHY BEZ CC	1,6886
19332	BIPOLÁRNÍ PORUCHY S CC	1,8690
19333	BIPOLÁRNÍ PORUCHY S MCC	2,9424
19341	DEPRESE BEZ CC	0,8697
19342	DEPRESE S CC	0,9131
19343	DEPRESE S MCC	2,1077
19351	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH BEZ CC	0,6618
19352	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH S CC	0,6618
19353	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH S MCC	0,9322
19361	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE BEZ CC	0,9201
19362	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE S CC	0,9232
19363	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE S MCC	1,0283
19371	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY BEZ CC	1,1072
19372	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S CC	1,1072
19373	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S MCC	1,1072
19381	NUTKAVÉ NUTRIČNÍ PORUCHY BEZ CC	2,4963
19382	NUTKAVÉ NUTRIČNÍ PORUCHY S CC	2,4963
19383	NUTKAVÉ NUTRIČNÍ PORUCHY S MCC	4,0557
19391	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY BEZ CC	0,4927
19392	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S CC	0,5810
19393	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S MCC	1,5810
20301	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE BEZ CC	0,1455
20302	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S CC	0,1535

20303	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S MCC	0,3378
20311	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ BEZ CC	0,8000
20312	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ S CC	0,8571
20313	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ S MCC	1,1419
20321	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU BEZ CC	0,6231
20322	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU S CC	0,6231
20323	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU S MCC	0,6337
20331	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU BEZ CC	0,3592
20332	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S CC	0,3976
20333	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S MCC	0,8749
20341	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH BEZ CC	0,6657
20342	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH S CC	0,6657
20343	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH S MCC	0,9950
21011	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH BEZ CC	0,7101
21012	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH S CC	1,8355
21013	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH S MCC	6,3765
21021	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH BEZ CC	1,5266
21022	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH S CC	4,0711
21023	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH S MCC	9,3607
21301	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH BEZ CC	1,3489
21302	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH S CC	1,6096
21303	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH S MCC	3,4495
21311	ALERGICKÉ REAKCE BEZ CC	0,1991
21312	ALERGICKÉ REAKCE S CC	0,2619
21313	ALERGICKÉ REAKCE S MCC	0,5773
21321	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) BEZ CC	0,3118
21322	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) S CC	0,4805
21323	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) S MCC	0,8658
21331	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ BEZ CC	0,3057
21332	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ S CC	0,4446
21333	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ S MCC	0,4446
21341	SYNDROM TÝRANĚHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO BEZ CC	0,3880
21342	SYNDROM TÝRANĚHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO S CC	1,2111
21343	SYNDROM TÝRANĚHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO S MCC	1,2111
21351	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ BEZ CC	0,3697
21352	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ S CC	0,4580
21353	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ S MCC	0,7039
22501	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE BEZ CC	0,2719
22502	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE S CC	0,3623
22503	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE S MCC	0,3623
22510	ROZSÁHLÉ POPÁLENINY S KOŽNÍM ŠTĚPEM	13,0452
22521	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM	2,8472

	NEBO INHAL. PORANĚNÍM BEZ CC	
22522	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM S CC	4,7451
22523	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM S MCC	19,6430
22530	ROZSÁHLÉ POPÁLENINY BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU	3,1441
22541	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ BEZ CC	0,7928
22542	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ S CC	1,2942
22543	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ S MCC	1,3637
22551	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE BEZ CC	0,7701
22552	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE S CC	1,0396
22553	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE S MCC	1,5156
23011	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI BEZ CC	0,7204
23012	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI S CC	1,7695
23013	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI S MCC	4,6257
23301	REHABILITACE BEZ CC	0,9305
23302	REHABILITACE S CC	1,0611
23303	REHABILITACE S MCC	1,2576
23311	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY BEZ CC	0,3602
23312	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY S CC	0,5500
23313	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY S MCC	0,7169
23321	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV BEZ CC	0,2617
23322	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV S CC	0,4803
23323	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV S MCC	0,8854
24010	HIV S VÝKONEM, S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV	0,7860
24020	HIV S VÝKONEM, S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV	2,2196
24031	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV BEZ CC	0,3359
24032	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV S CC	0,3359
24033	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV S MCC	0,3359
24301	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU BEZ CC	0,6741
24302	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU S CC	0,6741
24303	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU S MCC	2,2010
24311	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ BEZ CC	0,1417
24312	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ S CC	0,1417
24313	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ S MCC	0,1417
24320	HIV S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV	14,8473
24331	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU BEZ CC	1,7500
24332	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU S CC	2,3538
24333	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU S MCC	2,3538
24341	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA	0,3749

	ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY BEZ CC	
24342	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY S CC	0,9323
24343	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY S MCC	1,5668
24350	HIV BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV	1,0059
25011	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	5,4702
25012	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	7,6954
25013	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	10,6315
25021	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	4,4235
25022	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	4,4235
25023	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	8,5132
25030	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	60,7653
25040	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 504 HODIN (22-42 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	41,4264
25051	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	19,3273
25052	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	23,3996
25053	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	26,4094
25061	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN BEZ CC	12,6369
25062	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN S CC	12,6369
25063	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN S MCC	12,6369
25071	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	13,3207
25072	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	15,7159
25073	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	15,7159
25301	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	0,8105
25302	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	0,9912
25303	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	2,2509
25311	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU BEZ CC	0,5202
25312	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU S CC	1,0905
25313	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU S MCC	1,2129
25320	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ)	55,2000
25330	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 504 HODIN (22-42 DNÍ)	46,3035
25341	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) BEZ CC	19,0559
25342	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S CC	19,0559
25343	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S MCC	19,0559

25361	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) BEZ CC	10,8875
25362	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S CC	10,8875
25363	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S MCC	18,8369
25370	ÚMRTÍ DO 5 DNÍ OD PŘÍJMU PŘI POLYTRAUMATU	1,6673
88871	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	0,6862
88872	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	2,6356
88873	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC	6,4490
88881	PROSTATICKE VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	1,0695
88882	PROSTATICKE VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	2,9251
88883	PROSTATICKE VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC	4,3550
88891	VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	0,6214
88892	VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	1,3102
88893	VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC	2,7069
99980	HLAVNÍ DIAGNÓZA NEPLATNÁ JAKO PROPOUŠTĚCÍ DIAGNÓZA	0,3834
99990	NEZAŘADITELNĚ	0,3517

Příloha č. 10 k vyhlášce č.../2009 Sb.

Skupiny vztahené k diagnóze podle Klasifikace⁵⁾ s indexy těchto skupin použité k výpočtu hodnoty $CM_{\text{alfa}2008}$

IR-DRG⁵⁾	Název skupiny	Index
01351	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU BEZ CC	0,6841
01352	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S CC	0,7719
01353	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S MCC	1,1239
01361	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA BEZ CC	0,4920
01362	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S CC	0,5690
01363	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S MCC	0,7237
01421	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT BEZ CC	0,4418
01422	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S CC	0,5438
01423	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S MCC	0,8431
01451	OTŘES MOZKU BEZ CC	0,2307
01452	OTŘES MOZKU S CC	0,2584
01453	OTŘES MOZKU S MCC	0,4538
02321	JINÉ PORUCHY OKA BEZ CC	0,2344
02322	JINÉ PORUCHY OKA S CC	0,2827
02323	JINÉ PORUCHY OKA S MCC	0,3200
03061	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE BEZ CC	0,9867

03062	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S CC	1,2277
03063	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S MCC	1,3596
03081	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH BEZ CC	0,4214
03082	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S CC	0,5062
03083	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S MCC	0,8374
03311	PORUCHY ROVNOVÁHY BEZ CC	0,4410
03312	PORUCHY ROVNOVÁHY S CC	0,5038
03313	PORUCHY ROVNOVÁHY S MCC	0,5755
03321	EPISTAXE BEZ CC	0,2421
03322	EPISTAXE S CC	0,3070
03323	EPISTAXE S MCC	0,3275
03341	NEMOCI ZUBŮ A ÚST BEZ CC	0,5474
03342	NEMOCI ZUBŮ A ÚST S CC	0,5842
03343	NEMOCI ZUBŮ A ÚST S MCC	0,7430
04351	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	1,2209
04352	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	1,3948
04353	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	2,2808
04391	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC BEZ CC	0,9078
04392	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S CC	0,9078
04393	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S MCC	1,1605
05021	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC	15,5867
05022	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC	17,6303
05023	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC	20,3528
05041	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC	12,6280
05042	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC	13,7030
05043	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC	16,9153
05051	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC	10,2044
05052	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC	11,2292
05053	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC	11,9894
05061	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC	8,5047
05062	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC	8,9443
05063	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC	10,2279
05101	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	4,9088
05102	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	4,9353
05103	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	6,1002
05131	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	3,7008
05132	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	3,7008
05133	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	4,4394
05151	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY BEZ CC	2,0198
05152	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S CC	2,7498
05153	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH	3,7596

	KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S MCC	
05171	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,4258
05172	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,8629
05173	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	3,0048
05221	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	13,7387
05222	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	15,3386
05223	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	15,3386
05231	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	7,2501
05232	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	7,4203
05233	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	7,7945
05241	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	9,9320
05242	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	9,9320
05243	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	10,3960
05251	PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	4,7981
05252	PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	4,7981
05253	PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	17,7399
05261	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	11,2001
05262	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	11,4560
05263	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	12,2904
05271	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	6,5131
05272	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	6,6607
05273	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	7,1593
05281	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	8,7769
05282	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	8,7769
05283	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	9,1680
05291	PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	5,3384
05292	PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	6,0070
05293	PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	6,0910
05311	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ BEZ CC	0,8125
05312	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ S CC	0,8857
05313	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ S MCC	1,0018

05391	ATEROSKLERÓZA BEZ CC	0,5272
05392	ATEROSKLERÓZA S CC	0,6455
05393	ATEROSKLERÓZA S MCC	0,9589
05401	HYPERTENZE BEZ CC	0,4188
05402	HYPERTENZE S CC	0,4876
05403	HYPERTENZE S MCC	0,5988
06011	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU BEZ CC	3,9323
06012	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S CC	4,4746
06013	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S MCC	6,4722
06051	VÝKONY NA APENDIXU BEZ CC	0,9904
06052	VÝKONY NA APENDIXU S CC	1,2202
06053	VÝKONY NA APENDIXU S MCC	1,9131
06081	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TRÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE BEZ CC	0,7033
06082	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TRÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S CC	0,9513
06083	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TRÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S MCC	1,2796
06311	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA BEZ CC	0,4015
06312	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA S CC	0,7071
06313	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA S MCC	1,0049
06331	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA BEZ CC	0,5026
06332	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA S CC	0,6145
06333	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA S MCC	1,2012
06351	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4200
06352	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	0,5342
06353	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,9304
06371	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA BEZ CC	0,2844
06372	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA S CC	0,4061
06373	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA S MCC	0,5439
07031	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ BEZ CC	1,6819
07032	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S CC	2,1678
07033	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S MCC	3,5492
07341	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST BEZ CC	0,5364
07342	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S CC	0,7450
07343	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S MCC	1,0184
08031	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY BEZ CC	5,0770
08032	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S CC	6,2103
08033	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S MCC	6,3886
08081	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ BEZ CC	2,3201
08082	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S CC	2,7616
08083	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S MCC	3,3957
08101	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE BEZ CC	1,5776

08102	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S CC	2,2343
08103	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S MCC	2,9574
08121	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ BEZ CC	0,4401
08122	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S CC	0,5010
08123	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S MCC	0,6182
08371	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY BEZ CC	0,5240
08372	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S CC	0,6085
08373	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S MCC	0,6966
09301	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE BEZ CC	0,6513
09302	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S CC	0,7297
09303	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S MCC	0,8711
09321	FLEGMÓNA BEZ CC	0,5078
09322	FLEGMÓNA S CC	0,6999
09323	FLEGMÓNA S MCC	0,8551
09341	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU BEZ CC	0,3857
09342	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S CC	0,5308
09343	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S MCC	0,6018
10041	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,7852
10042	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	2,0970
10043	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	5,0699
10051	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	1,2936
10052	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S CC	1,4407
10053	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S MCC	1,6732
10301	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY BEZ CC	0,5206
10302	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S CC	0,6220
10303	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S MCC	0,8976
11051	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI BEZ CC	0,9907
11052	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S CC	1,1236
11053	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S MCC	1,6345
11061	PROSTATEKTOMIE BEZ CC	1,1383
11062	PROSTATEKTOMIE S CC	1,3906
11063	PROSTATEKTOMIE S MCC	1,8816
11071	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	0,5767
11072	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S CC	0,6756
11073	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S MCC	0,8251
11321	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,4412
11322	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,6097
11323	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	0,8280
11331	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPŠÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU BEZ CC	0,4753

11332	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPŠÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S CC	0,6161
11333	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPŠÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S MCC	0,6434
11341	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE BEZ CC	0,3059
11342	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S CC	0,4149
11343	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S MCC	0,5680
12021	VÝKONY NA PENISU BEZ CC	0,4802
12022	VÝKONY NA PENISU S CC	0,8607
12023	VÝKONY NA PENISU S MCC	0,9325
12031	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE BEZ CC	1,0610
12032	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S CC	1,2299
12033	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S MCC	1,4520
12051	CIRKUMCIZE BEZ CC	0,4115
12052	CIRKUMCIZE S CC	0,4480
12053	CIRKUMCIZE S MCC	0,4837
13011	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE BEZ CC	3,0954
13012	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S CC	4,0901
13013	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S MCC	4,0901
13021	VÝKONY NA DÉLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH BEZ CC	2,5121
13022	VÝKONY NA DÉLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S CC	3,2904
13023	VÝKONY NA DÉLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S MCC	3,3954
13051	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE BEZ CC	0,6993
13052	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S CC	0,9633
13053	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S MCC	1,9816
13071	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY BEZ CC	0,3429
13072	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S CC	0,4072
13073	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S MCC	0,5613
13081	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU BEZ CC	0,7171
13082	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S CC	0,7529
13083	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S MCC	0,7801
13311	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3448
13312	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,4221
13313	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,9415
14601	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM BEZ CC	1,1417
14602	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S CC	1,3649
14603	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S MCC	1,5627
14611	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ BEZ CC	0,6274
14612	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S CC	0,6541
14613	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S MCC	0,8845

14631	VAGINÁLNÍ POROD BEZ CC	0,4427
14632	VAGINÁLNÍ POROD S CC	0,5108
14633	VAGINÁLNÍ POROD S MCC	0,5108
14641	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ BEZ CC	0,2440
14642	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ S CC	0,3166
14643	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ S MCC	0,3166
14651	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE BEZ CC	0,1070
14652	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S CC	0,1245
14653	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S MCC	0,1911
14701	HROZÍCÍ POTRAT BEZ CC	0,3339
14702	HROZÍCÍ POTRAT S CC	0,4014
14703	HROZÍCÍ POTRAT S MCC	0,4014
14711	FALEŠNÝ POROD BEZ CC	0,1379
14712	FALEŠNÝ POROD S CC	0,1866
14713	FALEŠNÝ POROD S MCC	0,1866
15691	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	0,8450
15692	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	2,2470
15693	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	4,2377
15751	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	0,3522
15752	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	0,4676
15753	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	0,6047
18311	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE BEZ CC	0,8470
18312	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S CC	0,9047
18313	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S MCC	1,0322
18331	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,4357
18332	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S CC	0,5360
18333	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S MCC	0,6011
20301	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE BEZ CC	0,1455
20302	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S CC	0,1535
20303	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S MCC	0,3378
20331	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU BEZ CC	0,3592
20332	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S CC	0,3976
20333	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S MCC	0,8749

Výše úhrad zdravotní péče podle § 7

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00901	<u>Vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce</u> Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení léčebného plánu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. Návzik (pouze jedenkrát na pojištěnce) / kontrola orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, odstranění zubního kamene, včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou a jiné), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv.	Kombinaci kódů 00901, 00902, 00946 či 00947 nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí. Lze vykázat 1/1 rok na pojištěnce v rámci péče o dospělé a individuální péče o chrup dětí a dorostu. Odbornost – 014.	368 Kč
00902	<u>Opakované vyšetření a ošetření v rámci preventivní péče</u> Opakované vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní. Kontrola orální hygieny, interdentální hygieny, včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou a jiné), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona.	Kombinaci kódů 00901, 00902, 00946 či 00947 nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí. Lze vykázat 1/1 rok na pojištěnce v rámci péče o dospělé a v rámci individuální péče o chrup dětí do 6 let; 2/rok v rámci individuální péče o chrup dětí a dorostu od 6 do 18 let, u těhotných žen 2x v průběhu těhotenství. Odbornost – 014.	294 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.	Nelze kombinovat s kódem 00908. Lze vykázat 1/1 den. Odbornost – 014; 015; 605.	200 Kč
00904	<u>Stomatologické vyšetření registrovaného pojištěnce od 1 roku do 6 let v rámci preventivní péče</u>	Lze vykázat 1/1 rok pouze v souvislosti s kódem 00902, popřípadě 00947 a diagnózou Z 012 – screeningové vyšetření z důvodu objasnění nádorového nálezu. Odbornost – 014.	105 Kč
00906	<u>Stomatologické ošetření pojištěnce do</u>	Lze vykázat 1/1 den.	95 Kč

	<u>6 let nebo hendikepovaného pojištěnce</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce.	Odbornost – 014.	
00907	<u>Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do 15 let</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce.	Lze vykázat 1/1 den. Pouze při kurativní návštěvě (nelze vykázat s kódy 00901, 00902, 00903, 00909, 00946, 00947 a diagnózou Z 012 – screeningové vyšetření z důvodu objasnění nádorového nálezu). Odbornost – 014.	68 Kč
00908	<u>Akutní ošetření a vyšetření neregistrovaného pojištěnce – v rámci pohotovostní služby</u> Akutní ošetření náhodného pojištěnce mimo rámec preventivní péče. Ošetření zahrnuje vyšetření, paliativní ošetření v endodoncii, amputaci a exstirpaci dřeně, provizorní výplň, lokální ošetření gingivy / sliznice, konzervativní ošetření dentitio difficilis nebo paradontálního abscesu, výměnu drénu, opravu / úpravu fixní nebo snímatelné náhrady v ordinaci a podobně.	Nelze kombinovat s kódem 00903 a 00909. Lze vykázat 1/1 den. Odbornost – 014.	295 Kč
00909	<u>Klinické stomatologické vyšetření</u> Vyšetření odborníkem na klinickém pracovišti na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření.	Nelze kombinovat s kódy 00901, 00902, 00903, 00908, 00945, 00946 a 00947. V kombinaci s kódem 00907 nelze vykázat samostatně s diagnózou Z 012 – screeningové vyšetření z důvodu objasnění nádorového nálezu. Kód lze nasmlouvat i lůžkovým stomatologickým zařízením a Výzkumným ústavem stomatologickým. Lze vykázat 1/1 den. Při diagnóze vyžadující opakovanou návštěvu lze vykázat jen jedenkrát, u rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz lze vykázat pouze jednou, při zahájení léčby. Odbornost – 014; 015.	410 Kč
00910	<u>Zhotovení intraorálního rentgenového snímku</u> Zhotovení rentgenového snímku na speciálním dentálním rentgenovém přístroji, nebo další zobrazovací metodou (podmínkou je archivace snímku).	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014; 015; 605.	70 Kč

	Vykazuje zdravotnické zařízení, které snímek indikovalo (i v případě zhotovení snímku v jiném zdravotnickém zařízení).		
00911	<u>Zhotovení extraorálního rentgenového snímku</u> Zhotovení skiografie lebky různých projekcí za každý snímek. Vykazuje zdravotnické zařízení, které snímek indikovalo, v případě odbornosti 015 i rentgenový snímek ruky (stanovení fáze růstu skeletu).	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014; 015; 605.	225 Kč
00912	<u>Náplň slinné žlázy kontrastní látkou</u> Sondáž, dilatace, náplň slinných žláz a vývodů kontrastní látkou. Následné rentgenové vyšetření je vykazováno kódem 00911 nebo 00913 zdravotnickým zařízením, které snímek indikovalo.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014; 605.	581 Kč
00913	<u>Zhotovení ortopantomogramu</u> Zhotovení extraorálního panoramatického snímku na speciálním rentgenovém přístroji. Vykazuje zdravotnické zařízení, které snímek indikovalo.	Lze vykázat 1/2 roky (omezení frekvencí neplatí pro odbornost 605 a 015). Odbornost – 014; 015; 605.	275 Kč
00914	<u>Vyhodnocení ortopantomogramu</u> Vyhodnocení panoramatického rentgenového snímku zubních oblouků a skeletu čelistí, nebo ostatních extraorálních snímků. Vykazuje zdravotnické zařízení, které snímek indikovalo (i v případě zhotovení snímku v jiném zdravotnickém zařízení).	Lze vykázat 1/1 snímek/1 zdravotnické zařízení. Odbornost – 014; 015; 605.	70 Kč
00915	<u>Zhotovení telerentgenového snímku lbi</u> Zhotovení dálkového rentgenového snímku lbi na speciálním rentgenovém přístroji. Pouze při kurativní návštěvě (nelze vykázat s kódy 00901, 00902, 00903, 00909, 00946, 00947 a diagnózou Z 012 – screeningové vyšetření z důvodu objasnění nádorového nálezu). Vykazuje zdravotnické zařízení, které snímek indikovalo.	Lze vykázat 1/1 rok. Odbornost – 014; 015; 605.	270 Kč
00916	<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	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014; 015; 605.	100 Kč

	nervus palatinus), ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem.		
00917	<u>Anestézie infiltrační</u> Aplikaci injekční anestézie pro každý sextant včetně anestézie na foramen mentale, foramen palatinum maius a foramen incisivum. Počítá se anestetizovaná oblast, nikoli počet vpichů; ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014; 015; 605.	80 Kč
00920	<u>Ošetření zubního kazu – stálý zub – fotokompozitní výplň</u> Ošetření zubního kazu stálého zuby fotokompozitní výplní u pojištěnců do 18 let v rozsahu špičáků včetně, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu.	Lze vykázat 1 zub/1 den. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 015; 605.	315 Kč
00921	<u>Ošetření zubního kazu – stálý zub</u> Ošetření zubního kazu definitivní výplní, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu, při použití samopolymerujících kompozitních materiálů v rozsahu špičáků včetně, a nedózovaného amalgámu v celém rozsahu.	Lze vykázat 1 zub/365 dní. Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu - v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 1 rok lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 015; 605.	220 Kč
00922	<u>Ošetření zubního kazu – dočasný zub</u> Ošetření zubního kazu dočasného zuby definitivní výplní, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu a použitý materiál.	Lze vykázat 1 zub/6 měsíců. Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu – v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 6 měsíců lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 015; 605.	126 Kč
00923	<u>Konzervativní léčba komplikací zubního kazu – stálý zub</u> Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, chemickou a medikamentózní přípravu a provizorní výplně. Po definitivním endodontickém ošetření zuby za každý zaplněný kořenový kanálek standardním	Nelze kombinovat s kódem 00925. Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 015; 605.	181 Kč

	materiálem podle přílohy č. 1 zákona. Počet návštěv nerozhoduje.		
00924	<u>Konzervativní léčba komplikací zubního kazu – dočasný zub</u> Po definitivním endodontickém ošetření dočasněho zubu standardním materiálem podle přílohy č. 1 zákona metodou vitální nebo mortální amputace 1x. Při eventuální exstirpaci každý zaplněný kořenový kanálek. Ošetření je možné, když je dočasný zub klinicky pevný. Dle rentgenové resorbce nejvýše do poloviny kořene.	Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 015; 605.	176 Kč
00925	<u>Konzervativní léčba komplikací zubního kazu II.- stálý zub</u> Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, medikamentózní přípravu a provizorní výplně. Po definitivním endodontickém ošetření zubu standardním materiálem podle přílohy č. 1 zákona za každý zaplněný kořenový kanálek dohodnutým standardním postupem při použití registrovaného materiálu. Počet návštěv nerozhoduje. I při ošetření zubu metodou apexifikace.	Nelze kombinovat s kódem 00923. Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 015; 605.	265 Kč
00931	<u>Konzervativní léčba chronických onemocnění parodontu</u> Odborné vyšetření parodontu, vyšetření pomocí parodontologického indexu CPITN, stanovení léčebného plánu, zahájení konzervativní léčby – odstranění zubního kamene, instruktáž a motivace orální hygieny.	Lze vykázat 1/1 rok. Odbornost – 014.	700 Kč
00932	<u>Udržovací léčba chronických onemocnění parodontu</u> Komplexní vyšetření parodontu na základě zařazení onemocnění při vyšetření pomocí parodontologického indexu CPITN, kdy je stanoven parodontologický index CPI 2-3, případně dalších parodontologických indexů a vyšetřovacích metod v průběhu parodontologické léčby, nikoliv v rámci preventivní péče. Pokračování konzervativní léčby (fáze iniciální nebo udržovací) – kontrola orální hygieny pomocí k tomu určených parodontologických indexů (například PBI, API a podobně), jejichž hodnoty musí být zaznamenány v dokumentaci, odstranění zubního kamene, remotivace a korekce konkrétní metody orální hygieny,	Lze vykázat 3/1 rok. Při třetím vykázání kódu v roce nutno zhodnotit léčbu pomocí parodontologického indexu CPITN. Odbornost – 014.	243 Kč

	odstranění lokálního dráždění parodontu. Přejídné 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 navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu (gingivektomie s plastikou) za každý zub.	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – zub. Odbornost – 014.	420 Kč
00934	<u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu</u> Chirurgické výkony navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu vedoucí k prohloubení vestibula a výkony s odklopením mukoperiostálního laloku vedoucí k odstranění parodontálních sulků – za každý sextant.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014.	1 000 Kč
00935	<u>Subgingivální ošetření</u> Instrumentální odstranění obsahu parodontálního chobotu (subgingiválního zubního kamene a plaku), odstranění nekrotického cementu, ohlazení povrchu zubního kořene a jeho kontrola. Lze provést ručními nástroji, ultrazvukovými či laserovými přístroji či jejich kombinací.	Lze vykázat 1/1 zub/365 dní. Lokalizace – zub. Odbornost – 014. Omezení - výkon hrazený zdravotní pojišťovnou po schválení revizním lékařem.	84 Kč
00936	<u>Odebrání a zajištění přenosu transplantátu</u> Chirurgický výkon vedoucí k získání slizničního nebo kostního štěpu.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014; 605.	600 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 rok. Odbornost – 014. Omezení - výkon hrazený zdravotní pojišťovnou po schválení revizním lékařem.	433 Kč
00938	<u>Přejídné dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem</u> Přejídné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem zhotovené podle přílohy č. 1 zákona (samopolymerující kompozitní pryskyřice). Vykazuje se za každý zub.	Lze vykázat 1/1 zub/365 dní. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 015.	44 Kč
00940	<u>Komplexní vyšetření a návrh léčby</u>	Lze vykázat 1/1 rok.	700 Kč

	<u>onemocnění ústní sliznice</u> Při komplexním vyšetření ústní sliznice, stanovení diagnózy.	Odbornost – 014. Omezení - výkon hrazený zdravotní pojišťovnou po schválení revizním lékařem.	
00941	<u>Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice</u> Při kontrolním vyšetření v průběhu léčby.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014. Omezení - výkon hrazený zdravotní pojišťovnou po schválení revizním lékařem.	300 Kč
00943	<u>Měření galvanických proudů</u> Měření galvanických proudů v dutině ústní při vyšetření slizničních změn a měření impedance.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014; 605.	88 Kč
00945	<u>Cílené vyšetření</u> Vyšetření zaměřené na konkrétní obtíže pojištěnce. U registrovaného pojištěnce, v případě dohodnutých dlouhodobých zástupů a péče poskytované v rámci odbornosti 015 i u neregistrovaných pojištěnců.	Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00901, 00902, 00903, 00908, 00909, 00931, 00932, 00940, 00941, 00946, 00947, 00981, 00983, 00984. Lze vykázat – bez omezení, při ošetření v několika návštěvách (endodontické ošetření, zhotovení protetických náhrad a jiné) pouze jednou. Odbornost – 014; 015.	10 Kč
00946	<u>Vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce I</u> Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení léčebného plánu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. Návčik (pouze jedenkrát na pojištěnce) / kontrola orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, odstranění zubního kamene, včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou a jiné), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv.	Kombinaci kódů 00901, 00902, 00946 a 00947 nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí. Lze vykázat 1/1 rok na pojištěnce v rámci péče o dospělé a individuální péče o chrup dětí a dorostu. Odbornost – 014.	336 Kč
00947	<u>Opakované vyšetření a ošetření v rámci preventivní péče I</u> Opakované vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní. Kontrola orální hygieny, interdentální hygieny, včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou a jiné), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace	Kombinaci kódů 00901, 00902, 00946 a 00947 nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí. Lze vykázat 1/1 rok na pojištěnce v rámci péče o dospělé a v rámci individuální péče o chrup dětí do 6 let; 2/rok v rámci individuální péče o chrup dětí a dorostu od 6 do 18 let, u těhotných žen 2x v průběhu těhotenství. Odbornost – 014.	263 Kč

	fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona.		
00949	<u>Extrakce dočasného zubu</u> Extrakce dočasného zubu, nebo radixu (bez následné chirurgické intervence) včetně event. separace radixů, exkochleace granulací, sutury a stavění krvácení kompresivní tamponádou.	Lze vykázat 1/1 zub. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 015; 605.	87 Kč
00950	<u>Extrakce stálého zubu</u> Extrakce stálého zubu nebo radixu (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací, sutury a stavění krvácení kompresivní tamponádou.	Lze vykázat 1/1 zub. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 015; 605.	168 Kč
00951	<u>Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu</u> Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku a hemiextrakce nebo egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu do jednoho sextantu nebo chirurgická revize extrakční rány.	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 605.	525 Kč
00952	<u>Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu</u> Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku v blízkosti rizikových anatomických struktur, nebo vyžadující snesení větší části kosti, primární uzávěr oroantrální komunikace, egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu větším než jeden sextant, exstirpace cysty nad 1 cm, odstranění sekvestru, artrocentéza temporomandibulárního kloubu nebo antrotomie a podobně.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014; 605.	1 155 Kč
00953	<u>Chirurgické ošetřování retence zubů</u> Snesení tkání ležících v cestě erupci zubu a mobilizace zubu do směru žádané erupce (včetně odklopení mukoperiostálního laloku, plastiky měkkých tkání, podložení kostním štěpem, fixace drátěného tahu, nalepení ortodontického zámku).	Lze vykázat 1/1 zub. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 015; 605.	630 Kč
00954	<u>Konzervačně-chirurgická léčba komplikací zubního kazu</u> Odklopení mukoperiostálního laloku, snesení kosti periapikálně, amputace kořenového hrotu, exkochleace, toileta kořene a kosti, sutura (včetně případného peroperačního plnění). Těž periapikální exkochleace a exstirpace odontogenní cysty do 1 cm.	Lze vykázat – bez omezení (za každý ošetřený kořen). Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 605.	420 Kč
00955	<u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní</u>	Lze vykázat – bez omezení.	420 Kč

	<p><u>a jejího okolí malého rozsahu</u> Provedení menších chirurgických výkonů, například dekapsulace, frenulektomie, odstranění rušivých vlivů vazivových pruhů, podjazyková frenulektomie, excize vlajícího hřebene – za každý sextant, odstranění léze do 2 cm, sutura rány sliznice nebo kůže do 5 cm nebo sondáž a výplach vývodu slinné žlázy.</p>	Odbornost – 014; 015; 605.	
00956	<p><u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí velkého rozsahu</u> Odstranění podjazykové retenční slinné cysty, excize vlajícího hřebene většího rozsahu než jeden sextant, odstranění léze nad 2 cm, orální vestibuloplastika bez štěpu – za každý sextant, sutura rány sliznice nebo kůže nad 5 cm, extirpace mukokely sliznice dutiny ústní nebo diagnostická excize, sialolitomie.</p>	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014; 605.	900 Kč
00957	<p><u>Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu</u> Ošetření následků úrazu zubů a alveolu malého rozsahu včetně jednoduché fixace plastickým materiálem eventuálně zkrácenou drátěnou dlahou.</p>	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014; 015; 605.	420 Kč
00958	<p><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.</p>	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – čelist (za každou ošetřenou čelist). Odbornost – 014; 605.	750 Kč
00959	<p><u>Intraorální incize</u> Léčba zánětu intraorální incizí s případnou dilatací, vypuštěním exsudátu a zavedením drénu.</p>	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – kvadrant. Odbornost – 014; 015; 605.	105 Kč
00960	<p><u>Zevní incize</u> Léčba kolemčelistního zánětu zevní incizí, včetně dilatace, s vypuštěním exsudátu a zavedením drénu.</p>	Lze vykázat – ambulantním zdravotnickým zařízením bez omezení. Odbornost – 014; 605.	600 Kč
00961	<p><u>Ošetření komplikací chirurgických výkonů v dutině ústní</u> Zavedení drénu či tamponády, přiložení plastického obvazu, výplachu rány lokálním léčebným prostředkem. Dále při stavění pozdního postextrakčního krvácení, revizi extrakční rány, svalovém rehabilitačním cvičení a fyzikální terapii.</p>	Lze vykázat 5/10 dnů. Odbornost – 014; 015; 605.	45 Kč

00962	<u>Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch</u> Vyšetření temporomandibulárního kloubu, zdokumentování onemocnění a konzervativní léčba temporomandibulární poruchy (například mezičelistní fixací, fyzikální terapií nebo manuální repozicí).	Lze vykázat 2/1 rok (omezení frekvencí neplatí pro odbornost 605 a 015). Odbornost – 014; 015; 605.	300 Kč
00963	<u>Injekce i. m., i. v., i. d., s. c.</u> Zahrnuje injekční aplikaci léčiva včetně jeho ceny, není-li aplikovaná látka hrazena jiným způsobem.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014; 015; 605.	53 Kč
00965	<u>Čas stomatologa strávený dopravou za imobilním pojištěncem</u>	Nelze vykázat spolu s výkonem dopravy. Odbornost – 014; 605.	210 Kč
00966	<u>Vystavení Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti nebo Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)</u> Výkon vykazuje ošetřující lékař, který vystavuje Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, případně Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče).	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014.	5 Kč
00967	<u>Ukončení Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti nebo Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)</u> Výkon vykazuje ošetřující lékař, který ukončil Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, případně Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče), pokud ukončuje pracovní neschopnost nebo pokud pominuly důvody pro ošetřování nemocného člena rodiny.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014.	5 Kč
00968	<u>Stomatochirurgické ošetření neregistrovaného pojištěnce ve zdravotnickém zařízení zařazeném do specializovaných stomatochirurgických pracovišť</u> Ošetření na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), písemná zpráva.	Lze vykázat 1/1 den pouze v souvislosti s kódy 00951, 00952, 00953, 00954, 00955, 00956, 00957, 00958, 00960, 00962. Odbornost – 014.	1 000 Kč
00970	<u>Sejmutí fixní náhrady – za každou pilířovou konstrukci</u> Sejmutí fixní náhrady rázovým nástrojem nebo rozbroušením korunky a její deformací.	Lze vykázat 1/730 dní. Nelze vykázat u provizorních náhrad. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 015; 605.	83 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 razídlou metodou v ústech pacienta.	Lze vykázat 1/730 dní. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 015; 605.	69 Kč

	Zahrnuje i opakované nasazení.		
00972	<u>Oprava fixní náhrady v ordinaci</u> Sejmutí a opětovné nasazení pevné náhrady. Zhotovení nebo oprava fasety v pevné náhradě v ústech (standardním materiálem podle přílohy č. 1 zákona).	Lze vykázat 2/1 rok. Nelze vykázat u provizorních náhrad. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 015; 605.	72 Kč
00973	<u>Oprava nebo úprava snímatelné náhrady v ordinaci</u> Oprava nebo jednoduchá úprava snímatelné náhrady v ordinaci bez návaznosti na další laboratorní zpracování.	Lze vykázat 5/1 rok. Nelze vykázat při odevzdání nové snímatelné náhrady (nejdříve dva měsíce po odevzdání nové snímatelné náhrady). Lokalizace – čelist. Odbornost – 014; 015; 605.	39 Kč
00974	<u>Odevzdání stomatologického výrobku</u> Zdravotnické zařízení vykazuje při odevzdání stomatologického výrobku (kód slouží pouze pro vykazování zvláště účtovaných léčivých přípravků a stomatologických výrobků (účet 03s).	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605.	0 Kč
00975	<u>Ochranný můstek zhotovený razidlovou metodou</u> Provizorní můstek k ochraně preparovaných zubů a udržení okluzních vztahů. Můstek je zhotovený přímo v ústech pojištěnce razidlovou metodou. V hodnocení je zahrnuto i opakované nasazení.	Lze vykázat 1/1 825 dní. Lokalizace – kvadrant. Odbornost – 014.	607 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. Při převzetí již léčeného pojištěnce je nutné zahájit vlastní ortodontickou léčbu vstupním vyšetřením, založením vlastní dokumentace a vykázáním kódu 00981.	Lze vykázat 1/1 pojištěnce a zdravotnické zařízení. Odbornost – 015.	600 Kč
00982	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na jeden 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. Lokalizace – čelist. Odbornost – 015.	1 300 Kč
00983	<u>Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Vztahuje se na kontrolu postupu léčby a úprav na fixním aparátu na jednom i obou zubních obloucích, a to po	Lze vykázat 1/1 čtvrtletí po dobu 4 let. Odbornost – 015.	800 Kč

	vykázání kódu 00982 nebo 00994. Vztahuje se na všechny kontroly fixního aparátu v daném čtvrtletí a na kontrolu souběžně používaného snímacího aparátu.		
00984	<u>Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Kontrola postupu léčby dle léčebného plánu a funkce snímacích aparátů včetně jejich úpravy. Pro sledování průběhu změn po ortodonticky indikovaných extrakcích bez aparátu. Vztahuje se na všechny kontroly snímacího aparátu v daném čtvrtletí.	Lze vykázat 1/1 čtvrtletí po dobu 4 let. Nelze vykázat pro léčbu ve fázi retence nebo při sledování růstu a vývoje chrupu a čelisti bez aktivní léčby. Odbornost – 015.	210 Kč
00985	<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. S časovým odstupem 3 let lze vykázat 1x na čelist v návaznosti na kód 00982 a 1x na čelist v návaznosti kódu 00994. Lokalizace – čelist. Odbornost – 015.	700 Kč
00986	<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 léčebného plánu. Součástí může být i použití pevných, nebo snímacích dlah, retainerů nebo jiných retenčních aparátů.	Lze vykázat 1/1 pololetí, maximálně po dobu 4 let. Odbornost – 015.	220 Kč
00987	<u>Stanovení fáze růstu</u> Určení růstové fáze pojištěnce – skeletální věk, zhodnocením rentgenového snímku ruky nebo krčních obratlů.	Lze vykázat 2/1 pojištěnce. Odbornost – 015.	53 Kč
00988	<u>Analýza telorentgenového snímku lbi</u> Vyhodnocení profilového, eventuálně zadopředního dálkového rentgenového snímku lbi pomocí speciálních měření.	Lze vykázat 1/1 rok. Odbornost – 015.	116 Kč
00989	<u>Analýza ortodontických modelů</u> Vyhodnocení ortodontických modelů zubních oblouků a přilehlých tkání, včetně případných dalších speciálních měření.	Lze vykázat 1/1rok. Odbornost – 015.	315 Kč
00990	<u>Diagnostická přestavba ortodontického modelu</u> Přestavba zubů ortodontického modelu	Lze vykázat 1/1 čelist. Lokalizace – čelist. Odbornost – 015.	473 Kč

	jedné čelisti z diagnostických důvodů nebo modelová operace čelistí k chirurgickým účelům.		
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.	173 Kč
00992	<u>Nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky</u> Nasazení intra-extraorálního drátěného oblouku (uzdy), nebo bradové peloty a ortodontní čapky či krční pásky, nebo obličejové masky typu Delaire, Hickham a podobně za účelem extraorálního kotvení, včetně poučení o způsobu použití a názorného předvedení.	Lze vykázat 1/1 pojištění. Odbornost – 015.	210 Kč
00993	<u>Navázání parciálního oblouku</u> Příprava a navázání částečného drátěného oblouku v rozsahu do 6-ti zubů do zámků nebo kanyl jako součásti fixního aparátu.	Lze vykázat 4/1 pololetí (1x na kvadrant). Odbornost – 015.	300 Kč
00994	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na jeden 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 10 let. Lokalizace – čelist. Odbornost – 015.	900 Kč