

475**VYHLÁŠKA**

ze dne 20. prosince 2012

o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013

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

§ 1

Tato vyhláška stanoví pro rok 2013 hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb poskytovaných pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon“) a dále hrazených služeb poskytovaných pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska podle přímo použitelných předpisů Evropské unie¹⁾ a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast hrazených služeb²⁾ (dále jen „zahraniční pojištěnec“), a regulační omezení pro způsoby úhrady uvedené v § 3 až 17, poskytované

- a) smluvními poskytovateli lůžkové péče, včetně poskytovatelů zvláštní lůžkové péče podle § 22a zákona,
- b) smluvními poskytovateli zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a smluvními po-

skytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,

- c) smluvními poskytovateli specializované ambulantní péče, včetně poskytovatelů hemodialyzační zdravotní péče a ortoptické zdravotní péče,
- d) smluvními poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů s bodovými hodnotami³⁾ (dále jen „seznam výkonů“),
- e) smluvními poskytovateli zdravotních služeb v oboru zubního lékařství,
- f) smluvními poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 812 až 819, 820, 822 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen „vyjmenovaná odbornost“),
- g) smluvními poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 911, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů,
- h) smluvními poskytovateli ambulantní péče v odbornosti 902 a 917 podle seznamu výkonů,
- i) smluvními poskytovateli zdravotnické záchranné služby, smluvními poskytovateli zdravotnické dopravní služby, smluvními poskytovateli lékařské pohotovostní služby a smluvními poskytovateli pohotovostní služby v oboru zubní lékařství,
- j) smluvními poskytovateli lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravovnamí,

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

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

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

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

k) v rámci neodkladné péče u nesmluvních poskytovatelů zdravotních služeb.

§ 2

(1) Referenčním obdobím se rozumí pro účely příloh č. 1, 3 až 8 k této vyhlášce rok 2011.

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

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

(4) Při výpočtu celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za výkony za referenční období podle příloh č. 3, 5 až 8 k této vyhlášce se těmito body rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2013.

(5) Pokud došlo v referenčním období nebo v roce 2012 ke sloučení dvou zdravotních pojišťoven, použije se pro výpočet úhrad součet údajů za referenční období sloučených zdravotních pojišťoven.

§ 3

Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům hrazené podle seznamu výkonů a pro účely stanovení náhrad za léčení pojištěnců se stanoví hodnota bodu podle § 8, 12 a 14 a v přílohách č. 1 až 8 k této vyhlášce.

§ 4

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli lůžkové péče, s výjimkou péče poskytované poskytovateli následné lůžkové péče, poskytovateli dlouhodobé

lůžkové péče, poskytovateli vykazujícími ošetrovací den č. 00005 podle seznamu výkonů a poskytovateli zvláštní lůžkové péče, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v přílohách č. 1, 9 až 12, 14 a 15 k této vyhlášce.

(2) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli následné lůžkové péče, poskytovateli dlouhodobé lůžkové péče, poskytovateli vykazujícími ošetrovací den č. 00005 podle seznamu výkonů a poskytovateli zvláštní lůžkové péče, hrazené paušální sazbou za jeden den hospitalizace nebo podle seznamu výkonů se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 1 k této vyhlášce.

§ 5

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

§ 6

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

§ 7

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

§ 8

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

(2) Výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství nehrazených podle odstavce 1 a příslušná regulační omezení se stanoví v příloze č. 13 k této vyhlášce.

(3) Zdravotní pojišťovna je oprávněna omezit výši

úhrady poskytovatelům tak, aby celková výše nákladů zdravotní pojišťovny vynaložených na hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství v roce 2013 nepřekročila celkovou výši těchto nákladů stanovenou ve zdravotně pojistném plánu zdravotní pojišťovny. Pokud by překročení celkové výše úhrady za hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství, stanovené ve zdravotně pojistném plánu zdravotní pojišťovny na tyto hrazené služby, bylo způsobeno poskytnutím většího objemu neodkladné péče oproti roku 2011, zdravotní pojišťovna tento větší objem zohlední v úhradě.

§ 9

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

§ 10

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

§ 11

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

§ 12

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické záchranné služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč.

§ 13

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

§ 14

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

§ 15

(1) Pro komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána k 31. prosinci 2011, nejméně však ve výši 850 Kč.

(2) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána k 31. prosinci 2011, nejméně však ve výši 280 Kč.

(3) Pro hrazené služby poskytované v ozdravovacích se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána k 31. prosinci 2011, nejméně však ve výši 540 Kč.

§ 16

Podle § 3 až 15 se postupuje, pokud se zdravotní pojišťovna a poskytovatel při dodržení podmínek stanovených v § 17 odst. 5 zákona nedohodnou jinak.

§ 17

Pro neodkladnou zdravotní péči poskytovanou nesmluvními poskytovateli hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 75 % hodnoty bodu stanovené v § 8, 12 a 14 a v přílohách č. 1 až 8 k této vyhlášce. Výsledná hodnota bodu se zaokrouhluje na 2 desetinná místa.

§ 18

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2013.

Ministr:

doc. MUDr. Heger, CSc., v. r.

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

A) Hrazené služby podle § 4 odst. 1

1. Úhrada poskytovateli v roce 2013 zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady, úhradu formou případového paušálu, úhradu vyčleněnou z úhrady formou případového paušálu a úhradu za ambulantní péči (dále jen „ambulantní složka úhrady“). Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2011, poskytovatelem vykázané do 30. května 2012 a zdravotní pojišťovnou uznané do 30. září 2012. Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2013, poskytovatelem vykázané do 31. března 2014 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2014.

2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

2.1 Výši a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace hospitalizovaných pacientů⁴⁾ (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“) zdravotní pojišťovna smluvně dohodne s poskytovatelem. Pokud se zdravotní pojišťovna s poskytovatelem dohodnou, individuálně smluvně sjednaná složka úhrady může zahrnovat jiné hrazené služby, než je uvedeno ve větě první; v takovém případě se tato úhrada, stejně jako hrazené služby zařazené podle Klasifikace⁴⁾ do vyjmenovaných skupin, nezapočítávají do úhrady uvedené v bodě 3.

Nedojde-li k dohodě o výši úhrady individuálně smluvně sjednané složky úhrady mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou do 30. dubna 2013, zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu, která se vypočte jako součet celkových úhrad pro vyjmenované skupiny. Celková úhrada pro každou vyjmenovanou skupinu se vypočte jako součin alespoň 50 % počtu případů léčených v referenčním období ve vyjmenované skupině, pokud je alespoň tento počet případů násobený koeficientem KP_p léčen v hodnoceném období, a průměrné úhrady za případ léčený ve vyjmenované skupině v roce 2012.

⁴⁾ Sdělení ČSÚ č. 427/2012 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG).

Celková poskytnutá výše úhrady pro každou vyjmenovanou skupinu poskytnuté zdravotní pojišťovnou všem poskytovatelům v souhrnu činí nejméně 85% úhrady počtu případů příslušné vyjmenované skupiny v referenčním období.

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

2.2.1 100% dvanáctinásobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2012, během nichž byla léčba poskytována, vynásobeného počtem unikátních pojištěnců léčených v roce 2012 na onemocnění:

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

2.2.2 98% úhrady náležející poskytovateli za léčivé přípravky poskytnuté pojištěncům léčeným na onemocnění neuvedená v bodě 2.2.1; tato úhrada se vypočte jako součin průměrných nákladů na jednotlivé onemocnění na jeden měsíc léčby jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období vypočtených z těch měsíců referenčního období, během nichž byla léčba poskytována, a počtu měsíců, po které byla léčba poskytována v hodnoceném období. Celková úhrada vztahená k jednotlivému onemocnění se vypočte násobkem úhrady na jednoho unikátního pojištěnce stanovené podle věty první a počtem unikátních pojištěnců, kterým byl poskytnut uvedený léčivý přípravek v rámci léčby daného onemocnění v hodnoceném období. Nejvyšší možná celková úhrada za hodnocené období se vypočítá jako násobek úhrady stanovené podle věty první a:

- a) 108 % počtu unikátních pojištěnců léčených k 31. prosinci 2012, kterým byl v rámci léčby příslušné diagnózy poskytnut léčivý přípravek na léčbu onemocnění: revmatologie, Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, těžká psoriáza, roztroušená skleróza, plicní hypertenze.
- b) 102 % počtu unikátních pojištěnců léčených v roce 2012, kterým byl v rámci léčby příslušné diagnózy poskytnut léčivý přípravek na léčbu onemocnění neuvedeného v bodě 2.2.1 a písmenu a).

2.2.3 V případě, že je průměrný náklad poskytovatele na léčivé přípravky poskytnuté jednomu unikátnímu pojištěnci na léčbu příslušného onemocnění za referenční období vyšší než stanovený celostátní průměrný náklad na léčivé přípravky poskytnuté jednomu unikátnímu pojištěnci na léčbu příslušného onemocnění za referenční období, pak se úhrada v hodnoceném období sníží na hodnotu

stanoveného celostátního průměrného nákladu zdravotní pojišťovny na léčivé přípravky poskytnuté unikátnímu pojištěnci na léčbu příslušného onemocnění v roce 2012. Podle věty první se postupuje v případě, že zdravotní pojišťovna do 30. dubna zveřejní údaj o celostátním průměrném nákladu na léčivé přípravky poskytnuté jednomu unikátnímu pojištěnci na léčbu příslušného onemocnění v roce 2012 a zároveň jej předá poskytovateli.

- 2.2.4 Úhrada za léčivé přípravky poskytnuté pojištěncům na léčbu nově zahájenou v hodnoceném období nad celkový limit úhrady stanovený podle bodů 2.2.1. až 2.2.3 se uhradí pouze po předchozím dohodě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem. Bez předchozí dohody mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem je možná úhrada služeb uvedených ve větě první pouze v případě, že se využije úhrada již poskytnutá jako úhrada za léčivé přípravky poskytnuté na léčbu jiného příslušného onemocnění.
- 2.2.5 Do celkového limitu úhrady stanoveného podle bodů 2.2.1. až 2.2.3. se započítávají i léčivé přípravky předepsané v referenčním období na recept v případě, že v hodnoceném období jsou tyto léčivé přípravky vykazovány jako zvlášť účtované léčivé přípravky a současně pokud v hodnoceném období dále splňují podmínky pro léčivé přípravky označené symbolem „S“.

3. Úhrada formou případového paušálu

3.1 Úhrada formou případového paušálu ($PU_{drg2013}$) zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a stanoví se až do výše $CELK\ PU_{drg2013}$ takto:

$$PU_{drg2013} = CM_{red} * ZS_{2013}$$

kde:

CM_{red} redukováná výše $CM_{alfa2013}$, která se stanoví podle následujících podmínek:

$$CM_{red} = \min \left\{ CM_{alfa2011} * 0,95 * Kp_p; CM_{alfa2013}; (CM_{alfa2013})^\alpha * \left(1,05 * PP_{alfa2013} * \frac{CM_{alfa2011}}{PP_{alfa2011}} \right)^{(1-\alpha)} \right\}$$

kde:

min funkce minimum, která přiřadí CM_{red} právě tu hodnotu z oboru hodnot, která je z prvků oboru hodnot nejnižší

α koeficient, který se stanoví na 0,2

$CM_{alfa2013}$ počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze,

vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce (dále jen „indexy 2013“)

$CM_{\alpha 2011}$ počet případů hospitalizací ukončených a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a vynásobených indexy těchto skupin stanovenými právním předpisem upravujícím hodnoty bodu a výši úhrad pro rok 2011 (dále jen „indexy 2011“)

$PP_{\alpha 2013}$ počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v roce 2013, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce

$PP_{\alpha 2011}$ počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací ukončených v roce 2011, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce

K_p koeficient změny podílu počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele na celkovém počtu pojištěnců čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele mezi 1. lednem 2011 a 1. lednem 2013; pokud došlo v referenčním období nebo v roce 2012 ke sloučení dvou zdravotních pojišťoven, jde o koeficient změny podílu počtu pojištěnců všech sloučených zdravotních pojišťoven

Nedohodne-li se poskytovatel a zdravotní pojišťovna jinak, tento koeficient se stanoví jako index změny počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v kraji poskytování hrazených služeb mezi 1. lednem 2011 a 1. lednem 2013, přičemž tyto koeficienty změny počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle krajů České republiky jsou uvedeny v příloze č. 14 k této vyhlášce

ZS_{2013} základní sazba pro úhradu formou případového paušálu, která se vypočte takto:

a)

$$ZS_{2013} = \left\{ (1 - Kp) * \left(0,8 * IZS_{2011} + 0,2 * \frac{\sum_{i=1}^n IZS_{i,2011} * CM_{i,\alpha 2011}}{\sum_{i=1}^n CM_{i,\alpha 2011}} \right) + (Kp * TZS) \right\}$$

kde:

n počet pojišťoven
i zdravotní pojišťovna

IZS_{2011} referenční individuální základní sazba, která se vypočte takto:

$$IZS_{2011} = \frac{U_{all2011}}{CM_{all2011}}$$

kde:

$U_{all2011}$ celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací v referenčním období, včetně zohlednění změny objemu mimořádně nákladné péče, navýšení $NÚ_{2011}$, navýšení NL_{2011} a vypořádání regulačních omezení s výjimkou regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky

kde:

$NÚ_{2011}$ Navýšení úhrady stanovené podle přílohy č. 1 části D vyhlášky č. 396/2010 Sb., 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 2011

NL_{2011} Navýšení úhrady stanovené podle přílohy č. 1 části E vyhlášky č. 396/2010 Sb., 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 2011, ve znění vyhlášky č. 46/2011 Sb.

$CM_{all2011}$ počet případů hospitalizací ukončených a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztahených k diagnóze uvedených v přílohách č. 9, 10, 11 a 12 k této vyhlášce a vynásobených indexy 2011

Kp přibližovací koeficient, který se stanoví ve výši 0,30

TZS technická (celostátní) základní sazba, která se stanoví ve výši 29 500 Kč

b) Pokud se zdravotní pojišťovna a poskytovatel do 30. června 2013 nedohodnou na výpočtu uvedeném v písmenu a), vypočte se základní sazba takto:

$$ZS_{2013} = [IZS_{2011} * (1 - Kp) + (TZS * Kp)]$$

kde:

Kp přibližovací koeficient, který se stanoví ve výši 0,50

TZS technická (celostátní) základní sazba, která se stanoví ve výši 29 500 Kč

Celková výše úhrady $PU_{drg2013}$, $CELK PU_{drg2013}$, se vypočte takto:

$$CELK PU_{drg2013} = \max\{\min[1,07 * CM_{red} * IZS_{2011}; CM_{red} * ZS_{2013}]; 1,02 * CM_{red} * IZS_{2011}\}$$

kde:

\max funkce maximum, která přiřadí nezávislé proměnné právě tu hodnotu z oboru hodnot, která je z prvků oboru hodnot nejvyšší

\min funkce minimum, která přiřadí nezávislé proměnné právě tu hodnotu z oboru hodnot, která je z prvků oboru hodnot nejnižší

3.2 Případy hospitalizací se při výpočtu $CM_{alfa2011}$ a $CM_{all2011}$ rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných pro rok 2011.

3.3 Úhradu léčivých přípravků vyjmutých z platby případovým paušálem a uvedených v příloze 15 k této vyhlášce poskytne zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši vykázané ceny použitého léčivého přípravku v referenčním období.

4. Úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu

4.1. Úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v přílohách č. 11 a 12 k této vyhlášce hrazené podle seznamu výkonů.

4.2. Pro hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze a uvedené v příloze č. 11 k této vyhlášce hrazené podle seznamu výkonů a vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, se stanoví hodnota bodu ve výši $ICB_{ref} * 1,05$ do limitu ($LIM PU_{gammadr2013}$) vypočteného takto:

$$LIM PU_{gammadr2013} = [(V_{gammadr2011} * ICB_{ref}) + ZUM_{gammadr2011} + ZULP_{gammadr2011} + LP_{gammadr2011} + KP_{gammadr2011}] * 1,05 * Kp_p$$

kde:

$V_{\text{gammadr}g2011}$ celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za výkony provedené během hospitalizací, za referenční období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce. Počty bodů podle věty první se přepočtou podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2013

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

kde:

U_{ref} celková úhrada náležející poskytovateli za veškeré hrazené služby poskytnuté v referenčním období, včetně včetně navýšení $N\dot{U}_{2011}$, navýšení NL_{2011} , zohlednění změny objemu mimořádně nákladné péče a vypořádání všech regulačních opatření a realizovaných navýšení úhrady, 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. 6 zákona, a dále o ostatní hrazené služby v korunách českých (KP_{ref}).

kde:

$N\dot{U}_{2011}$ Navýšení úhrady stanovené podle přílohy č. 1 části D vyhlášky č. 396/2010 Sb., 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 2011

NL_{2011} Navýšení úhrady stanovené podle přílohy č. 1 části E vyhlášky č. 396/2010 Sb., 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 2011, ve znění vyhlášky č. 46/2011 Sb.

B_{ref} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů, přepočtených podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2013, za zdravotní služby poskytnuté v referenčním období.

$ZUM_{\text{gammadr}g2011}$ celková výše úhrady za poskytovatelem 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. 11 k této vyhlášce.

$ZULP_{\text{gammadr}g2011}$ celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zvláště 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. 11 k této vyhlášce.

$LP_{\text{gammadr}g2011}$ paušální částka, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, k ošetřovacím 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.11 k této vyhlášce.

$KP_{\text{gammadr}g2011}$ celková výše úhrady za ostatní hrazené služby v korunách českých vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za referenční období, poskytnuté poskytovatelem v průběhu hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

4.3 Pro hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze a uvedené v příloze č. 11 k této vyhlášce hrazené podle seznamu výkonů a vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období nad vypočtený limit ($LIM_{PU_{\text{gammadr}g2013}}$), se stanoví hodnota bodu ve výši $(ICB_{\text{ref}} * 1,07) * 0,5$. Výše úhrady za zvláště účtovaný materiál, zvláště účtované léčivé přípravky, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona a za ostatní hrazené služby hrazené v korunách českých, se vypočte nad limit stanovený v bodě 4.2 takto:

$$(ZUM_{\text{gammadr}g2013} + ZULP_{\text{gammadr}g2013} + LP_{\text{gammadr}g2013} + KP_{\text{gammadr}g2013}) \times 0,5$$

kde:

$ZUM_{\text{gammadr}g2013}$ celková výše úhrady za poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný zvláště účtovaný materiál poskytnutý v hodnoceném období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

$ZULP_{\text{gammadr}g2013}$ celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zvláště účtované léčivé přípravky poskytnuté v hodnoceném období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

$LP_{\text{gammadr}g2013}$ paušální částka, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, k ošetřovacím dnům vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným za hodnocené období, vztaženým k hospitalizacím v hodnoceném období,

kteřé jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

$KP_{\text{gammadrg2013}}$ celková výše úhrady za ostatní hrazené služby v korunách českých vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, poskytnuté poskytovatelem v průběhu hospitalizací v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

do celkové výše úhrady ($MAX PU_{\text{gammadrg2013}}$) která se vypočte takto:

$$MAX PU_{\text{gammadrg2013}} = LIM PU_{\text{gammadrg2013}} \times 1,05$$

4.4 Pro hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze a uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce hrazené podle seznamu výkonů a vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, se stanoví hodnota bodu ve výši $ICB_{\text{ref}} * 1,07$ do limitu ($LIM PU_{\text{betadrg2013}}$) vypočteného takto:

$$LIM PU_{\text{betadrg2013}} = [(V_{\text{betadrg2011}} \times ICB_{\text{ref}}) + ZUM_{\text{betadrg2011}} + ZULP_{\text{betadrg2011}} + LP_{\text{betadrg2011}} + KP_{\text{betadrg2011}}] \times 1,07 \times Kp_p$$

kde:

$V_{\text{betadrg2011}}$ celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za výkony provedené během hospitalizací, za referenční období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce. Počty bodů podle věty první se přepočtou podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2013

$ZUM_{\text{betadrg2011}}$ celková výše úhrady za poskytovatelem 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. 12 k této vyhlášce.

$ZULP_{\text{betadrg2011}}$ celková výše úhrady za poskytovatelem 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. 12 k této vyhlášce.

$LP_{\text{betadrg2011}}$ paušální částka, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, k ošetrovacím dnům vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným za referenční období, vztaženým k hospitalizacím v referenčním období,

kteře jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

$KP_{\text{betadrg2011}}$ celková výše úhrady za ostatní hrazené služby v korunách českých vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za referenční období, poskytnuté poskytovatelem v průběhu hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

4.5 Pro hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze a uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce hrazené podle seznamu výkonů, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období nad vypočtený limit ($LIM\ PU_{\text{betadrg2013}}$), se stanoví hodnota bodu ve výši $(ICB_{\text{ref}} * 1,07) * 0,5$. Výše úhrady za zvlášť účtovaný materiál, zvlášť účtované léčivé přípravky, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona a za ostatní hrazené služby hrazené v korunách českých, se vypočte nad limit stanovený v bodě 4.4 takto:

$$(ZUM_{\text{betadrg2013}} + ZULP_{\text{betadrg2013}} + LP_{\text{betadrg2013}} + KP_{\text{betadrg2013}}) \times 0,5$$

kde:

$ZUM_{\text{betadrg2013}}$ celková výše úhrady za poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný zvlášť účtovaný materiál poskytnutý v hodnoceném období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

$ZULP_{\text{betadrg2013}}$ celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zvlášť účtované léčivé přípravky poskytnuté v hodnoceném období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

$LP_{\text{betadrg2013}}$ paušální částka, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, k ošetřovacím dnům vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným za hodnocené období, vztaženým k hospitalizacím v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

$KP_{\text{betadrg2013}}$ celková výše úhrady za ostatní hrazené služby v korunách českých vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, poskytnuté poskytovatelem v průběhu hospitalizací v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

do celkové výše úhrady ($MAX\ PU_{\text{betadrg2013}}$) která se vypočte takto:

$$\text{MAX PU}_{\text{betadrg2013}} = \text{LIM PU}_{\text{betadrg2013}} \times 1,15$$

- 4.6 Pokud poskytovatel v rámci hrazených služeb zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 20 a méně unikátních pojištěnců v příslušné MDC skupině, zdravotní pojišťovna nezahrne tuto úhradu do výpočtu regulace podle bodu 4.4 a 4.5. MDC skupinu tvoří skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace⁴⁾, jejichž první 2 znaky z pětičíslného kódu skupin vztažených k diagnóze uvedeného ve sloupci IR-DRG jsou shodné.
5. Pro hrazené služby podle seznamu výkonů, včetně hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
6. Ambulantní složka úhrady zahrnuje úhradu specializované ambulantní zdravotní péče, hrazených služeb v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství, hrazených služeb ve vyjmenovaných odbornostech, zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby a hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v odbornostech 902, 911, 914, 921 a 925 (dále jen „ambulantní péče“) s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření.
- 6.1. 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.
- 6.2. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604, podle seznamu výkonů, hrazené podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 4 k této vyhlášce.
- 6.3. Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazené kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce.
- 6.4. Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle § 8 této vyhlášky.
- 6.5. Pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech, hrazené podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 5 k této vyhlášce.
- 6.6. Pro výkony zdravotní dopravy, hrazené podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 8 k této vyhlášce.
- 6.7. Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby se hradí podle § 14 této vyhlášky.
- 6.8. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 902, podle seznamu výkonů, hrazené podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 7 k této vyhlášce.

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

6.10. Pokud součet úhrad vypočtených podle bodů 6.1 až 6.9 bude vyšší než 101 % úhrady za ambulantní péči poskytnutou v referenčním období ($U_{amb2011}$), potom se výsledná úhrada za ambulantní péči poskytnutou v hodnoceném období ($UV_{amb2013}$) stanoví ve výši

$$UV_{amb2013} = U_{amb2011} \times 1,01 \times Kp_p$$

6.11. Pokud součet úhrad vypočtených podle bodů 6.1 až 6.9 bude nižší než 94 % úhrady za ambulantní péči poskytnutou v referenčním období ($U_{amb2011}$), poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný počet bodů za výkony ambulantní péče poskytnuté v hodnoceném období bude nejméně 98 % počtu bodů za výkony ambulantní péče poskytnuté v referenčním období vynásobených koeficientem Kp_p , a dále pokud poskytovatel v hodnoceném období ošetří nejméně 98 % unikátních pojištěnců, vynásobených koeficientem Kp_p , v porovnání s referenčním obdobím, potom se výsledná úhrada za ambulantní péči poskytnutou v hodnoceném období ($UV_{amb2013}$) stanoví ve výši

$$UV_{amb2013} = U_{amb2011} \times 0,94 \times Kp_p$$

Pokud poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný počet bodů za výkony ambulantní péče poskytnuté v hodnoceném období bude nižší než 98 % počtu bodů vynásobených indexem Kp_p , za výkony ambulantní péče poskytnuté v referenčním období a zároveň pokud poskytovatel v hodnoceném období ošetří méně než 98 % unikátních pojištěnců vynásobených indexem Kp_p , v porovnání s referenčním obdobím, potom se $UV_{amb2013}$ sníží o stejný počet procentních bodů, o který nebylo dosaženo 100 % hodnoty stanovené ve větě první. Pro snížení uvedené ve větě druhé se použije vyšší z hodnot, o kterou nebylo dosaženo 100 % hodnoty stanovené ve větě první.

6.12. Pro nasmlouvaný výkon 09563, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč a pro nasmlouvaný výkon 88101, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč. Výkony uvedené ve větě první zdravotní pojišťovna nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 6.1 až 6.11.

7. Pokud dojde u poskytovatele ke změnám v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je ve smlouvě, včetně vyčíslení dopadů do úhrad.
8. V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, jedná se o hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,90 Kč.
9. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli vypočtená z údajů o poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb v referenčním období při použití výše úhrady a regulačních omezení stanovených touto vyhláškou, a to ve výši jedné dvanáctiny. Při stanovení výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zohlední změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb, včetně změny počtu hospitalizací, počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Hrazené služby podle § 4 odst. 2

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

- Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetrovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného ošetrovacího dne včetně režie přiřazené k ošetrovacímu dni a kategorie pacienta podle seznamu výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, a zdravotní výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření podle seznamu výkonů.
- Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období se stanoví ve výši 100 % paušální sazby za jeden den hospitalizace náležející poskytovateli v referenčním období.
- Pokud dojde u poskytovatele ke změnám v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je v návrhu smlouvy, včetně vyčíslení dopadů do úhrad.

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

- Pro ambulantní péči hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 0,95 Kč.
- Pro zvláštní ambulantní péči poskytovanou podle § 22 písm. c) zákona, hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč do 100 % objemu vypočteného takto:

$$PB_{\text{Bro}} \times \frac{PO_{\text{Pho}}}{PO_{\text{Pro}}}$$

kde:

PB _{Bro}	celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období
PO _{Pho}	počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v hodnoceném období
PO _{Pro}	počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v dané odbornosti v referenčním období

Hrazené služby poskytnuté poskytovatelem nad 100 % vypočteného objemu se hradí s hodnotou bodu ve výši 0,40 Kč. Finanční vypořádání se provede nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

3. Zvláštní lůžková péče

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

C) Regulační omezení

1. Regulační omezení úhrady formou případového paušálu

1.1. Pokud zdravotní pojišťovna zjistí při kontrole odchylky od pravidel ve vykazování a kódování podle Klasifikace⁴⁾, v jejichž důsledku došlo k nesprávnému zařazení případu do DRG skupiny s vyšší hodnotou relativní váhy u konkrétního poskytovatele, sníží CM v této výši:

a) revize u jednoho případu:

$$(CM_{\text{původní}} - CM_{\text{revidovaný}}) \times 3$$

b) revize u statisticky méně významného počtu případů příslušné DRG base:

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

c) revize u statisticky významného počtu případů příslušné DRG base:

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

kde:

CM base součet relativních vah příslušné DRG base

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

DRG skupina skupina ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace⁴⁾

Relativní váha index 2013

Statisticky významný počet případů příslušné DRG base
více než 5% případů, minimálně však 30 případů v rámci příslušné DRG base u příslušného poskytovatele.

Statisticky méně významný počet případů příslušné DRG base
méně než 5% případů, minimálně však 10 případů v rámci příslušné DRG base u příslušného poskytovatele.

CM_{původní} počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace⁴⁾ zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v přílohách č. 9, 10, 11 a 12 k této vyhlášce, vykázaných poskytovatelem před provedením kontroly zdravotní pojišťovnou

$CM_{\text{revidovaný}}$ počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace⁴⁾ zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v přílohách č. 9, 10, 11 a 12 k této vyhlášce, poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných na základě kontroly

2. Regulační omezení na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky

- a) Pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovatelem pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny v hodnoceném období, s výjimkou léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, převyší 98 % úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období vynásobené koeficientem KP_p , s výjimkou léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající nejvýše 40 % tohoto překročení. Snížení podle věty první zdravotní pojišťovna neuplatní, pokud poskytovatel doloží, že zvýšená celková úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny.
- b) V případě, že poskytovatel poskytl v hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci uvedenou v písmenu a.

Příloha č. 2 k vyhlášce č. 475/2012 Sb.

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

A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba

1. Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní kapitační sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Základní kapitační sazba se stanoví ve výši:
 - a) 50 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, kteří poskytují hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu,
 - b) 49 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin. Pokud to místní podmínky vyžadují, mohou se zdravotní pojišťovna s poskytovatelem dohodnout na prodloužení ordinačních hodin odlišně,
 - c) 47 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, kteří neposkytují hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a) nebo b),

- d) 49 Kč pro poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, kteří neposkytují hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a),
- e) V případě více samostatných pracovišť poskytovatele může být stanovena základní kapitační sazba pro každé pracoviště zvlášť podle podmínek stanovených v písmenech a) až d).
- f) Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte vynásobením počtu poskytovatelem registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 7, násobených indexem podle bodu 7. Výše základní kapitační sazby, popřípadě celková výše úhrady, může být navýšena při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem.
2. Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 001 podle seznamu výkonů:

č. výkonu	Název
01023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVÁZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM ²
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
44239	OŠETŘENÍ A PŘEVÁZ BÉRCOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BÉREC)
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

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

č. výkonu	Název
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
02023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ DO 6 LET
02024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ DO 6 LET
02033	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ NAD 6 LET
02034	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ NAD 6 LET

06111	KOMPLEX - VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA SESTROU VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ
06119	KOMPLEX - ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU
06121	KOMPLEX - LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ
06123	KOMPLEX - EDUKACE, REEDUKACE, OŠETŘOVATELSKÁ REHABILITACE
06125	KOMPLEX - KLYSMA, VÝPLACHY, CÉVKOVÁNÍ, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATETRŮ
06127	KOMPLEX - APLIKACE INHALAČNÍ A LÉČEBNÉ TERAPIE P. O., S. C., I. M., I. V., UV, EVENT.DALŠÍ 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 VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM ²
09253	UVOLNĚNÍ PREPUCIA, VČETNĚ NEOPERAČNÍ REPOZICE PARAFIMOZY
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

- Pro zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby a zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny a za zahraniční pojištěnce, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,08 Kč.
- Pro výkony 01021, 01022, 02021, 02022 a výkony očkování 02125 a 02130 se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč. Hodnota bodu výkonů pravidelného očkování 02100 a 02105 se stanoví ve výši 1,10.
- Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
- Věkové skupiny a indexy, které vyjadřují poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let:

Věková skupina	Index
0 – 4 roky	3,91
5 – 9 let	1,70
10 – 14 let	1,35
15 – 19 let	1,00
20 – 24 let	0,90
25 – 29 let	0,95

30 – 34 let	1,00
35 – 39 let	1,05
40 – 44 let	1,05
45 – 49 let	1,10
50 – 54 let	1,35
55 – 59 let	1,45
60 – 64 let	1,50
65 – 69 let	1,70
70 – 74 let	2,00
75 – 79 let	2,40
80 – 84 let	2,90
85 a více let	3,40

B) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

1. Výše kapitační platby s dorovnáním kapitace se stanoví podle části A) bodu 1. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství nebo poskytovatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet přepočtených registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců a poskytování takových hrazených služeb je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona; celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců.
2. Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet přepočtených registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny. Na dorovnání se podílí zdravotní pojišťovna, se kterou má poskytovatel uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, podílem, který odpovídá procentu jejích pojištěnců z přepočtených pojištěnců registrovaných tímto poskytovatelem.
3. Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se body 4 až 6 části A) použijí obdobně.

C) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

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

D) Regulační omezení

1. Regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech s výjimkou zdravotních výkonů mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu prováděných poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu a odbornosti 902:
 - 1.1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce, převyšuje 120 % celostátní průměrné úhrady 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. Zdravotní pojišťovna zohlední případy, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.

- 1.2. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech a odbornosti 902, podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech a odbornosti 902, podle seznamu výkonů, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z tohoto překročení.
2. Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní poskytnuté hrazené služby, na jejichž 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 poskytovatel v roce 2012 nebo 2013 registroval 50 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny nebo poskytl hrazené služby 50 a méně neregistrovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny nebo jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.
4. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost v roce 2013, sledovaná za každou odbornost zvlášť, nepřevýší předpokládanou výši úhrad na příslušný druh hrazených služeb na rok 2013, 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 a odbornosti 902 v roce 2011 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2013, 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 poskytovateli za kapitační platbu a zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2013.
7. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 zdravotní pojišťovna vypočte, popřípadě uplatní, za každou odbornost zvlášť, pokud se zdravotní pojišťovna s poskytovatelem nedohodnou jinak.

Příloha č. 3 k vyhlášce č. 475/2012 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
 - a) 1,08 Kč pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů, vykazující výkony odbornosti 910 – psychoterapie podle seznamu výkonů společně s ošetřovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů a pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 901 – klinická psychologie podle seznamu výkonů,
 - b) 0,90 Kč pro poskytovatele poskytující hemodialyzační péči, s výjimkou nasmlouvaných výkonů 18530 a 18550, podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,75 Kč.
 - c) 1 Kč pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 927 – ortoptista podle seznamu výkonů, pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 903 – klinická logopedie podle seznamu výkonů a pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 905 – zrakový terapeut podle seznamu výkonů,
 - d) 0,68 Kč pro výkony 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633 podle seznamu výkonů poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 – radiační onkologie podle seznamu výkonů,
 - e) 0,68 Kč pro výkony 75347, 75348 a 75427 podle seznamu výkonů poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 705 – oftalmologie podle seznamu výkonů,
 - f) 1,03 Kč pro screeningové výkony 15101 a 15105 podle seznamu výkonů poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 105 – gastroenterologie podle seznamu výkonů a 1 Kč pro poskytovatele poskytujícího novorozenecký screening,
 - g) 1,02 Kč pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulanci zdravotní péči výše neuvedenou, do objemu vypočteného pro jednotlivé odbornosti podle seznamu výkonů takto:

$$P_{Bro} \times \frac{P_{OPho}}{P_{OPro}} \times 0,98$$

kde:

P_{Bro}	celkový počet těch poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů, které nebyly za referenční období uhrazeny ve snížené hodnotě bodu
P_{OPho}	počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v dané odbornosti v hodnoceném období
P_{OPro}	počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v dané odbornosti v referenčním období

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

2. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, popřípadě který neposkytoval 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 poskytovatelů.
3. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti k nárůstu průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se objem počtu bodů podle bodu 1 písm. g) navýší o počet bodů, který odpovídá poskytovatelem vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným nově nasmlouvaným zdravotním výkonům.
4. Snížená hodnota bodu v dané odbornosti podle bodu 1 písm. g) se nepoužije:
 - a) v případě poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 100 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
 - b) v případě hrazených služeb poskytované zahraničním pojištěncům.V případech uvedených v písmenu a) se všechny výkony hradí s hodnotou bodu 1,02 Kč.
5. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny objemu úhrady za odpovídající referenční období nebo ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc. Zvolenou formu předběžných úhrad zdravotní pojišťovna zachová po celé hodnocené období, pokud poskytovatel během hodnoceného období nepožádá o snížení výše předběžných úhrad. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Regulační omezení

1. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky, a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky, a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období, zdravotní pojišťovna může poskytovateli po skončení roku 2013 snížit úhradu o 40 % částky, o níž celková úhrada za uvedené zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období, a to způsoby obsaženými ve smlouvě poskytovatele a zdravotní pojišťovny.
2. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší

než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna může poskytovateli po skončení hodnoceného období snížit úhradu o 50 % částky, o níž celková úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období, a to způsoby obsaženými ve smlouvě poskytovatele 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 poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, zdravotní pojišťovna může poskytovateli po skončení hodnoceného období snížit úhradu o 40 % částky, o níž celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období, a to způsoby obsaženými ve smlouvě poskytovatele a zdravotní pojišťovny. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2013 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
4. Regulační omezení podle bodů 1 až 3 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní poskytnuté hrazené služby, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 1, 2, popřípadě 3.
5. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál u poskytovatele specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevýší u příslušné zdravotní pojišťovny 100 % úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
6. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané u poskytovatele specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2013, vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
7. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví; ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech.
8. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, nebo neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, může zdravotní pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1 až 3 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.

9. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1 až 3. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
10. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2013, 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 poskytovateli za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
12. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do výpočtu regulačních omezení podle bodu 2.
13. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodu 1 až 3 zdravotní pojišťovna vypočte, popřípadě uplatní za každou odbornost zvlášť, pokud se zdravotní pojišťovna s poskytovatelem nedohodnou jinak.

Příloha č. 4 k vyhlášce č. 475/2012 Sb.

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 7

A) Hodnota bodu a výše úhrad

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

$$\text{POPzpo} \times \text{PUROo} \times 0,98$$

kde:

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

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

b) poskytujícímu hrazené služby 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

kde:

POPzpo počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období

PUROo se vypočte takto:

$$\mathbf{PUROo = (PPBROo \times RDHB + PUZUMROo + PUZULPROo) \times 0,98}$$

kde:

PPBROo průměrný počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem,

RDHB reálně dosažená hodnota bodu pro hrazené služby poskytnuté poskytovatelem v odbornosti 603 a 604 podle seznamu výkonů u zdravotní pojišťovny v referenčním období, která se stanoví jako podíl celkové úhrady poskytnuté poskytovatelem zdravotní pojišťovnou za hrazené služby poskytnuté poskytovatelem v odbornosti 603 a 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 hrazené služby poskytnuté poskytovatelem v odbornosti 603 a 604 vykázané za referenční období a zdravotní pojišťovnou uznaných

PUZUMROo průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti u poskytovatele v referenčním období

PUZULPROo průměrná úhrada za zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti u poskytovatele v referenčním období

3. Celková výše úhrady podle bodu 2 bude při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem navýšena stejným způsobem jako v referenčním období, pokud se zdravotní pojišťovna s poskytovatelem nedohodnou jinak.
4. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, je zdravotní pojišťovna oprávněna pro účely výpočtu celkové výše úhrady použít průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.

5. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 2 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných 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, pokud se zdravotní pojišťovna s poskytovatelem nedohodnou jinak.
6. Zdravotní pojišťovna při vyúčtování zohlední případy, kdy k nárůstu nákladů dojde v souvislosti s nárůstem těhotných pojištěnek.
7. Zdravotní pojišťovna dále zohlední případy, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšené průměrné náklady na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti byly způsobeny změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.
8. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodu 2 písm. a) a b). V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvané péče pro danou odbornost.
9. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši jedné dvanáctiny objemu úhrady za odpovídající referenční období, nebo ve výši hodnoty poskytovatelem vykázané a uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Regulační omezení

1. Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech.
 - 1.1 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší, než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna je oprávněna poskytovateli snížit úhradu o 50 % částky, o níž celková úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období, a to způsoby obsaženými ve smlouvě poskytovatele 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.
 - 1.2 Pokud poskytovatel dosáhne vyšší průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, zdravotní pojišťovna je oprávněna poskytovateli snížit úhradu o 40 % částky, o níž celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období, a to způsoby obsaženými ve smlouvě

poskytovatele a zdravotní pojišťovny. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a kolorektálního karcinomu, prováděné poskytovatelem, které má s pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2013 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

2. Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní poskytnutí hrazené služby, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1, popřípadě 1.2.
3. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.
4. V případě, že poskytovatel v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, nebo neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, je zdravotní pojišťovna oprávněna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
5. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytované péče nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1.1 a 1.2. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb péče pro danou odbornost.
6. Pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.2, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2013, vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.
7. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za zdravotní výkony, snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
8. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do výpočtu regulačních omezení podle bodu 1.1.
9. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 zdravotní pojišťovna vypočte, popřípadě uplatní, za každou odbornost zvlášť, pokud se poskytovatel a zdravotní pojišťovna nedohodnou jinak.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 9

1. Pro nasmlouvané výkony mamografického screeningu a screeningu děložního hrdla, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč.
2. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 809 podle seznamu výkonů se do objemu vypočteného podle bodu 6 stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů 89711 až 89725 a 89611 až 89619, podle seznamu výkonů, pro které se do objemu vypočteného podle bodu 6 stanoví hodnota bodu ve výši 0,67 Kč.
3. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 815, 818, 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů se do objemu vypočteného podle bodu 6 hodnota bodu stanoví ve výši 0,70 Kč. V případě, že zdravotnické zařízení neprokáže, že je v hodnoceném období držitelem certifikátu ISO ČSN 15189 nebo NASKL II, hodnota bodu podle věty první se do objemu vypočteného podle bodu 5 stanoví ve výši 0,55 Kč.
4. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 816 a 817 podle seznamu výkonů se do objemu vypočteného podle bodu 6 hodnota bodu stanoví ve výši 0,50 Kč. V případě, že zdravotnické zařízení neprokáže, že je v hodnoceném období držitelem certifikátu ISO ČSN 15189 nebo NASKL II, hodnota bodu podle věty první se do objemu vypočteného podle bodu 5 stanoví ve výši 0,40 Kč.
5. Hrazené služby poskytované v hodnoceném období ve vyjmenovaných odbornostech se hradí s hodnotou bodu podle bodů 2 až 4 do vypočteného objemu 98 % poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období; nad tento objem se hrazené služby v odbornostech uvedených v bodu 2 a 3 hradí s hodnotou bodu 0,37 Kč a v odbornostech uvedených v bodu 4 s hodnotou bodu 0,20 Kč. Tento objem se vypočte takto:

$$PB_{ro} \times \frac{POP_{ho}}{POP_{ro}}$$

kde:

PB _{ro}	celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období
POP _{ho}	celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v hodnoceném období
POP _{ro}	celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v referenčním období

6. U poskytovatele, které v hodnoceném období neexistoval, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, nebo u kterého nelze objem celkové úhrady stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, nebo pokud poskytovatel poskytl hrazené služby 50 a méně unikátním pojištěncům, může zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu objemu podle bodu 6 použít průměrnou úhradu na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.

7. Ustanovení bodu 6 se nepoužije v případě hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům.
8. Pokud dojde u poskytovatele ke změnám v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je v návrhu smlouvy, včetně vyčíslení dopadů do úhrad.
9. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši jedné dvanáctiny objemu úhrady za odpovídající referenční období nebo ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc. Finanční vypořádání se provede nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Příloha č. 6 k vyhlášce č. 475/2012 Sb.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 10

1. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornosti 925 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.
2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby 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 0,90 Kč. Na tyto výkony se nevztahuje ustanovení bodů 4 a 5.
4. Zdravotní péče poskytnutá poskytovatelem do 105 % 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 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období

PO_{Pho} celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v hodnoceném období

PO_{Pro} celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v referenčním období

5. Hrazené služby poskytnuté poskytovatelem nad 105 % 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 podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,63 Kč.
6. Pokud dojde u poskytovatele ke změnám v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je v návrhu smlouvy, včetně vyčíslení dopadů do úhrad.

7. Ustanovení bodů 4 a 5 se nepoužije, pokud poskytovatel ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců v referenčním období.
8. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc, přičemž tuto formu zdravotní pojišťovna zachová po celé hodnocené období. Předběžnou úhradu za toto období zdravotní pojišťovna finančně vypořádá nejpozději do 120 dnů po skončení hodnoceného období.

Příloha č. 7 k vyhlášce č. 475/2012 Sb.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 11

1. Hodnota bodu se stanoví ve výši 0,80 Kč.
2. Pro výkony přepravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se hodnota bodu stanoví ve výši 0,90 Kč. Na tyto výkony se nevztahuje ustanovení bodu 3.
3. Hrazené služby poskytnuté poskytovatelem nad vypočtený objem, popřípadě upravený podle bodu 4, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,40 Kč. Tento objem se vypočte takto:

$$P_{Bro} \times \frac{PO_{Pho}}{PO_{Pro}} \times 0,98$$

kde:

P_{Bro} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období

PO_{Pho} celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v hodnoceném období

PO_{Pro} celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v referenčním období

4. Pokud dojde u poskytovatele ke změnám v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je v návrhu smlouvy, včetně vyčíslení dopadů do úhrad.
5. Ustanovení bodu 3 se nepoužije, pokud poskytovatel ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců v referenčním období.
6. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli buď ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc, nebo ve výši jedné dvanáctiny 100 % objemu úhrady v referenčním období, přičemž zvolenou formu zdravotní pojišťovna zachová po celé hodnocené

období. Předběžnou úhradu za toto období zdravotní pojišťovna finančně vypořádá nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Příloha č. 8 k vyhlášce č. 475/2012 Sb.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 13

1. Hodnota bodu se stanoví
 - a) ve výši 0,95 Kč pro poskytovatele poskytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu,
 - b) ve výši 0,85 Kč pro poskytovatele neposkytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu.
2. Hrazené služby poskytnuté poskytovatelem do 98 % vypočteného objemu se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu stanovenou v bodu 1. Tento objem se vypočte takto:

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

kde:

P_{Bro} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období

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

PO_{Pro} celkový počet přepravených pojištěnců, kterým byla v referenčním období poskytnuta zdravotnická dopravní služba

3. Nad objem vypočtený podle bodu 2 je zdravotní pojišťovna oprávněna upravit hodnotu bodu uvedenou v bodu 1, a to pro poskytovatele uvedené v bodu 1 písm. a) na 0,55 Kč a pro poskytovatele uvedené v bodu 1 písm. b) na 0,45 Kč.
4. Ustanovení bodu 3 se nepoužije pro poskytovatele, kteří v referenčním nebo hodnoceném období poskytli zdravotnickou dopravní službu méně než 50 přepraveným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny.
5. Pokud dojde u poskytovatele ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené služby v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je v návrhu smlouvy, včetně vyčíslení dopadů do úhrad.
6. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli za 1. a 2. pololetí roku 2013 ve výši 100 % objemu úhrady v příslušném pololetí roku 2011. Předběžnou úhradu za toto období zdravotní pojišťovna finančně vypořádá nejpozději do 120 dnů po skončení hodnoceného období.

Příloha č. 9 k vyhlášce č. 475/2012 Sb.

Skupiny vztahené k diagnóze podle Klasifikace⁴⁾ s indexy těchto skupin

IR-DRG⁴⁾	Název skupiny	Index 2013	Index 2011
01051	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU BEZ CC	0,1977	0,2129
01052	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU S CC	0,2265	0,2360
01053	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU S MCC	0,2265	0,2651
02041	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE BEZ CC	0,7141	0,5367
02042	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE S CC	0,7438	0,5367
02043	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE S MCC	0,7438	0,5367
05011	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE BEZ CC	31,1412	37,7744
05012	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE S CC	31,4609	37,7744
05013	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE S MCC	32,5326	37,7744
05070	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU U AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU	6,6439	7,7434
05111	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU BEZ CC	4,3100	4,8164
05112	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU S CC	4,5586	4,8164
05113	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU S MCC	5,3158	5,2020
05161	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU BEZ CC	3,1662	3,4371
05162	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU S CC	3,1662	3,4371
05163	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU S MCC	3,1662	3,4371
05191	LIGATURA A STRIPPING CĚV BEZ CC	0,4420	0,4293
05192	LIGATURA A STRIPPING CĚV S CC	0,4712	0,4626
05193	LIGATURA A STRIPPING CĚV S MCC	0,5074	0,4626
06061	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE BEZ CC	1,0157	1,0096
06062	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S CC	1,1029	1,0848
06063	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S MCC	1,2647	1,0848
07041	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE BEZ CC	1,0990	1,1180
07042	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE S CC	1,2513	1,2621
07043	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE S MCC	1,6350	1,4931
08021	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN BEZ CC	3,3423	3,1273
08022	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN S CC	4,6732	3,1273
08023	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA	5,0795	3,5450

	KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN S MCC		
08041	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ BEZ CC	2,9981	3,1158
08042	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S CC	3,0819	3,1158
08043	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S MCC	3,5088	3,5436
08181	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU BEZ CC	3,5812	3,7431
08182	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU S CC	3,7839	3,7431
08183	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU S MCC	3,9191	4,1011
08191	ARTROSKOPIE BEZ CC	0,4971	0,4741
08192	ARTROSKOPIE S CC	0,5422	0,5091
08193	ARTROSKOPIE S MCC	0,5541	0,5091
13091	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE BEZ CC	0,2111	0,2704
13092	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE S CC	0,2437	0,3257
13093	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE S MCC	0,2840	0,3257

Příloha č. 10 k vyhlášce č. 475/2012 Sb.

Skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace⁴⁾ s indexy těchto skupin

IR-DRG ⁴⁾	Název skupiny	Index 2013	Index 2011
00041	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) BEZ CC	13,2752	11,1712
00042	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S CC	13,2752	13,5811
00043	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S MCC	15,6523	16,8558
00051	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) BEZ CC	7,2294	6,0713
00052	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S CC	7,2953	7,0448
00053	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S MCC	8,3296	8,5356
00060	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1800 HODIN (VÍCE NEŽ 75 DNÍ)	80,5404	80,9527
00080	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (43-75 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	58,0817	55,8021
00090	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (43-75 DNÍ)	43,6942	39,5524
00100	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 504 HODIN (22-42 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	36,6705	37,2164
00110	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 504 HODIN (22-42 DNÍ)	27,8249	28,1373
00121	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	19,5707	18,6099
00122	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S	19,5707	18,6099

	CC		
00123	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	22,1602	21,9146
00131	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	10,2243	9,9222
00132	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	10,2243	11,0913
00133	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	13,0692	13,0911
00181	IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU BEZ CC	16,7002	16,7002
00182	IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU S CC	16,7002	16,7002
00183	IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU S MCC	16,7002	16,7002
01011	KRANIOTOMIE BEZ CC	3,7674	4,0506
01012	KRANIOTOMIE S CC	4,8280	5,1649
01013	KRANIOTOMIE S MCC	6,5042	7,2670
01021	SPINÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	2,6284	3,5389
01022	SPINÁLNÍ VÝKONY S CC	4,8719	5,5981
01023	SPINÁLNÍ VÝKONY S MCC	8,3574	7,2636
01031	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH BEZ CC	2,1751	2,3025
01032	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH S CC	2,5382	2,7430
01033	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH S MCC	2,9521	3,5039
01041	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH BEZ CC	0,4954	0,6603
01042	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH S CC	0,5340	0,6603
01043	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH S MCC	0,5545	3,0331
01061	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,2569	1,5923
01062	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,8541	2,4976
01063	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	3,7757	4,1156
01301	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY BEZ CC	0,5811	0,5838
01302	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY S CC	1,0253	0,9098
01303	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY S MCC	1,6578	1,7390
01311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,6063	0,6390
01312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,7254	0,7112
01313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	0,9713	0,9942
01321	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE BEZ CC	0,3832	0,3998
01322	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE S CC	0,4479	0,4683
01323	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE S	0,6614	0,5904

	MCC		
01331	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ BEZ CC	1,1168	1,1130
01332	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ S CC	1,5071	1,5564
01333	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ S MCC	2,1488	2,4401
01341	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM BEZ CC	0,7722	0,7317
01342	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM S CC	0,9236	0,9604
01343	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM S MCC	1,4035	1,4702
01351	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU BEZ CC	0,5815	0,5638
01352	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S CC	0,6842	0,6747
01353	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S MCC	0,9607	1,0178
01361	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA BEZ CC	0,4122	0,3955
01362	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S CC	0,4628	0,4750
01363	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S MCC	0,5589	0,5412
01371	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ BEZ CC	0,4885	0,5066
01372	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ S CC	0,5517	0,5706
01373	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ S MCC	0,6590	0,7306
01381	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,5098	1,9719
01382	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	2,0455	3,1587
01383	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	2,8870	5,2862
01391	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY BEZ CC	0,9543	0,8505
01392	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY S CC	1,4245	1,2828
01393	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY S MCC	2,2130	2,4603
01401	VIROVÁ MENINGITIDA BEZ CC	1,1762	1,1094
01402	VIROVÁ MENINGITIDA S CC	1,3712	1,3153
01403	VIROVÁ MENINGITIDA S MCC	1,9606	1,9320
01411	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA BEZ CC	0,4315	0,4640
01412	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA S CC	0,6303	0,6387
01413	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA S MCC	1,1964	1,2408
01421	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT BEZ CC	0,4562	0,4169
01422	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S CC	0,5435	0,5024
01423	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S MCC	0,8679	0,8493
01431	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY BEZ CC	0,3766	0,3722
01432	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY S CC	0,4898	0,4750
01433	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY S MCC	0,6312	0,5199
01441	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ BEZ CC	0,7749	0,6742
01442	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ S CC	1,2581	1,0991
01443	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ S MCC	2,2412	2,7431
01451	OTŘES MOZKU BEZ CC	0,2421	0,2041
01452	OTŘES MOZKU S CC	0,2694	0,2327
01453	OTŘES MOZKU S MCC	0,4573	0,3778
01461	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3686	0,3513
01462	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,4921	0,5162

01463	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	0,6945	0,7407
02011	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI BEZ CC	1,0990	1,0081
02012	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI S CC	1,3490	1,3624
02013	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI S MCC	1,5722	2,2125
02021	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE BEZ CC	0,4223	0,3588
02022	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE S CC	0,5703	0,4468
02023	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE S MCC	0,5722	0,4468
02031	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY BEZ CC	1,2111	1,0171
02032	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S CC	1,2720	1,1961
02033	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S MCC	1,2936	1,2626
02301	AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA BEZ CC	0,6119	0,4154
02302	AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA S CC	0,6524	0,4845
02303	AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA S MCC	0,7945	0,7704
02311	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA BEZ CC	0,5294	0,4146
02312	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA S CC	0,5583	0,4606
02313	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA S MCC	0,6595	0,5733
02321	JINÉ PORUCHY OKA BEZ CC	0,3734	0,2300
02322	JINÉ PORUCHY OKA S CC	0,4267	0,2607
02323	JINÉ PORUCHY OKA S MCC	0,4483	0,3316
03011	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI BEZ CC	4,0185	2,9798
03012	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI S CC	4,7985	4,5613
03013	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI S MCC	5,7697	6,9446
03021	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU BEZ CC	1,5030	2,0662
03022	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU S CC	2,7526	4,5132
03023	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU S MCC	4,1606	6,6893
03031	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU BEZ CC	1,3040	1,4554
03032	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU S CC	1,3040	1,7303
03033	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU S MCC	2,3431	3,5586
03041	VÝKONY NA ÚSTECH BEZ CC	0,6182	0,6644
03042	VÝKONY NA ÚSTECH S CC	0,8576	0,8734
03043	VÝKONY NA ÚSTECH S MCC	1,1573	1,0756
03051	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU BEZ CC	1,0912	1,4412
03052	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU S CC	1,1749	1,4412
03053	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU S MCC	1,2587	1,5738
03061	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE BEZ CC	0,8642	1,0362
03062	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S CC	0,9708	1,2293
03063	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S MCC	1,2241	1,2293
03071	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA BEZ CC	1,3857	1,3836
03072	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA S CC	2,0858	1,8744
03073	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA S MCC	2,0858	2,6148
03081	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH BEZ CC	0,4336	0,4871
03082	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S CC	0,5282	0,5588
03083	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S MCC	0,6430	0,6784
03091	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,5142	0,4478
03092	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,6913	0,5947
03093	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	1,1458	0,7297
03301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA	0,5675	0,9157

	BEZ CC		
03302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,6096	0,9157
03303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	0,7411	1,1999
03311	PORUCHY ROVNOVÁHY BEZ CC	0,4024	0,3683
03312	PORUCHY ROVNOVÁHY S CC	0,4616	0,4358
03313	PORUCHY ROVNOVÁHY S MCC	0,5162	0,4767
03321	EPISTAXE BEZ CC	0,3113	0,2376
03322	EPISTAXE S CC	0,3561	0,2780
03323	EPISTAXE S MCC	0,4103	0,2925
03331	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS BEZ CC	0,3515	0,2767
03332	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS S CC	0,4658	0,3876
03333	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS S MCC	0,5875	0,5085
03341	NEMOCI ZUBŮ A ÚST BEZ CC	0,4311	0,4450
03342	NEMOCI ZUBŮ A ÚST S CC	0,5244	0,5603
03343	NEMOCI ZUBŮ A ÚST S MCC	0,6741	0,7116
03351	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,3676	0,2857
03352	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,4753	0,3683
03353	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	0,5102	0,4787
04011	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY BEZ CC	3,1521	3,1704
04012	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY S CC	3,8248	3,8487
04013	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY S MCC	4,7381	4,8274
04021	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY BEZ CC	2,8557	2,7685
04022	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY S CC	2,8557	2,7685
04023	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY S MCC	3,3892	3,4481
04031	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	1,0298	1,0528
04032	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	1,4176	1,4025
04033	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	2,6990	2,8542
04301	CYSTICKÁ FIBRÓZA BEZ CC	1,9596	2,1173
04302	CYSTICKÁ FIBRÓZA S CC	1,9596	2,1173
04303	CYSTICKÁ FIBRÓZA S MCC	2,4827	3,2302
04310	RESPIRAČNÍ SELHÁNÍ	1,8086	2,1232
04321	PLICNÍ EMBOLIE BEZ CC	0,8367	0,8912
04322	PLICNÍ EMBOLIE S CC	0,9258	0,9550
04323	PLICNÍ EMBOLIE S MCC	1,0467	1,1300
04331	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU BEZ CC	0,4180	0,3764
04332	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU S CC	0,6670	0,6294
04333	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU S MCC	1,0392	0,9696
04341	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,6648	0,6559
04342	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,7552	0,7641
04343	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	0,9208	0,9490
04351	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,8771	0,9036
04352	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,9708	1,1563
04353	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	1,4166	1,7140
04361	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL BEZ CC	0,6743	0,6043
04362	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL S CC	0,8142	0,7846

04363	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL S MCC	1,1220	1,1687
04371	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC BEZ CC	0,5355	0,5097
04372	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC S CC	0,6426	0,5986
04373	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC S MCC	0,8163	0,7863
04381	ASTMA A BRONCHIOLITIDA BEZ CC	0,4454	0,4033
04382	ASTMA A BRONCHIOLITIDA S CC	0,5501	0,5495
04383	ASTMA A BRONCHIOLITIDA S MCC	0,7245	0,6666
04391	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC BEZ CC	0,6310	0,6787
04392	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S CC	0,7517	0,7303
04393	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S MCC	1,0008	0,9961
04401	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK BEZ CC	0,8924	0,8511
04402	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK S CC	0,9137	0,9462
04403	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK S MCC	1,2480	1,3015
04411	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4666	0,4009
04412	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,5850	0,5542
04413	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	0,7933	0,7403
05000	ÚMRTÍ DO 5 DNÍ OD PŘÍJMU PŘI HLAVNÍ DIAGNÓZE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU	0,4051	0,5293
05021	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC	15,2923	13,1793
05022	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC	16,1487	14,7461
05023	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC	18,4394	15,7238
05031	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA OTEVŘENÉM SRDCI BEZ CC	13,1692	9,9009
05032	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA OTEVŘENÉM SRDCI S CC	13,1692	9,9009
05033	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA OTEVŘENÉM SRDCI S MCC	13,1692	12,4967
05041	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC	12,7006	10,5792
05042	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC	13,2276	11,7355
05043	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC	16,5941	13,2768
05051	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC	10,9661	9,6419
05052	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC	11,4452	9,6419
05053	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC	12,2784	10,3691
05061	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC	9,5387	8,0839
05062	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC	9,7976	8,5562
05063	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC	10,9984	8,5562
05081	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA ZAVŘENÉM SRDCI BEZ CC	3,6121	2,5737
05082	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA ZAVŘENÉM SRDCI S CC	7,4545	5,0354
05083	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA ZAVŘENÉM SRDCI S MCC	9,7429	6,6401

05091	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	4,6396	5,0865
05092	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	6,5739	7,5520
05093	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	8,1620	9,6407
05101	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	3,6723	4,0742
05102	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	3,9622	4,3543
05103	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	5,1142	4,9835
05121	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	9,9067	8,5806
05122	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	11,4811	10,1933
05123	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	13,2749	12,6834
05131	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	3,2569	3,7804
05132	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	3,3305	3,7804
05133	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	3,9691	4,0554
05141	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	2,0351	2,1631
05142	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	2,3788	2,6698
05143	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	3,4323	3,8592
05151	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY BEZ CC	1,9128	1,9908
05152	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S CC	2,1881	2,3860
05153	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S MCC	3,1630	3,6817
05171	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,2969	1,2205
05172	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,4260	1,4904
05173	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	1,7969	1,9018
05181	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ BEZ CC	1,0552	1,0633
05182	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ S CC	1,5999	1,6637
05183	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ S MCC	1,7970	1,8808
05201	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,9507	1,0980
05202	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,6615	2,0574
05203	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	3,3265	5,1785
05221	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	9,3137	9,1568
05222	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	10,2001	10,9162
05223	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	10,2001	10,9162

05231	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	5,0872	5,9808
05232	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	5,7403	5,9808
05233	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	5,8594	5,9808
05241	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	6,8828	7,2722
05242	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	7,3906	7,9376
05243	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	8,7989	8,9542
05261	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	8,5971	10,6120
05262	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	9,4074	10,6120
05263	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	9,5117	10,6120
05271	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	4,4563	5,3668
05272	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	4,8342	5,6606
05273	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	5,6915	5,6606
05281	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	6,1099	6,6133
05282	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	6,1099	7,2319
05283	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	8,1371	8,0173
05291	SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	7,9382	8,2839
05292	SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	8,4125	8,2839
05293	SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	8,6777	8,2839
05301	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	0,9841	0,9612
05302	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU	1,3169	1,0595

	MYOKARDU S CC		
05303	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	1,8099	1,3934
05311	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBE SRDEČNÍ BEZ CC	0,5642	0,5400
05312	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBE SRDEČNÍ S CC	0,8092	0,6322
05313	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBE SRDEČNÍ S MCC	0,9537	0,7402
05321	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,7403	0,7615
05322	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,0604	0,9631
05323	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	1,3601	1,4097
05331	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU BEZ CC	0,5232	0,4777
05332	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S CC	0,7688	0,7774
05333	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S MCC	1,2491	1,2239
05341	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA BEZ CC	1,2667	1,3954
05342	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA S CC	2,1399	1,9189
05343	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA S MCC	3,1517	4,5454
05351	SRDEČNÍ SELHÁNÍ BEZ CC	0,6225	0,5940
05352	SRDEČNÍ SELHÁNÍ S CC	0,7126	0,6879
05353	SRDEČNÍ SELHÁNÍ S MCC	0,9819	1,0299
05361	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA BEZ CC	0,4488	0,4285
05362	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA S CC	0,5071	0,5031
05363	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA S MCC	0,6193	0,6125
05371	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA BEZ CC	1,4058	1,3496
05372	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA S CC	1,5188	1,5929
05373	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA S MCC	2,8106	3,7655
05381	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY BEZ CC	0,4645	0,4542
05382	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY S CC	0,5921	0,5805
05383	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY S MCC	0,6797	0,7455
05391	ATEROSKLERÓZA BEZ CC	0,3465	0,3622
05392	ATEROSKLERÓZA S CC	0,5234	0,4977
05393	ATEROSKLERÓZA S MCC	0,7230	0,7108
05401	HYPERTENZE BEZ CC	0,3266	0,3330
05402	HYPERTENZE S CC	0,4086	0,4073
05403	HYPERTENZE S MCC	0,5327	0,4852
05411	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY BEZ CC	0,4023	0,3910
05412	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY S CC	0,6238	0,5456
05413	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY S MCC	0,9302	0,9377
05421	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ BEZ CC	0,3931	0,3978
05422	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ S CC	0,5610	0,5557
05423	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ S MCC	0,7635	0,7566
05431	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU BEZ CC	0,3268	0,3181
05432	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU S CC	0,4179	0,4264
05433	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU S MCC	0,5159	0,5280
05441	SYNKOPA A KOLAPS BEZ CC	0,3529	0,3378
05442	SYNKOPA A KOLAPS S CC	0,4534	0,4612
05443	SYNKOPA A KOLAPS S MCC	0,5848	0,5466
05451	KARDIOMYOPATIE BEZ CC	0,4345	0,3209
05452	KARDIOMYOPATIE S CC	0,6934	0,6180

05453	KARDIOMYOPATIE S MCC	1,0881	0,9638
05461	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU BEZ CC	0,6556	0,7330
05462	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU S CC	0,8337	1,0038
05463	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU S MCC	0,8337	1,4980
05471	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3865	0,3898
05472	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,5254	0,5342
05473	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	0,7319	0,7590
05481	ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍHO CÉVNÍHO ŘEČIŠTĚ BEZ CC	3,1956	3,3788
05482	ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍHO CÉVNÍHO ŘEČIŠTĚ S CC	3,5231	3,9645
05483	ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍHO CÉVNÍHO ŘEČIŠTĚ S MCC	4,2119	4,5544
06011	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU BEZ CC	3,1926	3,3017
06012	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S CC	3,7627	3,8277
06013	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S MCC	5,3364	5,5530
06021	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU BEZ CC	2,8631	3,1483
06022	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S CC	4,1546	4,8968
06023	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S MCC	4,6206	5,4443
06031	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU BEZ CC	1,5571	1,4491
06032	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S CC	2,1229	2,0162
06033	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S MCC	3,6205	3,6166
06041	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘÍŠNICE BEZ CC	0,9056	0,9622
06042	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘÍŠNICE S CC	1,0146	1,3113
06043	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘÍŠNICE S MCC	1,5014	1,6541
06051	VÝKONY NA APENDIXU BEZ CC	0,8376	0,8033
06052	VÝKONY NA APENDIXU S CC	1,0367	0,9920
06053	VÝKONY NA APENDIXU S MCC	1,4413	1,4489
06071	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU BEZ CC	1,7472	1,7163
06072	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S CC	2,0700	1,8930
06073	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S MCC	2,5418	2,8646
06081	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE BEZ CC	0,5627	0,5599
06082	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S CC	0,7610	0,7543
06083	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S MCC	1,0276	0,9838
06091	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY BEZ CC	0,5025	0,5088
06092	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY S CC	0,6291	0,6250
06093	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY S MCC	0,8678	0,7691

06101	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,8733	0,9071
06102	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	1,4005	1,5131
06103	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	2,6455	2,9570
06111	VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE BEZ CC	1,2466	1,1674
06112	VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE S CC	1,9509	1,6489
06113	VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE S MCC	2,0041	1,9901
06301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4811	0,4901
06302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	0,6157	0,6814
06303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	0,8093	1,0001
06311	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA BEZ CC	0,4106	0,4059
06312	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA S CC	0,6188	0,6289
06313	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA S MCC	0,9919	1,0017
06321	PORUCHY JÍCNU BEZ CC	0,3685	0,3616
06322	PORUCHY JÍCNU S CC	0,5578	0,5688
06323	PORUCHY JÍCNU S MCC	0,8803	0,8182
06331	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA BEZ CC	0,4484	0,4556
06332	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA S CC	0,5441	0,5638
06333	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA S MCC	0,6335	1,3177
06341	VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,6019	0,2844
06342	VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	1,1277	0,8456
06343	VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,3396	1,3452
06351	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4334	0,3725
06352	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	0,6229	0,5421
06353	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,0214	1,1582
06361	ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,8669	0,7928
06362	ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	0,9669	1,1829
06363	ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,6889	1,9760
06371	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA BEZ CC	0,3071	0,2524
06372	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA S CC	0,4094	0,3595
06373	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA S MCC	0,5347	0,5454
06381	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3128	0,2874
06382	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	0,4434	0,4423
06383	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	0,6517	0,6544
07011	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY BEZ CC	3,6363	4,0105
07012	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY S CC	4,6369	5,2158
07013	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY S MCC	6,9933	7,2147

07021	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	2,5084	3,2188
07022	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH S CC	3,3461	3,2188
07023	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH S MCC	4,6923	4,7944
07031	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ BEZ CC	1,3581	1,2818
07032	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S CC	1,8978	1,7715
07033	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S MCC	3,1213	3,0239
07051	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU BEZ CC	1,5519	1,4178
07052	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S CC	2,0497	2,1176
07053	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S MCC	3,3047	3,4965
07301	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA BEZ CC	0,5365	0,5863
07302	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA S CC	0,6480	0,7326
07303	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA S MCC	0,9549	1,0767
07311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU BEZ CC	0,5355	0,5705
07312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S CC	0,6770	0,7775
07313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S MCC	0,7615	0,9389
07321	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,6975	0,6950
07322	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S CC	0,9046	0,8681
07323	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S MCC	1,9195	1,8771
07331	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY BEZ CC	0,5204	0,5203
07332	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY S CC	0,6259	0,6657
07333	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY S MCC	0,9753	0,9516
07341	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST BEZ CC	0,4686	0,4433
07342	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S CC	0,6143	0,6050
07343	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S MCC	0,9456	0,9423
08011	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE BEZ CC	10,8644	12,6820
08012	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE S CC	14,6524	12,6820
08013	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE S MCC	20,9642	18,9992
08031	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY BEZ CC	4,7922	5,7613
08032	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S CC	5,2492	6,6466
08033	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S MCC	5,9305	6,6466
08051	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ BEZ CC	2,6799	8,9206
08052	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ S CC	2,6799	8,9206
08053	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ S MCC	5,7667	8,9206
08061	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ BEZ CC	2,9810	2,4859
08062	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A	3,4953	4,3746

	JEJICH KLOUBŮ S CC		
08063	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S MCC	4,5602	5,1617
08071	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	1,9842	2,6625
08072	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	2,3061	2,6625
08073	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	4,1000	4,4322
08081	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ BEZ CC	2,1808	2,2841
08082	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S CC	2,5265	2,6038
08083	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S MCC	3,2354	3,0552
08101	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE BEZ CC	1,5429	1,8890
08102	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S CC	2,1375	2,6163
08103	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S MCC	2,5871	3,0273
08111	VÝKONY NA KOLENU, BĚRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA BEZ CC	1,0592	1,1151
08112	VÝKONY NA KOLENU, BĚRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA S CC	1,2503	1,3448
08113	VÝKONY NA KOLENU, BĚRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA S MCC	1,5000	1,6569
08121	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ BEZ CC	0,3573	0,3566
08122	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S CC	0,4059	0,3933
08123	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S MCC	0,4874	0,5533
08131	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,6540	0,7390
08132	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU S CC	1,1177	1,3498
08133	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU S MCC	2,0254	1,5301
08141	VÝKONY NA CHODIDLE BEZ CC	0,5536	0,5909
08142	VÝKONY NA CHODIDLE S CC	0,6031	0,7327
08143	VÝKONY NA CHODIDLE S MCC	0,7967	0,9011
08151	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH BEZ CC	0,8092	0,8826
08152	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH S CC	1,1342	1,2646
08153	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH S MCC	1,4020	1,5725
08161	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI BEZ CC	0,4969	0,5232
08162	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI S CC	0,7513	0,7786
08163	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI S MCC	1,3346	1,3066
08171	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	0,5515	0,5926
08172	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	1,0243	1,0967
08173	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ	1,6976	2,3128

	TKÁŇ S MCC		
08301	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ BEZ CC	0,5936	0,7707
08302	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ S CC	0,6920	0,9683
08303	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ S MCC	1,1041	1,2356
08311	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE BEZ CC	0,5813	0,5497
08312	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE S CC	0,7088	0,6766
08313	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE S MCC	0,8807	0,8568
08321	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE BEZ CC	0,3297	0,2844
08322	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE S CC	0,4797	0,4884
08323	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE S MCC	0,5739	0,7972
08331	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY BEZ CC	0,6049	0,6367
08332	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY S CC	0,9224	0,8672
08333	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY S MCC	1,1115	0,9941
08341	OSTEOMYELITIDA BEZ CC	0,7692	0,7046
08342	OSTEOMYELITIDA S CC	0,8774	0,8880
08343	OSTEOMYELITIDA S MCC	1,1952	1,3449
08351	SEPTICKÁ ARTRITIDA BEZ CC	0,9466	0,7539
08352	SEPTICKÁ ARTRITIDA S CC	1,0748	1,6082
08353	SEPTICKÁ ARTRITIDA S MCC	2,0100	2,5351
08361	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁŇĚ BEZ CC	0,5914	0,7670
08362	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁŇĚ S CC	0,6563	0,7670
08363	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁŇĚ S MCC	0,8199	1,0616
08371	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY BEZ CC	0,4479	0,4595
08372	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S CC	0,5225	0,5364
08373	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S MCC	0,5881	0,6330
08381	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ BEZ CC	0,4639	0,6069
08382	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ S CC	0,5322	0,6837
08383	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ S MCC	0,6107	0,7996
08391	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU BEZ CC	0,5341	0,5574
08392	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU S CC	0,7265	0,6607
08393	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU S MCC	1,2407	1,2276
08401	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MĚNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY BEZ CC	0,3659	0,3454
08402	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MĚNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY S CC	0,4896	0,5180
08403	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MĚNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY S MCC	0,5629	0,6892
08411	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A	0,3392	0,3410

	POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC		
08412	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	0,5189	0,5340
08413	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	0,7221	0,8411
09011	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT BEZ CC	0,6718	0,8220
09012	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT S CC	1,0534	1,2857
09013	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT S MCC	1,9273	2,0331
09021	VÝKONY NA PRSECH BEZ CC	0,8253	0,8873
09022	VÝKONY NA PRSECH S CC	1,0123	1,0771
09023	VÝKONY NA PRSECH S MCC	1,0674	1,1353
09031	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU BEZ CC	0,4633	0,4825
09032	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S CC	0,7848	0,8633
09033	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S MCC	1,2401	1,3957
09301	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE BEZ CC	0,7673	0,7977
09302	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S CC	0,7673	0,7977
09303	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S MCC	0,9391	0,9856
09311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ BEZ CC	0,4740	0,4781
09312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ S CC	0,5897	0,6294
09313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ S MCC	0,7213	0,7396
09321	FLEGMÓNA BEZ CC	0,5569	0,4542
09322	FLEGMÓNA S CC	0,7445	0,6755
09323	FLEGMÓNA S MCC	0,9330	0,8918
09331	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU BEZ CC	0,2633	0,2140
09332	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S CC	0,3429	0,3074
09333	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S MCC	0,5339	0,4988
09341	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU BEZ CC	0,4232	0,4156
09342	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S CC	0,6158	0,5802
09343	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S MCC	0,6939	0,6677
10011	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM BEZ CC	2,8350	2,7944
10012	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM S CC	2,8889	3,1132
10013	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM S MCC	4,3757	3,8216
10021	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,6178	1,6794
10022	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	1,8964	1,8499
10023	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	2,5781	4,3227
10031	VÝKONY PRO OBEZITU BEZ CC	2,5735	2,9455
10032	VÝKONY PRO OBEZITU S CC	2,9440	3,3002
10033	VÝKONY PRO OBEZITU S MCC	5,3767	7,3192
10041	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,6803	1,5622
10042	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH,	2,1123	2,3875

	NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC		
10043	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	3,5979	3,1549
10051	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	1,0794	1,1608
10052	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S CC	1,2365	1,3427
10053	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S MCC	1,6347	1,8487
10061	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,5102	1,9793
10062	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	1,9343	2,6417
10063	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	4,0151	4,2831
10301	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY BEZ CC	0,4219	0,4288
10302	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S CC	0,5069	0,5154
10303	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S MCC	0,7403	0,7763
10311	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ BEZ CC	0,4255	0,3516
10312	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ S CC	0,4936	0,4290
10313	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ S MCC	0,6188	0,5725
10321	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU BEZ CC	0,3882	0,4167
10322	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU S CC	0,5142	0,5229
10323	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU S MCC	0,7090	0,7031
10331	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY BEZ CC	0,5916	0,6600
10332	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY S CC	0,5916	0,6600
10333	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY S MCC	0,6994	0,7631
11021	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI BEZ CC	4,5478	5,8453
11022	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI S CC	5,5534	5,8453
11023	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI S MCC	7,1694	7,7450
11031	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	1,9765	1,8408
11032	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S CC	2,2209	2,2142
11033	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S MCC	3,1174	2,9929
11041	DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY BEZ CC	1,2109	1,2838
11042	DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY S CC	1,4271	1,4936
11043	DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY S MCC	2,6898	3,2283
11051	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI BEZ CC	0,8603	0,8423
11052	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S CC	0,9837	0,9080
11053	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S MCC	1,4642	1,3763
11061	PROSTATEKTOMIE BEZ CC	1,1884	1,1859
11062	PROSTATEKTOMIE S CC	1,3365	1,1859
11063	PROSTATEKTOMIE S MCC	1,4211	1,3286
11071	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	0,5401	0,4918
11072	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S CC	0,6538	0,6012

11073	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S MCC	0,8080	0,7218
11081	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,5399	0,6705
11082	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,7804	0,8494
11083	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	1,3165	1,4838
11301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ BEZ CC	0,4065	0,3710
11302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ S CC	0,5836	0,5910
11303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ S MCC	0,8794	0,9365
11311	NEFRITIDA BEZ CC	0,4345	0,5086
11312	NEFRITIDA S CC	0,4890	0,5086
11313	NEFRITIDA S MCC	0,9020	0,9030
11321	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,4599	0,3973
11322	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,5616	0,5339
11323	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	0,7493	0,7214
11331	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU BEZ CC	0,5817	0,6148
11332	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S CC	0,8437	0,8324
11333	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S MCC	0,8437	0,8324
11341	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRA KORPORÁLNÍ LITOTRYPSE BEZ CC	0,2839	0,2469
11342	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRA KORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S CC	0,3935	0,3436
11343	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRA KORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S MCC	0,5990	0,4827
11351	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURĚTRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU BEZ CC	0,2296	0,2177
11352	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURĚTRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU S CC	0,3927	0,6412
11353	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURĚTRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU S MCC	0,4560	0,7691
11361	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	0,3207	0,2733
11362	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S CC	0,3999	0,3449
11363	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S MCC	0,4954	0,4980
11371	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,3024	0,2530
11372	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,4110	0,4093
11373	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	0,6673	0,7123
12011	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE BEZ CC	1,9219	1,8965
12012	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE S CC	1,9777	1,8965
12013	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE S MCC	2,5231	2,3135
12021	VÝKONY NA PENISU BEZ CC	0,4584	0,4604

12022	VÝKONY NA PENISU S CC	0,6167	0,6302
12023	VÝKONY NA PENISU S MCC	0,7059	1,4792
12031	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE BEZ CC	1,0052	1,0240
12032	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S CC	1,0935	1,1153
12033	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S MCC	1,3195	1,2769
12041	VÝKONY NA VARLATECH BEZ CC	0,4607	0,4225
12042	VÝKONY NA VARLATECH S CC	0,5818	0,5395
12043	VÝKONY NA VARLATECH S MCC	0,7057	0,6918
12051	CIRKUMCIZE BEZ CC	0,3135	0,2648
12052	CIRKUMCIZE S CC	0,3355	0,2890
12053	CIRKUMCIZE S MCC	0,3842	0,3510
12061	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,6298	0,5795
12062	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S CC	0,9668	0,8737
12063	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S MCC	1,2020	1,0725
12301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3767	0,4015
12302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,5506	0,6345
12303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,6952	0,9055
12311	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,2572	0,2085
12312	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S CC	0,3327	0,2719
12313	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S MCC	0,3987	0,3533
13011	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE BEZ CC	2,2554	3,0122
13012	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S CC	2,7714	3,5354
13013	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S MCC	2,9505	4,2964
13021	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH BEZ CC	1,4960	2,3553
13022	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S CC	1,8794	2,6562
13023	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S MCC	2,8503	4,0069
13031	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH BEZ CC	1,3462	1,8040
13032	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH S CC	1,5991	1,9600
13033	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH S MCC	2,2615	2,8787
13041	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH BEZ CC	0,9845	1,1650
13042	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH S CC	1,1045	1,3340

13043	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH S MCC	1,2585	1,5125
13051	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE BEZ CC	0,6077	0,5265
13052	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S CC	0,9245	0,7052
13053	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S MCC	0,9245	1,0577
13061	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,7680	0,9495
13062	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S CC	0,8998	1,0936
13063	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S MCC	1,0647	1,3790
13071	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY BEZ CC	0,2285	0,2890
13072	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S CC	0,3191	0,3746
13073	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S MCC	0,3579	0,5540
13081	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU BEZ CC	0,5093	0,5546
13082	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S CC	0,5401	0,6181
13083	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S MCC	0,5579	0,6181
13101	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,6601	0,9502
13102	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,9317	1,2220
13103	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,6179	2,3269
13301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4272	0,4317
13302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,5415	0,6034
13303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,7416	0,8173
13311	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,2910	0,2626
13312	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,4104	0,4361
13313	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,7529	0,7923
13321	MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,1708	0,1740
13322	MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,2824	0,3186
13323	MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,3945	0,5038
14601	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM BEZ CC	0,8797	1,0913
14602	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S CC	1,0843	1,3748
14603	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S MCC	1,3397	1,4564
14611	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ BEZ CC	0,6465	0,7816
14612	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S CC	0,7399	0,8897
14613	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S MCC	0,8864	1,0206
14621	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE	0,6914	1,5289

	A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE BEZ CC		
14622	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE S CC	2,4881	1,5289
14623	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE S MCC	3,4167	6,5227
14631	VAGINÁLNÍ POROD BEZ CC	0,5070	0,4604
14632	VAGINÁLNÍ POROD S CC	0,5593	0,5181
14633	VAGINÁLNÍ POROD S MCC	0,5593	0,5181
14641	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ BEZ CC	0,1719	0,1933
14642	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ S CC	0,2228	0,2261
14643	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ S MCC	0,2228	0,2261
14651	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE BEZ CC	0,1089	0,1133
14652	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S CC	0,2275	0,2593
14653	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S MCC	0,4523	0,3320
14661	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM BEZ CC	0,1691	0,1881
14662	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM S CC	0,3198	0,2196
14663	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM S MCC	0,7325	0,2846
14671	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC	0,1786	0,1273
14672	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC	0,4854	0,2826
14673	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC	0,4854	0,2826
14681	MIMODELOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM BEZ CC	0,8220	0,8801
14682	MIMODELOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM S CC	0,8890	1,0234
14683	MIMODELOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM S MCC	0,8890	1,0234
14691	MIMODELOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU BEZ CC	0,3062	0,3292
14692	MIMODELOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU S CC	0,4076	0,4227
14693	MIMODELOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU S MCC	1,1938	1,1948
14701	HROZÍCÍ POTRAT BEZ CC	0,2829	0,2727
14702	HROZÍCÍ POTRAT S CC	0,4864	0,4252
14703	HROZÍCÍ POTRAT S MCC	0,4864	0,4252
14711	FALEŠNÝ POROD BEZ CC	0,1280	0,1241
14712	FALEŠNÝ POROD S CC	0,1955	0,1436
14713	FALEŠNÝ POROD S MCC	0,2118	0,1675
14721	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM BEZ CC	0,2223	0,2775
14722	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM S CC	0,4393	0,6286
14723	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM S MCC	0,6339	0,6286
14731	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC	0,2324	0,2303
14732	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC	0,4111	0,3938
14733	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC	0,4492	0,3938
15601	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ BEZ CC	0,1952	0,1651
15602	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ S	0,3219	0,3208

	CC		
15603	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ S MCC	0,5458	0,5284
15611	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ BEZ CC	9,3056	9,6517
15612	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ S CC	13,0304	13,5150
15613	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ S MCC	20,7049	21,4750
15621	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	54,0693	68,5634
15622	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	54,0693	68,5634
15623	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	54,0693	68,5634
15631	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	7,5241	33,7628
15632	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	12,8842	33,7628
15633	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	32,3429	38,7358
15641	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	28,4310	7,4604
15642	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	34,9525	18,0846
15643	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	37,0756	18,0846
15651	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	8,1710	10,1785
15652	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	9,8328	10,1785
15653	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	16,7664	16,3227
15661	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	16,0373	7,2122
15662	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	16,0373	22,1166
15663	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	16,0373	25,8611
15671	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	3,4390	4,0850
15672	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	5,0730	4,7539
15673	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	8,5157	7,9674
15681	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	15,9115	7,7714
15682	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	15,9115	16,2811
15683	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	15,9115	21,1222
15691	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	0,6326	0,7891
15692	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ	1,6889	1,9545

	ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC		
15693	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	4,1192	4,4443
15701	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	4,5128	4,8161
15702	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	5,6477	10,7224
15703	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	14,9648	15,2995
15711	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM BEZ CC	0,4220	0,5053
15712	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM S CC	0,9180	1,2810
15713	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM S MCC	3,8517	4,8590
15720	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, SE SYNDROMEM DÝCHACÍCH POTÍŽÍ	9,0891	4,7684
15731	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM BEZ CC	0,6247	0,2932
15732	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM S CC	1,4767	0,3719
15733	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM S MCC	3,1040	3,9430
15741	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKČÍ BEZ CC	0,9857	0,9388
15742	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKČÍ S CC	1,0461	0,9388
15743	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKČÍ S MCC	3,4225	3,2744
15751	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	0,3147	0,2622
15752	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	0,4121	0,3469
15753	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	0,6721	0,4198
18011	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI BEZ CC	0,7533	0,2782
18012	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S CC	3,1328	3,4878
18013	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S MCC	6,6005	8,0324
18021	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE BEZ CC	1,2443	1,1006
18022	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S CC	1,8818	1,7561
18023	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S MCC	4,1175	4,3580
18301	SEPTIKÉMIE BEZ CC	0,9273	0,9388
18302	SEPTIKÉMIE S CC	1,1390	1,2039
18303	SEPTIKÉMIE S MCC	2,1669	2,6541
18311	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE BEZ CC	0,7108	0,6205
18312	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S CC	0,8137	0,7761
18313	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S MCC	1,4142	1,8536
18321	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU BEZ CC	0,4541	0,4196

18322	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU S CC	0,6285	0,5586
18323	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU S MCC	0,7856	0,7781
18331	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,4550	0,3615
18332	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S CC	0,6013	0,4744
18333	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S MCC	0,7587	0,6064
18341	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI BEZ CC	0,6222	0,5622
18342	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S CC	0,8823	0,8073
18343	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S MCC	1,3825	1,1762
20301	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE BEZ CC	0,1111	0,1276
20302	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S CC	0,1111	0,1276
20303	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S MCC	0,2041	0,1276
20311	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ BEZ CC	0,9051	0,4432
20312	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ S CC	0,9051	0,4432
20313	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ S MCC	0,9051	0,7528
20321	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU BEZ CC	0,4522	0,5981
20322	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU S CC	0,5616	0,6929
20323	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU S MCC	0,9535	1,9774
20331	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU BEZ CC	0,3092	0,3549
20332	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S CC	0,3731	0,4249
20333	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S MCC	0,6151	0,6829
20341	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH BEZ CC	0,4927	0,8361
20342	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH S CC	0,6216	0,9755
20343	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH S MCC	0,8149	0,9755
23011	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI BEZ CC	0,6618	0,8251
23012	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI S CC	1,3169	1,5748
23013	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI S MCC	4,1765	4,0065
23301	REHABILITACE BEZ CC	0,9678	0,9519
23302	REHABILITACE S CC	1,0445	1,1044
23303	REHABILITACE S MCC	1,2603	1,1044
23311	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY BEZ CC	0,3314	0,3219
23312	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY S CC	0,4640	0,4575
23313	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY S MCC	0,6003	0,5874
23321	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV BEZ CC	0,2408	0,2265

23322	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV S CC	0,4634	0,4531
23323	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV S MCC	0,9781	0,9535
23330	REHABILITACE > 55 DNÍ	5,5985	5,5985
23340	REHABILITACE 49-55 DNÍ	4,1696	4,1696
23351	REHABILITACE 42-48 DNÍ BEZ CC	2,9946	2,9946
23352	REHABILITACE 42-48 DNÍ S CC	2,9946	2,9946
23353	REHABILITACE 42-48 DNÍ S MCC	3,8618	3,8618
23361	REHABILITACE 35-41 DNÍ BEZ CC	2,5390	2,5390
23362	REHABILITACE 35-41 DNÍ S CC	2,5390	2,5390
23363	REHABILITACE 35-41 DNÍ S MCC	3,0212	3,0212
23371	REHABILITACE 28-34 DNÍ BEZ CC	2,0613	2,0613
23372	REHABILITACE 28-34 DNÍ S CC	2,0613	2,0613
23373	REHABILITACE 28-34 DNÍ S MCC	2,4106	2,4106
23381	REHABILITACE 21-27 DNÍ BEZ CC	1,5975	1,5975
23382	REHABILITACE 21-27 DNÍ S CC	1,6431	1,6431
23383	REHABILITACE 21-27 DNÍ S MCC	1,8578	1,8578
23391	REHABILITACE 14-20 DNÍ BEZ CC	1,2229	1,2229
23392	REHABILITACE 14-20 DNÍ S CC	1,2360	1,2360
23393	REHABILITACE 14-20 DNÍ S MCC	1,3160	1,3160
23401	REHABILITACE 5-13 DNÍ BEZ CC	0,7601	0,7601
23402	REHABILITACE 5-13 DNÍ S CC	0,7601	0,7601
23403	REHABILITACE 5-13 DNÍ S MCC	0,7841	0,7841
88871	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	0,9886	1,0519
88872	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	1,9972	2,3173
88873	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC	4,1014	5,0415
88881	PROSTATICKE VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	2,0442	1,4260
88882	PROSTATICKE VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	3,6132	1,4260
88883	PROSTATICKE VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC	4,4708	1,9011
88891	VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	0,6161	0,5904
88892	VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	1,1071	1,1562
88893	VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC	1,9772	2,2431
99980	HLAVNÍ DIAGNÓZA NEPLATNÁ JAKO PROPOUŠTĚCÍ DIAGNÓZA	0,1000	0,1133
99990	NEZAŘADITELNÉ	0,1000	0,1133

Příloha č. 11 k vyhlášce č. 475/2012 Sb.

Skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace⁴⁾ vyčleněné z úhrady podle případového paušálu s indexy těchto skupin

IR-DRG ⁴⁾	Název skupiny	Index 2013	Index 2011
16011	VÝKONY NA SLEZINĚ BEZ CC	2,4494	2,1345
16012	VÝKONY NA SLEZINĚ S CC	2,9075	3,3509
16013	VÝKONY NA SLEZINĚ S MCC	3,3075	3,3509
16021	JINÉ VÝKONY PRO KREVŇÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH BEZ CC	0,5996	0,7549
16022	JINÉ VÝKONY PRO KREVŇÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH S CC	0,8057	0,9018
16023	JINÉ VÝKONY PRO KREVŇÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH S MCC	1,5261	1,394
16301	AGRANULOCYTÓZA BEZ CC	0,7098	0,7
16302	AGRANULOCYTÓZA S CC	1,1564	1,2349
16303	AGRANULOCYTÓZA S MCC	1,6275	1,5934
16311	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI BEZ CC	0,5952	0,8383
16312	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI S CC	0,7106	0,8383
16313	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI S MCC	1,1432	1,3399
16321	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST BEZ CC	0,4884	0,6355
16322	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST S CC	0,4884	0,869
16323	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST S MCC	0,4884	1,3833
16331	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI BEZ CC	0,5702	0,622
16332	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI S CC	0,7052	0,7253
16333	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI S MCC	0,9069	0,9504
16341	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ BEZ CC	0,5223	0,4925
16342	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ S CC	0,7172	0,7014
16343	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ S MCC	1,0482	1,0653
19011	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI BEZ CC	1,2148	1,7409
19012	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI S CC	1,8852	2,705
19013	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI S MCC	4,9667	5,1376
19301	SCHIZOFRENIE BEZ CC	1,4458	1,7523
19302	SCHIZOFRENIE S CC	1,4458	2,0672
19303	SCHIZOFRENIE S MCC	1,5652	2,0672
19311	PSYCHÓZY BEZ CC	1,2005	1,5576
19312	PSYCHÓZY S CC	1,2005	1,5576
19313	PSYCHÓZY S MCC	1,3210	1,5576
19321	PORUCHY OSOBNOSTI BEZ CC	0,8680	1,1531
19322	PORUCHY OSOBNOSTI S CC	0,8680	1,1531
19323	PORUCHY OSOBNOSTI S MCC	1,2557	1,6814
19331	BIPOLÁRNÍ PORUCHY BEZ CC	1,4456	1,7665
19332	BIPOLÁRNÍ PORUCHY S CC	1,4456	1,7665

19333	BIPOLÁRNÍ PORUCHY S MCC	1,4456	1,7665
19341	DEPRESE BEZ CC	0,8451	0,9734
19342	DEPRESE S CC	1,0718	1,1554
19343	DEPRESE S MCC	1,6553	1,9099
19351	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH BEZ CC	0,5708	0,8093
19352	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH S CC	0,5708	0,8093
19353	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH S MCC	0,6949	0,8637
19361	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE BEZ CC	0,6784	0,836
19362	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE S CC	0,6784	0,836
19363	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE S MCC	0,8060	0,836
19371	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY BEZ CC	0,8207	1,2077
19372	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S CC	0,8207	1,2077
19373	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S MCC	0,8207	1,2077
19381	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY BEZ CC	1,9308	2,6767
19382	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY S CC	1,9308	2,6767
19383	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY S MCC	2,4450	3,2153
19391	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY BEZ CC	0,5105	0,6443
19392	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S CC	0,5247	0,8583
19393	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S MCC	0,7918	1,1681
21011	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH BEZ CC	1,6047	1,2565
21012	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH S CC	2,7138	3,0948
21013	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH S MCC	7,2275	10,4434
21021	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH BEZ CC	1,1904	1,3715
21022	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH S CC	2,2991	2,8417
21023	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH S MCC	4,7288	6,8005
21301	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH BEZ CC	0,6534	1,0941
21302	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH S CC	1,0895	1,4315
21303	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH S MCC	3,2779	2,3727
21311	ALERGICKÉ REAKCE BEZ CC	0,2027	0,184
21312	ALERGICKÉ REAKCE S CC	0,2492	0,2476
21313	ALERGICKÉ REAKCE S MCC	0,2492	0,3116
21321	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) BEZ CC	0,2925	0,2961
21322	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) S CC	0,4294	0,4442
21323	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) S MCC	0,9864	0,9678
21331	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ BEZ CC	0,2623	0,2244
21332	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ S CC	0,4727	0,3584
21333	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ S MCC	1,0086	0,6999

21341	SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO BEZ CC	0,5098	1,9265
21342	SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO S CC	1,8439	1,9265
21343	SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO S MCC	5,5155	1,9265
21351	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ BEZ CC	0,2924	0,2809
21352	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ S CC	0,4392	0,3483
21353	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ S MCC	1,0585	1,1605

Příloha č. 12 k vyhlášce č. 475/2012 Sb.

Skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace⁴⁾ vyčleněné z úhrady podle případového paušálu s indexy těchto skupin

IR-DRG⁴⁾	Název skupiny	Index 2013	Index 2011
00011	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC BEZ CC	26,1322	19,0045
00012	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC S CC	26,1322	19,0045
00013	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC S MCC	31,8367	35,3056
00021	TRANSPLANTACE JATER BEZ CC	16,7359	13,0007
00022	TRANSPLANTACE JATER S CC	16,7359	16,3404
00023	TRANSPLANTACE JATER S MCC	32,6533	31,6304
00031	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC	31,0787	56,6256
00032	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC	31,0787	56,6256
00033	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC	34,5925	56,6256
00070	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ) S TRANSPLANTACÍ SRDCE, PLIC, JATER, KOSTNÍ DŘENĚ	102,3751	122,3876
00141	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC	7,8944	3,7009
00142	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC	8,1651	4,9243
00143	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC	9,2647	11,6692
00151	SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC	1,4268	1,8549
00152	SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC	2,4802	2,4466
00153	SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC	4,2044	2,4466
00161	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM BEZ CC	26,3550	14,1939
00162	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM S CC	26,3550	14,1939
00163	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM	26,3550	14,1939

	VÝKONEM S MCC		
00171	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY BEZ CC	19,1082	9,5187
00172	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S CC	19,1082	9,5187
00173	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S MCC	19,1082	9,5187
03100	KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT	22,5400	24,8458
08091	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY BEZ CC	0,7906	0,9858
08092	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY S CC	1,7818	2,2853
08093	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY S MCC	3,5543	4,2538
11011	TRANSPLANTACE LEDVIN BEZ CC	5,8550	7,4615
11012	TRANSPLANTACE LEDVIN S CC	6,5808	7,4615
11013	TRANSPLANTACE LEDVIN S MCC	7,5387	7,9497
17011	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM BEZ CC	1,5335	0,9146
17012	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM S CC	2,7138	3,0458
17013	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM S MCC	8,6057	6,102
17021	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM BEZ CC	0,7324	1,3956
17022	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM S CC	1,8183	2,0051
17023	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM S MCC	2,7738	5,4591
17031	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM BEZ CC	2,5347	2,1137
17032	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM S CC	4,2214	3,4473
17033	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM S MCC	5,5796	4,581
17041	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM BEZ CC	0,9917	1,2362
17042	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM S CC	1,6797	1,9936
17043	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM S MCC	3,8397	3,4349
17301	AKUTNÍ LEUKÉMIE BEZ CC	0,8712	1,193
17302	AKUTNÍ LEUKÉMIE S CC	0,9602	1,193
17303	AKUTNÍ LEUKÉMIE S MCC	4,2378	2,4821
17311	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE BEZ CC	0,7735	0,9815
17312	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE S CC	1,3391	1,8425
17313	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE S MCC	2,1317	2,6388
17321	RADIOTERAPIE BEZ CC	1,3582	1,4185
17322	RADIOTERAPIE S CC	1,8659	1,5004
17323	RADIOTERAPIE S MCC	2,2157	1,9081
17331	CHEMOTERAPIE BEZ CC	0,7613	0,884

17332	CHEMOTERAPIE S CC	0,7613	0,884
17333	CHEMOTERAPIE S MCC	0,8816	1,0606
17341	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCovaných NÁDORŮ BEZ CC	0,5628	0,6335
17342	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCovaných NÁDORŮ S CC	0,6947	0,8114
17343	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCovaných NÁDORŮ S MCC	0,9231	0,9744
17351	CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII BEZ CC	1,3067	3,5277
17352	CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII S CC	1,5025	3,5277
17353	CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII S MCC	13,0084	10,6529
22501	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE BEZ CC	0,3380	0,2796
22502	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE S CC	0,3380	0,2796
22503	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE S MCC	0,3380	0,2796
22510	ROZSÁHLÉ POPÁLENINY S KOŽNÍM ŠTĚPEM	5,9817	6,6536
22521	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM BEZ CC	2,2478	2,3642
22522	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM S CC	6,6398	7,0889
22523	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM S MCC	6,6398	8,2046
22530	ROZSÁHLÉ POPÁLENINY BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU	1,5518	1,3981
22541	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ BEZ CC	0,8202	0,827
22542	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ S CC	1,2211	1,3823
22543	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ S MCC	3,4380	3,0796
22551	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE BEZ CC	0,5835	0,6691
22552	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE S CC	1,1567	1,443
22553	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE S MCC	1,2166	1,443
24010	HIV S VÝKONEM, S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV	0,9544	1,2376
24020	HIV S VÝKONEM, S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV	1,2227	1,2525
24031	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV BEZ CC	0,3839	0,3606
24032	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV S CC	0,3839	0,3606
24033	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV S MCC	0,3839	0,3606
24301	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU BEZ CC	1,9657	0,1262
24302	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU S CC	2,1118	1,434

24303	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU S MCC	4,8796	6,6909
24311	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ BEZ CC	0,1349	0,1399
24312	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ S CC	0,1349	0,1399
24313	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ S MCC	0,1349	0,1399
24320	HIV S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV	0,6034	0,3895
24331	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKcí SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU BEZ CC	5,0005	5,3823
24332	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKcí SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU S CC	5,0005	5,3823
24333	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKcí SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU S MCC	5,0005	5,3823
24341	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKcí SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY BEZ CC	0,8918	0,5458
24342	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKcí SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY S CC	0,8918	1,1392
24343	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKcí SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY S MCC	0,8918	1,1392
24350	HIV BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV	0,9842	0,7577
25011	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	4,2617	4,9536
25012	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	4,2617	5,5505
25013	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	7,4420	9,713
25021	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	3,4375	4,1643
25022	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	3,4375	4,1643
25023	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	5,7591	8,5955
25030	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	65,4383	59,8569
25040	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 504 HODIN (22-42 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	37,2718	37,654
25051	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	23,0031	23,1521
25052	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S	23,0031	23,1521

	EKONOMICKÝ NÁROČNÝM VÝKONEM S CC		
25053	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKÝ NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	23,0031	26,3363
25061	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN BEZ CC	13,9990	11,7983
25062	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN S CC	13,9990	13,2647
25063	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN S MCC	13,9990	13,2647
25071	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKÝ NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	11,9123	20,9485
25072	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKÝ NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	11,9123	20,9485
25073	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKÝ NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	16,2326	20,9485
25301	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	0,9717	1,1335
25302	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	0,9717	1,1335
25303	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	1,7608	2,3651
25311	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU BEZ CC	0,9612	1,4082
25312	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU S CC	0,9612	1,4082
25313	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU S MCC	1,2251	1,4082
25320	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ)	47,2581	49,5586
25330	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 504 HODIN (22-42 DNÍ)	20,2993	27,7664
25341	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) BEZ CC	8,3209	15,3977
25342	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S CC	15,3846	15,3977
25343	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S MCC	16,3254	15,3977
25361	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) BEZ CC	7,6528	9,6211
25362	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S CC	7,6528	11,3207
25363	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S MCC	7,6528	11,3207
25370	ÚMRTÍ DO 5 DNÍ OD PŘÍJMU PŘI POLYTRAUMATU	2,2333	3,229

Výše úhrad hrazených služeb podle § 8 odst. 2

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00900	<p><u>Komplexní vyšetření zubním lékařem při registraci pojištěnce</u> Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení léčebného plánu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou (dále jen „ZP“). Založení dokumentace se záznamem stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání včetně onkologické prohlídky, mezičelistních vztahů, anamnézy a individuálního léčebného postupu. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona.</p>	<p>Lze vykázat při registraci pojištěnce nově přijatého do péče, to je kód 00900 nelze vykázat v případě, že poskytovatelem byly na pacienta v posledních dvou letech vykazovány kódy pravidelné péče - kódy 00901a 00902, resp. 00946 a 00947. V témže kalendářním roce lze kód 00900 kombinovat pouze s kódem 00901, resp. 00946. Kombinaci kódů 00900 a 00901, resp. 00946 nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi jednotlivými vyšetřeními v roce je doporučeno dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést vyšetření dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost 014</p>	398 Kč
00901	<p><u>Opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka</u> Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené ZP. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení, frekvence vykazování v souladu s přílohou č.1 zákona), včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu</p>	<p>Lze vykázat 2/1 kalendářní rok na pojištěnce v rámci individuální preventivní péče o chrup dětí a dorostu, 1/1 kalendářní rok na pojištěnce v rámci preventivní péče o dospělé, dvakrát v průběhu těhotenství, mezi vyšetřeními musí u těhotných uplynout nejméně 3 měsíce. U dětí a dorostu nelze vykázat kombinaci kódů 00901 a 00901, resp. 00946 v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi jednotlivými vyšetřeními v roce je doporučeno z odborného hlediska dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce.</p>	368 Kč

	na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona.	Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁵⁾	
00902	<u>Péče o registrovaného pojištěnce nad 18 let věku</u> Agregovaný výkon zahrnující: kontrolu ústní hygieny, interdentální hygieny, motivaci pojištěnce po orientačním vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní. Ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok. Lze vykázat pouze po vykázání kódu 00901, resp. 00946 v témže kalendářním roce a zároveň pokud není vykázán kód 00900, kombinaci kódů 00901 a 00902, resp. 00947 nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi vykázáním jednotlivých kódů v roce je doporučeno dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést ošetření dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁵⁾	323 Kč
00903	<u>Vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou</u> Vyšetření odborníkem nebo specialistou na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření.	Nelze kombinovat s kódem 00908. Lze vykázat 1/1 den. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE ⁵⁾ ; 015; 605	200 Kč
00904	<u>Stomatologické vyšetření registrovaného pojištěnce od 1 roku do 6 let v rámci preventivní péče</u>	Lze vykázat 1/1 rok pouze v souvislosti s druhou preventivní prohlídkou v daném kalendářním roce, kódem 00901 popřípadě 00946 a diagnózou Z 012 – zubní vyšetření. Odbornost – 014	105 Kč
00906	<u>Stomatologické ošetření pojištěnce do 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce. Kód lze vykazovat pouze v souvislosti se	Lze vykázat 1/1 den. Odbornost – 014 Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních	95 Kč

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

	stomatologickými výkony, nikoliv s výrobky. U dětí lze vykázat i bez kurativního výkonu.	lékařů PA, CH, PE ⁵⁾ lze vykázat i při vyžádané péči neregistrovaného pojištěnce.	
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 jen s kódy 00900, 00901, 00903, 00909, 00946, a diagnózou Z 012 – zubní vyšetření). Odbornost – 014 Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE ⁵⁾ lze vykázat i při vyžádané péči neregistrovaného pojištěnce.	68 Kč
00908	<u>Akutní ošetření a vyšetření neregistrovaného pojištěnce – v rámci pohotovostní služby</u> Akutní ošetření náhodného pojištěnce mimo rámec preventivní péče. Ošetření zahrnuje vyšetření, paliativní ošetření v endodoncii, amputaci a exstirpaci dřeně, provizorní výplň, lokální ošetření gingivy / sliznice, konzervativní ošetření dentitio difficilis nebo parodontálního abscesu, zavedení a výměnu drénu, nebo opravu / úpravu snímatelné náhrady v ordinaci a podobně.	Nelze kombinovat s kódem 00903 a 00909. Lze 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 00900, 00901, 00902, 00903, 00908, 00945, 00946 a 00947. V kombinaci s kódem 00907 nelze vykázat samostatně s diagnózou Z 012 – zubní vyšetření. Kód lze nasmlouvat i pro poskytování lůžkové péče poskytovateli zubního lékařství nebo Ústavem klinické a experimentální stomatologie. 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	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	70 Kč

	snímku). Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem).		
00911	<u>Zhotovení extraorálního rentgenového snímku</u> Zhotovení skiografie lebky různých projekcí za každý snímek. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval, v případě odbornosti 015 i rentgenový snímek ruky (stanovení fáze růstu skeletu).	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	225 Kč
00912	<u>Náplň slinné žlázy kontrastní látkou</u> Sondáž, dilatace, náplň slinných žláz a vývodů kontrastní látkou. Následné rentgenové vyšetření je vykazováno kódem 00911 nebo 00913 poskytovatelem, který snímek indikoval.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE ⁵⁾ ; 605	581 Kč
00913	<u>Zhotovení ortopantomogramu</u> Zhotovení extraorálního panoramatického snímku na speciálním rentgenovém přístroji. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval.	Lze vykázat 1/2 roky Odbornost 014; 015; 605 (omezení frekvencí neplatí pro odbornost 605, 015 a pro odbornost 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE ⁵⁾ ;	275 Kč
00914	<u>Vyhodnocení ortopantomogramu</u> Vyhodnocení panoramatického rentgenového snímku zubních oblouků a skeletu čelistí nebo ostatních extraorálních snímků. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem); v případě odeslání pojištěnce k jinému zubnímu lékaři, který je držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁵⁾ , může kód vykázat i tento zubní lékař.	Lze vykázat 1/1 snímek/1 poskytovatel Odbornost – 014; 015; 605	70 Kč
00915	<u>Zhotovení telerentgenového snímku lbi</u> Zhotovení dálkového rentgenového snímku lbi na speciálním rentgenovém přístroji. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH; PE ⁵⁾ ; 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> Aplikace 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 zubu fotokompozitní výplní u pojištěnců do 18 let v rozsahu špičáků včetně, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu.	Lze vykázat 1 zub/6 měsíců 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, standardním materiálem podle přílohy č. 1 zákona (při použití samopolymeryjících 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 zubu definitivní výplní, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu a použitý materiál.	Lze vykázat 1 zub/6 měsíců Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu – v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 6 měsíců lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních. Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	126 Kč
00923	<u>Konzervativní léčba komplikací zubního kazu – stálý zub</u> Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, chemickou a medikamentózní přípravu a provizorní výplně. Po definitivním endodontickém ošetření zubu za každý zaplněný kořenový kanálek zinkoxydfosfátovým cementem. Počet návštěv nerozhoduje.	Nelze kombinovat s kódem 00925. Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub pouze tehdy, pokud následuje konzervačně – chirurgická léčba komplikací zubního kazu. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	181 Kč

00924	<p><u>Konzervativní léčba komplikací zubního kazu – dočasný zub</u> Po definitivním endodontickém ošetření dočasného zubu metodou vitální nebo mortální amputace jedenkrát. Při případné exstirpaci každý zaplněný kořenový kanálek. Ošetření je možné, když je dočasný zub klinicky pevný. Dle rentgenové resorbce nejvýše do poloviny kořene.</p>	<p>Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605</p>	176 Kč
00925	<p><u>Konzervativní léčba komplikací zubního kazu II.- stálý zub</u> Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, medikamentózní přípravu a provizorní výplně. Po definitivním endodontickém ošetření zubu za každý zaplněný kořenový kanálek při použití registrovaného materiálu metodou centrálního čepu. Počet návštěv nerozhoduje. I při ošetření zubu metodou apexifikace.</p>	<p>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</p>	265 Kč
00931	<p><u>Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu</u> Odborné vyšetření parodontu, vyšetření pomocí parodontologického indexu CPITN, stanovení individuálního léčebného postupu, zahájení konzervativní léčby – odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), instruktáž a motivace orální hygieny.</p>	<p>Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE⁵⁾</p>	700 Kč
00932	<p><u>Léčba chronických onemocnění parodontu</u> Vyšetření parodontu na základě zařazení onemocnění při vyšetření pomocí indexu CPITN, kdy je stanoven index CPI 2-3, případně dalších parodontologických indexů a vyšetřovacích metod v průběhu parodontologické léčby. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče. Pokračování konzervativní léčby (fáze iniciální nebo udržovací) – kontrola orální hygieny pomocí k tomu určených indexů (například PBI, API), jejichž hodnoty musí být zaznamenány v dokumentaci, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), remotivace a korekce konkrétní metody orální hygieny, odstranění lokálního dráždění parodontu. Odstup mezi vykázáním kódů 00932 musí být v takovém minimálním intervalu, aby bylo možno prokázat účelnost léčby. Přejícné</p>	<p>Lze vykázat 3/1 kalendářní rok Při třetím vykázání kódu v roce nutno zhodnotit léčbu pomocí indexu CPITN. Odbornost – 014</p>	243 Kč

	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 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE ⁵⁾	420 Kč
00934	<u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu</u> Chirurgické výkony navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu vedoucí k prohloubení vestibula a výkony s odklopením mukoperiostálního laloku vedoucí k odstranění parodontálních sulků – za každý sextant. Nelze vykázat s chirurgickými výkony s řízenou tkáňovou regenerací a implantacemi.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE ⁵⁾	1 000 Kč
00935	<u>Subgingivální ošetření</u> Instrumentální odstranění obsahu parodontálního chobotu (subgingiválního zubního kamene a plaku), odstranění nekrotického cementu, ohlazení povrchu zubního kořene a jeho kontrola u zubů s parodontálními choboty (CP 3,4). Lze provést ručními nástroji, ultrazvukovými či laserovými přístroji či jejich kombinací.	Lze vykázat 1/1 zub/365 dní Lokalizace – zub Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE ⁵⁾	84 Kč
00936	<u>Odebrání a zajištění přenosu transplantátu</u> Chirurgický výkon vedoucí k získání slizničního nebo kostního štěpu.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE ⁵⁾ ; 605	600 Kč
00937	<u>Artikulace chrupu</u> Po provedení celkového zábrusu okluze a artikulace chrupu na podkladě funkčního vyšetření stomatognátního systému. Nutno doložit modely před a po ošetření.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE ⁵⁾	433 Kč
00938	<u>Přechodné dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem</u> Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem zhotovené podle přílohy č. 1 zákona (samopolymerující kompozitní pryskyřice). Vykazuje se za každý zub.	Lze vykázat 1/1 zub/365 dní Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015	44 Kč

00940	<u>Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice</u> Při komplexním vyšetření ústní sliznice, stanovení diagnózy.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;PE ⁵⁾	700 Kč
00941	<u>Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice</u> Při kontrolním vyšetření v průběhu léčby.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;PE ⁵⁾	300 Kč
00943	<u>Měření galvanických proudů</u> Měření galvanických proudů v dutině ústní při vyšetření slizničních změn a měření impedance.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;PE ⁵⁾ ; 605	88 Kč
00945	<u>Cílené vyšetření</u> Vyšetření zaměřené na konkrétní obtíže registrovaného pojištěnce, v případě dohodnutých dlouhodobých zástupů a péče poskytované v rámci odbornosti 015 i u neregistrovaných pojištěnců.	Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00900,00901, 00902, 00903, 00908, 00909, 00931, 00932, 00940, 00941, 00946, 00947, 00981, 00983, 00984. Lze vykázat – bez omezení, při ošetření v několika návštěvách (endodontické ošetření, zhotovení protetických náhrad a jiné) pouze jednou. Odbornost – 014; 015	10 Kč
00946	<u>Opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka I</u> Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené ZP. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení, frekvence vykazování v souladu s přílohou č.1 zákona), včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona.	Lze vykázat 2/1 kalendářní rok na pojištěnce v rámci individuální preventivní péče o chrup dětí a dorostu, 1/1 kalendářní rok na pojištěnce v rámci preventivní péče o dospělé, dvakrát v průběhu těhotenství, mezi vyšetřeními musí u těhotných uplynout nejméně 3 měsíce. U dětí a dorostu nelze vykázat kombinaci kódů 00946 a 00946, resp. 00901 v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi jednotlivými vyšetřeními v roce je doporučeno z odborného hlediska dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost – 014	336 Kč
00947	<u>Péče o registrovaného pojištěnce nad 18 let věku I</u>	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok. Lze vykázat pouze po vykázání kódu	263 Kč

	Agregovaný výkon zahrnující: kontrolu ústní hygieny, interdentalní hygieny, motivace pojištěnce po orientačním vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní. Ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv.	00901, resp. 00946 v témže kalendářním roce a zároveň pokud není vykázán kód 00900, kombinaci kódů 00901 a 00902, resp. 00947 nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi vykázáním jednotlivých kódů v roce je doporučeno dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést ošetření dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost - 014	
00949	<u>Extrakce dočasného zubu</u> Extrakce dočasného zubu nebo radixu (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací, sutury a stavění krvácení kompresivní tamponádou.	Lze vykázat 1/1 zub Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	87 Kč
00950	<u>Extrakce stálého zubu</u> Extrakce stálého zubu nebo radixu (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací, sutury a stavění krvácení kompresivní tamponádou.	Lze vykázat 1/1 zub Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	168 Kč
00951	<u>Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu</u> Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku a hemiextrakce nebo egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu do jednoho sextantu nebo chirurgická revize extrakční rány.	Lze vykázat – bez omezení Lokalizace – zub Odbornost – 014; 605	525 Kč
00952	<u>Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu</u> Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku v blízkosti rizikových anatomických struktur nebo vyžadující snesení větší části kosti, primární uzávěr oroantrální komunikace, egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu větším než jeden sextant, exstirpace cysty nad 1 cm, odstranění sekvestru, artrocentéza temporomandibulárního kloubu nebo antrotomie a podobně.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;CH;PE ⁵⁾ ; 605	1 155 Kč
00953	<u>Chirurgické ošetřování retence zubů</u> Snesení tkání ležících v cestě erupci zubu a mobilizace zubu do směru žádané erupce (včetně odklopení	Lze vykázat 1/1 zub Lokalizace – zub Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému	630 Kč

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

00960	<u>Zevní incize</u> Léčba kolemčelistního zánětu zevní incisí, včetně dilatace, s vypuštěním exsudátu a zavedením drénu.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH;PE ⁵⁾ ; 605	600 Kč
00961	<u>Ošetření komplikací chirurgických výkonů v dutině ústní</u> Zavedení drénu či tamponády, přiložení plastického obvazu, výplachu rány lokálním léčebným prostředkem, dále stavění pozdního postextrakčního krvácení, revize extrakční rány, svalové rehabilitační cvičení a fyzikální terapie.	Lze vykázat 5/10 dnů Odbornost – 014; 015; 605	45 Kč
00962	<u>Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch</u> Vyšetření temporomandibulárního kloubu, zdokumentování onemocnění a konzervativní léčba temporomandibulární poruchy (například mezičelistní fixací, fyzikální terapií nebo manuální repozicí).	Lze vykázat 2/1kalendářní rok (omezení frekvencí neplatí pro odbornost 605, 015 a 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH;PE ⁵⁾) Odbornost – 014; 015; 605	300 Kč
00963	<u>Injekce i. m., i. v., i. d., s. c.</u> Zahrnuje injekční aplikaci léčiva, včetně ceny aplikace, není-li aplikovaná látka hrazena jiným způsobem.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	53 Kč
00965	<u>Čas zubního lékaře strávený dopravou za imobilním pojištěncem</u>	Nelze vykázat spolu s výkonem dopravy. Odbornost – 014; 605 Výkon je hrazen na podkladě doporučení praktického lékaře.	210 Kč
00966	<u>Signální výkon – informace o vydání Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti nebo Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)</u> Výkon vykazuje ošetřující lékař, který vystavuje Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, případně Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče).	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014	5 Kč
00967	<u>Signální výkon – informace o vydání Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti nebo Rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování (péče)</u> Výkon vykazuje ošetřující lékař, který Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti, případně Rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování (péče), vystavil.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014	5 Kč
00968	<u>Stomatochirurgické ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatochirurgem poskytovatele</u>	Lze vykázat 1/1 den pouze v souvislosti s kódy 00951, 00952, 00953, 00954, 00955, 00956,	1 000 Kč

	Písemná zpráva.	00957, 00958, 00960, 00962. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH. ⁵⁾ Ošetření na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení).	
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	91 Kč
00971	<u>Provizorní ochranná korunka</u> Adaptace a fixace konfekční korunky k ochraně preparovaného, frangovaného nebo jinak destruovaného zubu, nebo individuální ochranná korunka zhotovená razidlovou metodou v ústech pacienta. Zahrnuje i opakované nasazení.	Lze vykázat 1/730 dní Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	69 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 5/1kalendářní rok Nelze vykázat při odevzdání nové snímatelné náhrady (nejdříve dva měsíce po odevzdání nové snímatelné náhrady). Lokalizace – čelist Odbornost – 014; 015; 605	39 Kč
00974	<u>Odevzdání stomatologického výrobku</u> Poskytovatel vykazuje při odevzdání stomatologického výrobku (kód slouží pouze pro vykazování zvlášť účtovaných léčivých přípravků a stomatologických výrobků (dokladem 03s).	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	0 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 poskytovatele 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	Lze vykázat 1/1 čelist Lokalizace – čelist Odbornost – 015	1 300 Kč

	aparátu včetně přípravy zubů.		
00983	<u>Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Kontrola postupu léčby a úprav na fixním aparátu na jednom i obou zubních obloucích, a to po vykázaní kódu 00982 nebo 00994. Vztahuje se na všechny kontroly fixního aparátu v daném čtvrtletí a na kontrolu souběžně používaného snímacího aparátu.	Lze vykázat 1/1 čtvrtletí po dobu 4 let. Odbornost – 015	800 Kč
00984	<u>Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Kontrola postupu léčby dle individuálního léčebného postupu a funkce snímacích aparátů včetně jejich úpravy. Pro sledování průběhu změn po ortodonticky indikovaných extrakcích bez aparátu. Vztahuje se na všechny kontroly snímacího aparátu v daném čtvrtletí.	Lze vykázat 1/1 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 telorentgenů a ortopantomogramu).	Lze vykázat 2/1 čelist S časovým odstupem 3 let lze vykázat jedenkrát na čelist v návaznosti na kód 00982 a jedenkrát na čelist v návaznosti kódu 00994. Lokalizace – čelist Odbornost – 015	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 individuálního léčebného postupu. Součástí může být i použití pevných, nebo snímacích dlah, retainerů nebo jiných retenčních aparátů.	Lze vykázat 1/1 kalendářní 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 kalendářní rok Odbornost – 015	116 Kč
00989	<u>Analýza ortodontických modelů</u> Vyhodnocení ortodontických modelů	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 015	315 Kč

	zubních oblouků a přilehlých tkání, včetně případných dalších speciálních měření.		
00990	<u>Diagnostická přestavba ortodontického modelu</u> Přestavba zubů ortodontického modelu jedné čelisti z diagnostických důvodů nebo modelová operace čelistí k chirurgickým účelům.	Lze vykázat 1/1 čelist Lokalizace – čelist Odbornost – 015	473 Kč
00991	<u>Nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku</u> Palatinální nebo linguální expanzní nebo kotevní drátěný oblouk nebo lip-bumper, továrně zhotovené, jejich adaptace a zasazení do zařízení na 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 pojištěnce Odbornost – 015	210 Kč
00993	<u>Navázání parciálního oblouku</u> Příprava a navázání částečného drátěného oblouku v rozsahu do 6 zubů do zámků nebo kanyl jako součásti fixního aparátu.	Lze vykázat 4/1kalendářní pololetí (1x na kvadrant). Odbornost – 015	300 Kč
00994	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk</u> 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

Vysvětlení zkratk:

PZL praktický zubní lékař
PA parodontolog
CH stomatochirurg
PE pedostomatolog

Příloha č. 14 k vyhlášce č. 475/2012 Sb.

Koeficienty změny počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle krajů České republiky

Index změny počtu pojištěnců mezi 1.1.2013 a 1.1.2011							
kraj / ZP	ČPZP	OZP	RBP	VoZP	VZP ČR	ZP MV ČR	ZPŠ
Hlavní město Praha	1,17	1,01	1,00	1,10	0,98	1,05	1,00
Jihočeský kraj	1,07	1,00	1,00	1,08	0,97	1,04	1,00
Jihomoravský kraj	1,05	1,00	1,00	1,20	0,97	1,04	1,00
Karlovarský kraj	1,00	1,00	1,00	1,19	0,95	1,04	1,00
Kraj Vysočina	1,04	1,00	1,00	1,19	0,98	1,04	1,00
Královéhradecký kraj	1,09	1,00	1,00	1,06	0,96	1,06	1,03
Liberecký kraj	1,00	1,00	1,00	1,16	0,97	1,06	1,00
Moravskoslezský kraj	1,02	0,94	1,03	1,09	0,92	1,14	1,00
Olomoucký kraj	1,04	0,96	1,00	1,07	0,93	1,05	1,00
Pardubický kraj	1,07	1,06	1,00	1,16	0,97	1,07	1,00
Plzeňský kraj	1,00	0,99	1,00	1,25	0,96	1,04	1,00
Středočeský kraj	1,04	1,07	1,00	1,18	0,99	1,07	1,01
Ústecký kraj	1,09	1,01	0,78	1,19	0,96	1,05	1,00
Zlínský kraj	1,04	1,00	1,00	1,36	0,97	1,09	1,00

Příloha č. 15 k vyhlášce č. 475/2012 Sb.

Léčivé přípravky vyjmuté z platby případovým paušálem

1. Z platby případovým paušálem jsou vyjmuty:

1.1. Léčivé přípravky obsahující tyto léčivé látky:

B02BB01
 B02BD01
 B02BD02
 B02BD03
 B02BD04
 B02BD05
 B02BD06
 B02BD07
 B02BD08
 B02BD09

B02BD10

B05AA02

1.2. Tyto individuálně vyráběné léčivé přípravky:

Kryoprotein (0207926)