

Ročník 2009



SBÍRKA ZÁKONŮ

ČESKÁ REPUBLIKA

Částka 150

Rozeslána dne 30. prosince 2009

Cena Kč 82,–

O B S A H:

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

471

VYHLÁŠKA

ze dne 18. prosince 2009

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

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

§ 1

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

- a) ve smluvních zdravotnických zařízeních ústavní péče, včetně odborných léčebných ústavů, léčeben dlouhodobě nemocných, zdravotnických zařízení vykazujících ošetrovací den č. 00005 podle vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami³⁾ (dále jen „seznam vý-

konů“), a zdravotnických zařízení hospicového typu podle § 22a zákona,

- b) smluvními praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost,
- c) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících specializovanou ambulantní zdravotní péči, včetně ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících hemodialyzační zdravotní péči a ortoptickou zdravotní péči,
- d) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů,
- e) smluvními zubními lékaři,
- f) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen „vyjmenované odbornosti“),
- g) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornostech 911, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů,
- h) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů,
- i) smluvními zdravotnickými zařízeními zdravot-

¹⁾ Nařízení Rady (EHS) č. 1408/71 ze dne 14. června 1971 o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství a nařízení Rady (EHS) č. 574/72 ze dne 21. března 1972, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (EHS) č. 1408/71 o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství. Od 1. 5. 2010 nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, včetně jeho novely (nařízení ES č. 988/2009), a nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 987/2009 stanovující procedury pro implementaci nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení.

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

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

nické záchranné služby, smluvními zdravotnickými zařízeními poskytujícími dopravní zdravotní službu a lékařskou službu první pomoci,

- j) smluvními zdravotnickými zařízeními lázeňské péče a ozdravovny,
- k) v rámci neodkladné zdravotní péče v nesmluvních zdravotnických zařízeních.

§ 2

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

§ 3

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

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

§ 4

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

§ 5

Pro specializovanou ambulantní zdravotní péči poskytovanou v ambulantních zdravotnických zařízeních, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota

bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení stanoví v příloze č. 3 k této vyhlášce.

§ 6

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

§ 7

(1) Pro zdravotní péči poskytovanou zubními lékaři, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu stanoví ve výši 0,95 Kč.

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

(3) Zdravotní pojišťovna je oprávněna po projednání se zástupci profesních sdružení poskytovatelů stomatologické péče zúčastněnými v dohodovacím řízení podle § 17 odst. 6 zákona omezit výši úhrady zdravotnickým zařízením tak, aby celková výše nákladů zdravotní pojišťovny vynaložených na zdravotní péči poskytovanou zubními lékaři, stanovené ve zdravotně pojistném plánu zdravotní pojišťovny na tuto zdravotní péči, bylo způsobeno poskytnutím většího objemu nutné a neodkladné zdravotní péče oproti roku 2009, zdravotní pojišťovna tento větší objem zohlední v úhradě.

§ 8

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

§ 9

Pro zdravotní péči poskytovanou ambulantními zdravotnickými zařízeními v odbornostech 911, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů, hrazenou podle

⁴⁾ § 10 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění zákona č. 261/2007 Sb.
Cenový předpis Ministerstva zdravotnictví č. 1/2010/DZP částka 9 Věst. MZ.

seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 6 k této vyhlášce.

§ 10

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

§ 11

Pro zdravotní péči poskytovanou v rámci zdravotnické záchranné služby, hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,06 Kč.

§ 12

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

§ 13

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

§ 14

(1) Pro komplexní lázeňskou péči poskytovanou zdravotnickými zařízeními lázeňské péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána pro rok 2009, nejméně však ve výši 850 Kč.

(2) Pro příspěvkovou lázeňskou péči poskytovanou zdravotnickými zařízeními lázeňské péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána pro rok 2009, nejméně však ve výši 280 Kč.

(3) Pro zdravotní péči poskytovanou v ozdravovnách se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána pro rok 2009, nejméně však ve výši 540 Kč.

§ 15

Podle § 2 až 14 se postupuje, pokud se zdravotní pojišťovna a zdravotnické zařízení při dodržení podmínek stanovených v § 17 odst. 6 zákona nedohodnou jinak.

§ 16

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2010.

Ministryně:

Mgr. Jurásková, Ph.D., MBA v. r.

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

A) Ústavní péče podle § 3 odst. 1

1. Úhrada zdravotnickému zařízení v roce 2010 zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady, paušální složku úhrady za hospitalizační péči, úhradu formou případového paušálu a ambulantní složku úhrady. Referenčním obdobím se rozumí rok 2008. Do referenčního období je zařazena veškerá zdravotní péče poskytnutá v roce 2008, zdravotnickým zařízením vykázaná do 31.5.2009 a zdravotní pojišťovnou uznaná do 31.9.2009.

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

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

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

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

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

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

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

kde:

⁵⁾ Sdělení ČSÚ č. 432/2009 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

kde:

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

ICB_{ref} vypočtená individuální cena bodu zdravotnického zařízení

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

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

LP_{alfa} paušální částka, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 7 zákona, k 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. 10

KP_{alfa} celková výše úhrady za ostatní zdravotní péči hrazenou v korunách (kromě ZUM_{alfa} , $ZULP_{\text{alfa}}$ a LP_{alfa}) vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou za referenční období, poskytnutou zdravotnickým zařízením v průběhu hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 10

Kn koeficient nárůstu paušální úhrady, který se pro rok 2010 stanoví ve výši 1,052

- 3.2 V případě, že počet hospitalizací za rok 2010 zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, uvedených v příloze č. 10, je ve zdravotnickém zařízení nižší než 200, nepoužije se odečet od paušální úhrady (PU_{hosp2008}) podle bodu 3.1 (paušální složka úhrady za hospitalizační péči (PU_{hosp2010}) se vypočte jako $PU_{\text{hosp2008}} * Kn$) ani úhrada formou případového paušálu stanovená v bodě 4.
- 3.3 Paušální složka úhrady za hospitalizační péči (PU_{hosp2010}), náleží zdravotnickému zařízení, jestliže zdravotnické zařízení vykáže a zdravotní pojišťovna uzná počet hospitalizací ukončených v roce 2010, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, vynásobený Indexy, které jsou uvedeny v příloze č. 9, ve výši alespoň 98 % zdravotnickým zařízením vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného počtu hospitalizací, ukončených v roce 2008, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, vynásobeného Indexy, které jsou uvedeny v příloze č. 9 a zároveň, pokud zdravotnické zařízení vykáže a zdravotní pojišťovna uzná počet hospitalizací ukončených v roce 2010, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 9, ve výši alespoň 95 % zdravotnickým zařízením vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného počtu hospitalizací, ukončených v roce 2008, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, uvedených v příloze č. 9. Do hodnoceného ani referenčního období se nezapočítávají hospitalizace, které jsou podle Klasifikace zařazeny do vyjmenovaných skupin a skupin uvedených v příloze č. 10.
- 3.4 Pokud zdravotnickým zařízením vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný počet hospitalizací, ukončených v roce 2010, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, vynásobený Indexy, které jsou uvedeny v příloze č. 9, bude menší než 98 % zdravotnickým zařízením vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného počtu hospitalizací, ukončených v roce 2008, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, vynásobeného Indexy, které jsou uvedeny v příloze č. 9, nebo pokud zdravotnickým zařízením vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný počet hospitalizací ukončených v roce 2010, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 9, bude menší než 95 % zdravotnickým zařízením vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného počtu hospitalizací, ukončených v roce 2008, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 9, paušální složka úhrady za hospitalizační péči

(PU_{hosp2010}) se pro rok 2010 sníží o takový počet procentních bodů, odpovídající vyšší z obou hodnot, o které nebylo dosaženo 95 %, popřípadě 98 %, příslušné hodnoty podle bodu 3.3. Do hodnoceného ani referenčního období se nezapočítávají hospitalizace, které jsou podle Klasifikace zařazeny do vyjmenovaných skupin a skupin uvedených v příloze č. 10.

- 3.5 Zdravotní pojišťovna v roce 2010 poskytne smluvním zdravotnickým zařízením, při splnění podmínek uvedených v bodech 3.3 a 3.4, v souhrnu úhradu za poskytnutou zdravotní péči zahrnutou podle bodu 3.1. do (PU_{hosp2010}) a zdravotní péči zařazenou podle Klasifikace do vyjmenovaných skupin uvedených v bodě 2 alespoň ve výši odpovídající 107 % úhrady takové péče v roce 2008.

4. Úhrada formou případového paušálu (PU_{drg2010}) zahrnuje úhradu za zdravotní péči zařazenou podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 a stanoví se takto:

$$PU_{\text{drg2010}} = CM_{\text{red}} * ZS_{\text{alfa2010}}$$

kde:

CM_{red} redukováná výše CM_{alfa2010} , která se stanoví ve výši CM_{alfa2010} s následujícími výjimkami:

- a) pokud poměr $CM_{\text{alfa2010}} / CM_{\text{alfa2008}}$ je větší než 1,15, potom

$$CM_{\text{red}} = CM_{\text{alfa2008}} * 1,15$$

- b) pokud poměr $CM_{\text{alfa2010}} / CM_{\text{alfa2008}}$ leží v intervalu od 1,05 do 1,15 a zároveň platí, že PP_{alfa} je menší než 0,98, potom

$$CM_{\text{red}} = CM_{\text{alfa2008}} * (PP_{\text{alfa}} + 0,02)$$

kde:

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

ZS_{alfa2010} základní sazba pro úhradu formou případového paušálu, která se pro rok 2010 vypočte takto:

$$ZS_{\text{alfa2010}} = [IZS_{\text{alfa2008}} * (1 - Kp) + (ZS_{\text{ref}} * Kp)] * Kn_{\text{alfa}}$$

kde:

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

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

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

5. Ambulantní složka úhrady zahrnuje úhradu specializované ambulantní zdravotní péče, zdravotní péče v odbornostech 603 a 604, podle seznamu výkonů, zdravotní péče poskytované praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost, zdravotní péče poskytované zubními lékaři, zdravotní péče ve vyjmenovaných odbornostech, zdravotní dopravy, lékařské služby první pomoci a zdravotní péče poskytované v odbornostech 902, 911, 914, 916, 921 a 925 (dále jen „ambulantní péče“) s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření.
- 5.1 Pro specializovanou ambulantní zdravotní péči, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 3 k této vyhlášce. Pro stanovení výše úhrady této zdravotní péče se nepoužije vypočtený objem pro jednotlivé odbornosti a snížená hodnota bodu pro zdravotní péči poskytnutou nad tento objem, které jsou uvedeny v příloze č. 3 A) bodu 1 písm. f).
- 5.2 Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornostech 603 a 604, podle seznamu výkonů, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 4 k této vyhlášce.
- 5.3 Pro zdravotní péči poskytovanou všeobecnými praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost, hrazenou kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce.
- 5.4 Zdravotní péče poskytovaná zubními lékaři se hradí podle § 7 této vyhlášky.
- 5.5 Pro zdravotní péči poskytovanou ve vyjmenovaných odbornostech, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 5 k této vyhlášce.
- 5.6 Pro výkony zdravotní dopravy, hrazené podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 8 k této vyhlášce.
- 5.7 Zdravotní péče poskytovaná v rámci lékařské služby první pomoci se hradí podle § 13 této vyhlášky.
- 5.8 Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornosti 902, podle seznamu výkonů, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 7 k této vyhlášce.
- 5.9 Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornostech 911, 914, 916, 921 a 925, podle seznamu výkonů, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 6 k této vyhlášce.
- 5.10 Pro nasmlouvaný výkon 09563, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,91 Kč.

5.11 Úhrada za zdravotní péči uvedenou v bodech 5.1 až 5.9, poskytnutou v roce 2010, vykázanou zdravotnickým zařízením do 31.3.2011 a zdravotní pojišťovnou uznanou do 31.5.2011 bude rovna součtu úhrad vypočtených podle bodů 5.1 až 5.9 v případě, že tento součet nebude nižší než 105 % hodnoty ($U_{amb2008}$) a zároveň nebude vyšší než 109 % hodnoty ($U_{amb2008}$). Hodnota ($U_{amb2008}$) se vypočte takto:

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

kde:

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

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

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

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

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

Do úhrady za zdravotní péči uvedenou v bodech 5.1 až 5.9 se nezahrnuje zdravotní péče, která byla v referenčním období hrazena v rámci individuálně smluvně sjednané složky úhrady.

5.12 Pokud součet úhrad vypočtených podle bodů 5.1 až 5.9 bude nižší než 105 % hodnoty ($U_{amb2008}$), stanoví se výsledná úhrada ($UV_{amb2010}$) jako:

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

5.13 Pokud součet úhrad vypočtených podle bodů 5.1 až 5.9 bude vyšší než 109 % hodnoty ($U_{amb2008}$), stanoví se výsledná úhrada ($UV_{amb2010}$) jako:

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

5.14 Pokud zdravotnickým zařízením vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný počet bodů za výkony ambulantní péče za rok 2010 bude nižší než 100 % počtu bodů zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných

za výkony poskytnuté v rámci ambulantní péče za referenční období, a dále v případě, že výsledná úhrada za ambulantní péči bude stanovena podle bodů 5.11 až 5.13, výsledná úhrada ($UV_{amb2010}$) se pro rok 2010 sníží o stejný počet procentních bodů, o který nebylo dosaženo 100 % hodnoty ($U_{amb2008}$) stanovené v bodě 5.11

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

B) Ústavní péče podle § 3 odst. 2

1. Paušální sazba za jeden den hospitalizace

- a) Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetrovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného ošetrovacího dne, včetně režie přiřazené k ošetrovacímu dni a kategorie pacienta, podle seznamu výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 7 zákona, a zdravotní výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření podle seznamu výkonů.

- b) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace, s výjimkou psychiatrických odborných léčebných ústavů vykazujících ošetrovací dny 00021 a 00026 podle seznamu výkonů, se stanoví ve výši 107 % paušální sazby za ošetrovací den náležející zdravotnickému zařízení v roce 2008.
- c) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v psychiatrických odborných léčebných ústavech vykazujících ošetrovací dny 00021 a 00026 podle seznamu výkonů se stanoví ve výši 113 % paušální sazby za ošetrovací den náležející zdravotnickému zařízení v roce 2008.
- d) Pokud dojde ve zdravotnickém zařízení ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s rokem 2008 a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je ve smlouvě, včetně vyčíslení navýšení (krácení) úhrad.

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

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

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

kde:

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

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

POPro počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v referenčním období; v případě sloučení zdravotních pojišťoven se počtem unikátních ošetřených pojištěnců rozumí součet unikátních ošetřených pojištěnců za zdravotní pojišťovny, které se sloučily (pokud byl pojištěnec v referenčním

období pojištěncem více než jedné zdravotní pojišťovny, do počtu unikátních ošetřených pojištěnců se započítává pouze jednou).

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

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

C) Regulační omezení

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

D) Navýšení úhrady

Zdravotnickému zařízení, které přesahuje požadavky na personální vybavení zdravotnických zařízení stanovené seznamem výkonů, zdravotní pojišťovna poskytne navýšení úhrady v souvislosti se zvýšením kvality ošetrovatelské péče (NÚ₂₀₁₀). Výše poskytnutého navýšení se vypočte takto:

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

kde:

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

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

Tabulka č. 1:

kraj	Všeobecná zdravotní pojišťovna	Vojenská zdravotní pojišťovna	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	Oborová zdravotní pojišťovna	Zdravotní pojišťovna Škoda
Praha hl. m.	0,6242	0,0475	0,0035	0,2258	0,0006
Středočeský	0,5816	0,0415	0,0146	0,0841	0,0777
Jihočeský	0,6456	0,1307	0,0436	0,0446	0,0001
Plzeňský	0,6225	0,0720	0,0459	0,0673	0,0001
Karlovarský	0,7108	0,0684	0,0799	0,0407	0,0001
Ústecký	0,7038	0,0612	0,0338	0,0521	0,0003
Liberecký	0,7615	0,0876	0,0250	0,0363	0,0115
Královehradecký	0,6228	0,0870	0,0508	0,0397	0,0560
Pardubický	0,7281	0,0620	0,0559	0,0365	0,0004
Vysočina	0,7547	0,0331	0,0410	0,0244	0,0001
Jihomoravský	0,6078	0,0562	0,0443	0,0434	0,0001
Olomoucký	0,4498	0,0899	0,0849	0,0293	0,0001
Zlínský	0,6627	0,0204	0,0951	0,0269	0,0000
Moravskoslezský	0,37	0,02	0,27	0,02	0,00
	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra	Revírní bratrská pokladna	Zdravotní pojišťovna Metal-Aliance	Zdravotní pojišťovna Média	
Praha hl. m.	0,0926	0,0005	0,0023	0,0030	
Středočeský	0,0911	0,0002	0,1053	0,0041	
Jihočeský	0,1319	0,0001	0,0003	0,0030	
Plzeňský	0,1311	0,0001	0,0567	0,0045	
Karlovarský	0,0938	0,0002	0,0009	0,0053	
Ústecký	0,1126	0,0070	0,0199	0,0094	
Liberecký	0,0698	0,0001	0,0004	0,0077	
Královehradecký	0,1371	0,0001	0,0014	0,0051	
Pardubický	0,1112	0,0002	0,0012	0,0045	
Vysočina	0,0973	0,0003	0,0433	0,0057	
Jihomoravský	0,1815	0,0217	0,0403	0,0047	
Olomoucký	0,1014	0,0114	0,2301	0,0031	
Zlínský	0,0872	0,1031	0,0017	0,0029	
Moravskoslezský	0,06	0,25	0,00	0,00	

Hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení podle § 4**A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba**

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

č. výkonu	Název
01023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
04508	LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ GINGIVY/SLIZNICE
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY OD 1 CM ² DO 10 CM ²
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM

09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
44239	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ BÉRCOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BÉREC)
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

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

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

4. Pro zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby, zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny a za zahraniční pojištěnce, zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč.
5. Pro výkony 01021, 01022, 02021, 02022, 02031, 02032, 02110, 02120, 02125, 02127 až 02150, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč.
6. Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,91 Kč.
7. Index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let.

Věkové skupiny a indexy:

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

B) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

1. Výše kapitační platby s dorovnáním kapitace se stanoví podle písmene A) bodu 1. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy praktický lékař nebo praktický lékař pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet přepočtených pojištěnců registrovaných u příslušné zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců (celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky) a poskytování takové zdravotní péče je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona.
2. Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet přepočtených pojištěnců registrovaných u příslušné zdravotní pojišťovny. Na dorovnání se podílí zdravotní pojišťovna, se kterou má

zdravotnické zařízení uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče podílem, který odpovídá procentu jejích pojištěnců z přepočtených pojištěnců registrovaných tímto zdravotnickým zařízením.

3. Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se písm. A) body 4 až 6 použijí obdobně.

C) Zdravotní péče hrazená podle seznamu výkonů

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

D) Regulační omezení

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

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

Příloha č. 3 k vyhlášce č. 471/2009 Sb.

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 5

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s hodnotou bodu ve výši
 - a) 1,08 Kč pro zdravotnická zařízení vykazující výkony odbornosti 910 – psychoterapie, podle seznamu výkonů, společně s ošetřovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů a pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 901 – klinická psychologie, podle seznamu výkonů,
 - b) 1,08 Kč pro zdravotnická zařízení poskytující hemodialyzační péči,
 - c) 1 Kč pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 927 – ortoptista, podle seznamu výkonů, a pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 903 – klinická logopedie, s výjimkou výkonů 72211, 72213, 72215 a 72019, podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,70 Kč,
 - d) 0,71 Kč pro výkony 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633, podle seznamu výkonů, smluvní odbornosti 403 – radiační onkologie, podle seznamu výkonů,
 - e) 0,96 Kč pro výkony 75347 a 75348, podle seznamu výkonů, smluvní odbornosti 705 – oftalmologie,
 - f) 1,02 Kč pro ostatní zdravotnická zařízení, do objemu vypočteného pro jednotlivé odbornosti, podle seznamu výkonů, takto:

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

kde:

PBro celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období. Referenčním obdobím se rozumí příslušné pololetí 2008.

- POP_{Pho} počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v hodnoceném období. Hodnoceným obdobím se rozumí příslušné pololetí 2010.
- POP_{Pro} počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v referenčním období; v případě sloučení zdravotních pojišťoven se počtem unikátních ošetřených pojištěnců rozumí součet unikátních ošetřených pojištěnců za zdravotní pojišťovny, které se sloučily (pokud byl pojištěnec v referenčním období pojištěncem více než jedné zdravotní pojišťovny, do počtu unikátních ošetřených pojištěnců se započítává pouze jednou).

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

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

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

5. Zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení poskytnout měsíční předběžnou úhradu ve výši jedné šestiny objemu úhrady za odpovídající referenční období nebo ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané a uznané zdravotní péče za příslušný měsíc. Zvolenou formu předběžných úhrad zdravotní pojišťovna zachová po celé hodnocené období, pokud zdravotnické zařízení, během hodnoceného období, nepožádá o snížení výše předběžných úhrad. Předběžné úhrady za hodnocené období budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního

vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 120 dnů po ukončení hodnoceného období.

B) Regulační omezení

pro zdravotnická zařízení vykazující výkony odbornosti 910 – psychoterapie, podle seznamu výkonů, společně s ošetrovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů a pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 901 – klinická psychologie, podle seznamu výkonů

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

3. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2010, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za vyžádanou péči (nad 100 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Hodnota průměrné úhrady podle věty první se stanoví jako 100 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v roce 2009, maximálně však do výše 108 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v referenčním období.
4. Regulační omezení podle bodu 1 až 3 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1, podle bodu 2, popřípadě podle bodu 3.
5. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v hodnoceném období nepřevýší u příslušné zdravotní pojišťovny 100 % úhrad na tento druh zdravotní péče v roce 2009.
6. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2010 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
7. U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče (změna počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech), zdravotní pojišťovna, po dohodě se zdravotnickým zařízením, hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.
8. U zdravotnického zařízení, které v referenčním období nebo v jeho části neexistovalo, nebo nemělo uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, může zdravotní pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1 až 3 referenční hodnoty srovnatelných zdravotnických zařízení.
9. Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1 až 3. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost.
10. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2010 nepřevýší

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

11. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1 až 3 maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
12. Pokud zdravotnické zařízení předepíše zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do regulačních omezení.

C) Regulační omezení

pro zdravotnická zařízení poskytující hemodialyzační péči

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

hrdla prováděné zdravotnickým zařízením, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu.

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

12. Pokud zdravotnické zařízení předepíše zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do regulačních omezení.

D) Regulační omezení

pro ostatní zdravotnická zařízení

1. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky (s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona) a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky (s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona) a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2010, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál (nad 110 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny.
2. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2010, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (nad 105 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.
3. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2010, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za vyžádanou péči (nad 110 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné zdravotnickým zařízením, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky, podle věty první, se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů platného k 1.1.2010 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
4. Regulační omezení podle bodu 1 až 3 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péčí, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1, podle bodu 2, popřípadě podle bodu 3.

5. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v roce 2010 nepřevyší u příslušné zdravotní pojišťovny 106 % úhrad na tento druh zdravotní péče v roce 2008.
6. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v roce 2010 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2010 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
7. U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče (změna počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech), zdravotní pojišťovna, po dohodě se zdravotnickým zařízením, hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.
8. U zdravotnického zařízení, které v referenčním období nebo v jeho části neexistovalo, nebo nemělo uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, může zdravotní pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1 až 3 referenční hodnoty srovnatelných zdravotnických zařízení.
9. Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1 až 3. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost.
10. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2010 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2010 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
11. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1 až 3 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2010.
12. Pokud zdravotnické zařízení předepíše zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do regulačních omezení.

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 6**A) Hodnota bodu a výše úhrad**

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

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

kde:

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

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

Inu index nárůstu úhrad, který činí nejméně 1,06

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

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

kde:

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

PUROo se vypočte takto:

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

kde:

PPBROo průměrný počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného

v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v referenčním období, přepočtených podle seznamu výkonů platného k 1.1.2010

RDHB reálně dosažená hodnota bodu pro zdravotní péči poskytnutou zdravotnickým zařízením v odbornosti 603 a 604, podle seznamu výkonů, u zdravotní pojišťovny v referenčním období, která se stanoví jako podíl celkové úhrady poskytnuté zdravotnickému zařízení zdravotní pojišťovnou za zdravotní péči poskytnutou zdravotnickým zařízením v odbornosti 603 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 zdravotní péči poskytnutou zdravotnickým zařízením v odbornosti 603 a 604 vykázaných za referenční období a zdravotní pojišťovnou uznaných

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

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

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

3. Celková výše úhrady podle bodu 2 bude, při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením, navýšena stejným způsobem jako v roce 2009, pokud se zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením nedohodnou jinak.
4. U zdravotnického zařízení, které v referenčním období neexistovalo, popřípadě které neposkytovalo péči v dané odbornosti, je zdravotní pojišťovna oprávněna pro účely výpočtu celkové výše úhrady použít průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných zdravotnických zařízení.
5. U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče v některé odbornosti (tj. změně spektra nasmlouvaných výkonů) k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady zdravotnickému zařízení podle bodu 2 navýší o hodnotu zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných zdravotních výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu 1,- Kč.
6. Zdravotní pojišťovna při vyúčtování zohlední případy, kdy k nárůstu nákladů dojde v souvislosti s nárůstem těhotných pojištěnek.
7. Zdravotní pojišťovna dále zohlední případy, kdy zdravotnické zařízení prokáže, že zvýšené průměrné náklady na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé

přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti byly způsobeny změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.

B) Regulační omezení

1. Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech.
 - 1.1 Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna je oprávněna zdravotnickému zařízení, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona. Průměrná úhrada podle věty první se stanoví jako 100 % průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v roce 2009, maximálně však do výše 108 % průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v referenčním období.
 - 1.2 Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, zdravotní pojišťovna je oprávněna zdravotnickému zařízení, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za vyžádanou péči, a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Průměrná úhrada podle věty první se stanoví jako 100 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v roce 2009, maximálně však do výše 108 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v referenčním období. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a kolorektálního karcinomu, prováděné zdravotnickým zařízením, které má s pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu.
2. Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1 popřípadě 1.2.
3. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní péči v odbornostech 603 a 604 v hodnoceném období nepřevyší 108 % průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v odbornostech 603 a 604 v referenčním období.

4. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče (změna počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech), zdravotní pojišťovna po dohodě se zdravotnickým zařízením hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely měrně upraví.
5. V případě, že zdravotnické zařízení v referenčním období nebo v jeho části neexistovalo, nebo nemělo 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 zdravotnických zařízení.
6. Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00; zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1.1 a 1.2. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost.
7. Pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.2, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2010 nepřevýší na tento druh zdravotní péče předpokládanou výši úhrad na rok 2010, vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.
8. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2010.
9. Pokud zdravotnické zařízení vykáže zdravotnický prostředek nad 15.000 Kč, nebudou tyto náklady zahrnuty do regulačních omezení.

Příloha č. 5 k vyhlášce č. 471/2009 Sb.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 8

1. Pro nasmlouvané výkony mamografického screeningu, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč, screeningu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč.
2. Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornosti 809, podle seznamu výkonů, se do objemu vypočteného podle bodu 5 stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč s výjimkou nasmlouvaných výkonů 89711 až 89725 a dále výkonů 89611 až 89619, podle seznamu výkonů, pro které se do objemu vypočteného podle bodu 5 stanoví hodnota bodu ve výši 0,70 Kč.

3. Pro zdravotní péči poskytovanou ve vyjmenovaných odbornostech, s výjimkou odbornosti 809, podle seznamu výkonů, se do objemu vypočteného podle bodu 5 hodnota bodu stanoví ve výši 0,70 Kč, pokud se zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením nedohodnou podle § 15 jinak.
4. Pro zdravotní péči poskytovanou zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu podle bodů 1 až 3.
5. Zdravotní péče poskytovaná v hodnoceném období ve vyjmenovaných odbornostech se hradí s hodnotou bodu podle bodu 2 a 3 do objemu 100 % zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období; nad tento objem se zdravotní péče hradí s hodnotou bodu 0,36 Kč. Hodnoceným obdobím je příslušné pololetí roku 2010, referenčním obdobím příslušné pololetí roku 2008.
6. U zdravotnického zařízení, které v hodnoceném období neexistovalo, popřípadě které neposkytovalo péči v dané odbornosti nebo u kterého nelze objem celkové úhrady stanovit, může zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu objemu podle bodu 5 použít průměrnou úhradu na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných zdravotnických zařízení.
7. Ustanovení bodu 5 se nepoužije, pokud zdravotnické zařízení poskytlo zdravotní péči 50 a méně unikátním pojištěncům. Ustanovení bodu 5 se dále nepoužije v případě zdravotní péče poskytované zahraničním pojištěncům.

Příloha č. 6 k vyhlášce č. 471/2009 Sb.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 9

1. Pro ambulantní zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči v odbornosti 925, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.
2. Pro ambulantní zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči v odbornosti 911, 914, 916 a 921, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
3. Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,91 Kč. Na tyto výkony se nevztahuje ustanovení bodů 4 a 5.
4. Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením do 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:

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

kde:

PBro celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období, přepočtených podle

seznamu výkonů platného k 1.1.2010. Referenčním obdobím se rozumí příslušné pololetí 2008.

POPho celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v hodnoceném období. Hodnoceným obdobím se rozumí příslušné pololetí 2010

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

6. Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením nad 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 s hodnotou bodu ve výši 0,63 Kč.
7. Pokud dojde ve zdravotnickém zařízení ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je ve smlouvě, včetně vyčíslení navýšení (krácení) úhrad.
8. Ustanovení bodů 4 a 5 se nepoužije, pokud zdravotnické zařízení ošetřilo 50 a méně unikátních pojištěnců v referenčním období.
9. Zdravotní pojišťovna může se zdravotnickým zařízením sjednat měsíční předběžnou úhradu ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zdravotní péče za příslušný měsíc, přičemž tuto formu zdravotní pojišťovna zachová po celé příslušné pololetí. Předběžnou úhradu za příslušné pololetí zdravotní pojišťovna finančně vypořádá nejpozději do 120 dnů po ukončení hodnoceného období.

Příloha č. 7 k vyhlášce č. 471/2009 Sb.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 10

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

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

kde:

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

POPho celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v hodnoceném období. Hodnoceným obdobím se rozumí příslušné pololetí 2010.

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

4. Pokud dojde ve zdravotnickém zařízení ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je ve smlouvě, včetně vyčíslení navýšení (krácení) úhrad.
5. Ustanovení bodu 3 se nepoužije, pokud zdravotnické zařízení ošetřilo 50 a méně unikátních pojištěnců v referenčním období.
6. Pokud průměrný počet bodů zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných na jednoho unikátního pojištěnce za hodnocené období dosáhne alespoň 98 % průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období a současně průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období, poskytnutá zdravotnickému zařízení zdravotní pojišťovnou, je nižší než 103 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci finančního vypořádání zdravotnickému zařízení navýší průměrnou úhradu na jednoho unikátního pojištěnce na 103 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období.
7. Pokud průměrný počet bodů zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných na jednoho unikátního pojištěnce za hodnocené období nedosáhne alespoň 98 % průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období, zdravotní pojišťovna v rámci finančního vypořádání zdravotnickému zařízení sníží průměrnou úhradu na jednoho unikátního pojištěnce o stejný počet procentních bodů, o který nebylo dosaženo 98 % hodnoty uvedené ve větě první.
8. Pro výpočet průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce podle bodů 6 a 7 se pro hodnocené i referenční období použije seznam výkonů platný k 1.1.2010.
9. Zdravotní pojišťovna může se zdravotnickým zařízením sjednat měsíční předběžnou úhradu buď ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané, a zdravotní pojišťovnou uznané, zdravotní péče za příslušný měsíc, nebo ve výši jedné šestiny

100 % objemu úhrady v referenčním období, přičemž zvolenou formu zdravotní pojišťovna zachová po celé příslušné pololetí. Předběžnou úhradu za příslušné pololetí zdravotní pojišťovna finančně vypořádá nejpozději do 120 dnů po ukončení hodnoceného období.

Příloha č. 8 k vyhlášce č. 471/2009 Sb.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 12

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

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

kde:

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

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

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

3. Nad 100 % objemu vypočteného podle bodu 2 je zdravotní pojišťovna oprávněna upravit hodnotu bodu uvedenou v bodu 1, a to pro zdravotnická zařízení uvedená v bodu 1 písm. a) na 0,90 Kč a pro zdravotnická zařízení uvedená v bodu 1. písm. b) na 0,80 Kč.
4. Ustanovení bodu 3 se nepoužije pro zdravotnická zařízení, která v referenčním nebo hodnoceném období poskytla dopravní zdravotní službu méně než 50 převezeným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny.

5. Pokud dojde ve zdravotnickém zařízení ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je ve smlouvě, včetně vyčíslení navýšení (krácení) úhrad.
6. Zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení poskytnout za 1. a 2. pololetí 2010 předběžnou úhradu ve výši 100 % objemu úhrady v příslušném pololetí 2008.

Příloha č. 9 k vyhlášce č. 471/2009 Sb.

Skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace⁵⁾ s indexy těchto skupin

IR-DRG ⁵⁾	Název skupiny	Index
00011	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC BEZ CC	23,2508
00012	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC S CC	23,2508
00013	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC S MCC	53,1143
00021	TRANSPLANTACE JATER BEZ CC	17,6970
00022	TRANSPLANTACE JATER S CC	17,6970
00023	TRANSPLANTACE JATER S MCC	37,7494
00031	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC	38,6473
00032	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC	38,6473
00033	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC	44,3433
00041	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) BEZ CC	12,1166
00042	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S CC	12,1166
00043	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S MCC	17,4213
00051	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) BEZ CC	7,2631
00052	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S CC	7,6415
00053	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S MCC	9,0900
00060	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1800 HODIN (VÍCE NEŽ 75 DNÍ)	95,4949
00070	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ) S TRANSPLANTACÍ SRDCE, PLIC, JATER, KOSTNÍ DŘENĚ	122,3876
00080	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (43-75 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	71,3005
00090	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (43-75 DNÍ)	41,9233
00100	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 504 HODIN (22-42 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	42,7458
00110	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 504 HODIN (22-42 DNÍ)	36,9353
00121	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	19,7036
00122	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	21,5892

00123	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	23,9254
00131	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	10,0294
00132	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	11,6454
00133	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	15,3824
00141	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC	3,8397
00142	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC	5,5645
00143	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC	10,0940
00151	SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC	2,1958
00152	SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC	2,6818
00153	SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC	2,6818
00161	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM BEZ CC	14,1939
00162	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM S CC	14,1939
00163	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM S MCC	14,1939
00171	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY BEZ CC	9,5187
00172	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S CC	9,5187
00173	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S MCC	9,5187
01011	KRANIOTOMIE BEZ CC	3,7467
01012	KRANIOTOMIE S CC	5,1674
01013	KRANIOTOMIE S MCC	7,6718
01021	SPINÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	2,5487
01022	SPINÁLNÍ VÝKONY S CC	4,1580
01023	SPINÁLNÍ VÝKONY S MCC	6,6736
01031	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH BEZ CC	2,4418
01032	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH S CC	2,9308
01033	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH S MCC	3,7121
01041	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH BEZ CC	0,3814
01042	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH S CC	0,3814
01043	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH S MCC	0,7168
01051	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU BEZ CC	0,1779
01052	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU S CC	0,2013
01053	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU S MCC	0,2321
01061	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,1220
01062	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	2,1426
01063	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	10,7525
01301	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY BEZ CC	0,6243
01302	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY S CC	0,9406
01303	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY S MCC	1,7955

01311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,7903
01312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,8368
01313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	1,1757
01321	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE BEZ CC	0,4185
01322	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE S CC	0,5468
01323	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE S MCC	0,7413
01331	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ BEZ CC	1,3518
01332	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ S CC	1,9419
01333	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ S MCC	3,1915
01341	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM BEZ CC	0,8109
01342	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM S CC	1,0514
01343	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM S MCC	1,6322
01351	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU BEZ CC	0,6548
01352	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S CC	0,7858
01353	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S MCC	1,1040
01361	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA BEZ CC	0,4714
01362	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S CC	0,5461
01363	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S MCC	0,6632
01371	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ BEZ CC	0,5569
01372	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ S CC	0,6547
01373	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ S MCC	0,7254
01381	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	2,1980
01382	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	2,8291
01383	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	6,0061
01391	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY BEZ CC	0,9240
01392	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY S CC	1,5731
01393	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY S MCC	3,7541
01401	VIROVÁ MENINGITIDA BEZ CC	1,2198
01402	VIROVÁ MENINGITIDA S CC	1,4668
01403	VIROVÁ MENINGITIDA S MCC	2,3400
01411	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA BEZ CC	0,5423
01412	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA S CC	0,9739
01413	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA S MCC	3,0077
01421	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT BEZ CC	0,4581
01422	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S CC	0,5780
01423	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S MCC	1,0264
01431	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY BEZ CC	0,4197
01432	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY S CC	0,5151
01433	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY S MCC	0,5745

01441	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ BEZ CC	0,8061
01442	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ S CC	1,3170
01443	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ S MCC	4,1295
01451	OTŘES MOZKU BEZ CC	0,2424
01452	OTŘES MOZKU S CC	0,2721
01453	OTŘES MOZKU S MCC	0,4606
01461	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4280
01462	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,5976
01463	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	0,9010
02011	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI BEZ CC	0,8411
02012	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI S CC	1,1282
02013	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI S MCC	1,1282
02021	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE BEZ CC	0,3273
02022	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE S CC	0,3866
02023	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE S MCC	0,4209
02031	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY BEZ CC	0,7944
02032	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S CC	0,8727
02033	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S MCC	0,8727
02041	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE BEZ CC	0,3508
02042	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE S CC	0,3508
02043	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE S MCC	0,3789
02301	AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA BEZ CC	0,2767
02302	AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA S CC	0,3730
02303	AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA S MCC	0,3730
02311	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA BEZ CC	0,4406
02312	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA S CC	0,4799
02313	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA S MCC	0,4799
02321	JINÉ PORUCHY OKA BEZ CC	0,2643
02322	JINÉ PORUCHY OKA S CC	0,3109
02323	JINÉ PORUCHY OKA S MCC	0,3725
03011	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI BEZ CC	2,6842
03012	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI S CC	5,5992
03013	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI S MCC	5,5992
03021	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU BEZ CC	2,2384
03022	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU S CC	3,3941
03023	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU S MCC	4,8936
03031	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU BEZ CC	1,2343
03032	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU S CC	1,2343
03033	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU S MCC	3,5231
03041	VÝKONY NA ÚSTECH BEZ CC	0,6290
03042	VÝKONY NA ÚSTECH S CC	0,6681
03043	VÝKONY NA ÚSTECH S MCC	1,1812
03051	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU BEZ CC	0,7930
03052	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU S CC	0,8532
03053	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU S MCC	1,0249
03061	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE BEZ CC	0,7122
03062	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S CC	0,8531
03063	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S MCC	1,1991
03071	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA BEZ CC	1,1499

03072	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA S CC	1,1499
03073	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA S MCC	1,1499
03081	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH BEZ CC	0,3527
03082	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S CC	0,4480
03083	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S MCC	0,7265
03091	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,3109
03092	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,4757
03093	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	0,6052
03100	KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT	26,6665
03301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,8985
03302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,8985
03303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	1,2731
03311	PORUCHY ROVNOVÁHY BEZ CC	0,4264
03312	PORUCHY ROVNOVÁHY S CC	0,4985
03313	PORUCHY ROVNOVÁHY S MCC	0,5455
03321	EPISTAXE BEZ CC	0,2494
03322	EPISTAXE S CC	0,3032
03323	EPISTAXE S MCC	0,4016
03331	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS BEZ CC	0,3142
03332	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS S CC	0,4341
03333	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS S MCC	0,5872
03341	NEMOCI ZUBŮ A ÚST BEZ CC	0,4970
03342	NEMOCI ZUBŮ A ÚST S CC	0,5843
03343	NEMOCI ZUBŮ A ÚST S MCC	0,8715
03351	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,3150
03352	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,4109
03353	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	0,5869
04011	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY BEZ CC	3,0043
04012	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY S CC	3,6247
04013	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY S MCC	5,1696
04021	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY BEZ CC	2,3662
04022	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY S CC	2,5022
04023	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY S MCC	3,6202
04031	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	1,0769
04032	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	1,6480
04033	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	3,6314
04301	CYSTICKÁ FIBRÓZA BEZ CC	2,3175
04302	CYSTICKÁ FIBRÓZA S CC	2,3175
04303	CYSTICKÁ FIBRÓZA S MCC	3,3069
04310	RESPIRAČNÍ SELHÁNÍ	3,6205
04321	PLICNÍ EMBOLIE BEZ CC	1,0492
04322	PLICNÍ EMBOLIE S CC	1,1577

04323	PLICNÍ EMBOLIE S MCC	1,3548
04331	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU BEZ CC	0,4256
04332	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU S CC	0,7614
04333	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU S MCC	1,3671
04341	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,7966
04342	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,8944
04343	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	1,1011
04351	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	1,1119
04352	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	1,5364
04353	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	3,5769
04361	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL BEZ CC	0,7099
04362	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL S CC	0,9272
04363	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL S MCC	1,4439
04371	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC BEZ CC	0,5838
04372	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC S CC	0,7056
04373	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC S MCC	0,9500
04381	ASTMA A BRONCHIOLITIDA BEZ CC	0,4432
04382	ASTMA A BRONCHIOLITIDA S CC	0,6053
04383	ASTMA A BRONCHIOLITIDA S MCC	0,7786
04391	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC BEZ CC	0,7743
04392	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S CC	0,8131
04393	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S MCC	1,1161
04401	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK BEZ CC	0,8762
04402	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK S CC	1,1091
04403	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK S MCC	1,5130
04411	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4586
04412	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,6555
04413	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	0,8804
05000	ÚMRTÍ DO 5 DNÍ OD PŘÍJMU PŘI HLAVNÍ DIAGNÓZE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU	0,6306
05011	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE BEZ CC	45,4085
05012	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE S CC	45,4085
05013	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE S MCC	48,1928
05021	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC	15,9076
05022	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC	16,8148
05023	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC	20,1459
05031	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY BEZ CC	9,7968
05032	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY S CC	9,7968
05033	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY S MCC	9,7968
05041	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC	11,5768

05042	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC	12,1642
05043	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC	16,3775
05051	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC	9,5838
05052	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC	9,5838
05053	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC	11,0004
05061	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC	7,5139
05062	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC	7,9754
05063	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC	8,8554
05070	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU U AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU	10,1994
05081	JINÉ KARDIOTORAKÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	5,8189
05082	JINÉ KARDIOTORAKÁLNÍ VÝKONY S CC	5,8189
05083	JINÉ KARDIOTORAKÁLNÍ VÝKONY S MCC	5,8189
05091	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	4,8006
05092	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	7,5126
05093	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	9,1483
05101	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	4,8038
05102	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	4,8038
05103	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	6,2605
05111	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU BEZ CC	5,6161
05112	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU S CC	5,6161
05113	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU S MCC	6,0902
05121	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	8,6872
05122	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	11,8339
05123	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	14,6945
05131	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	4,5080
05132	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	4,5080
05133	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	4,9639
05141	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	2,7619
05142	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	3,2007
05143	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	4,4143
05151	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY BEZ CC	1,9141
05152	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S CC	2,5869
05153	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S MCC	4,2702
05161	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU BEZ CC	4,2723

05162	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU S CC	4,2723
05163	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU S MCC	4,2723
05171	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,1112
05172	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,5340
05173	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	3,2858
05181	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ BEZ CC	1,2104
05182	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ S CC	1,2104
05183	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ S MCC	1,2104
05191	LIGATURA A STRIPPING CÉV BEZ CC	0,3491
05192	LIGATURA A STRIPPING CÉV S CC	0,3754
05193	LIGATURA A STRIPPING CÉV S MCC	0,4273
05201	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,1961
05202	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,7656
05203	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	7,6836
05221	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	16,5466
05222	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	16,5466
05223	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	16,5466
05231	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	7,1902
05232	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	8,3739
05233	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	10,0806
05241	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	9,3031
05242	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	10,3474
05243	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	13,0239
05261	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	12,7973
05262	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	13,4586

05263	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	13,4586
05271	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	6,1329
05272	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	6,7609
05273	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	7,3592
05281	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	8,6966
05282	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	9,3463
05283	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	11,2260
05291	PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	9,8480
05292	PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	9,8480
05293	PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	9,8480
05301	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	1,0793
05302	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	1,2848
05303	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	1,8551
05311	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ BEZ CC	0,6336
05312	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ S CC	0,7368
05313	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ S MCC	0,8109
05321	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,9148
05322	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,1069
05323	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	1,7496
05331	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU BEZ CC	0,6210
05332	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S CC	0,9813
05333	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S MCC	1,6296
05341	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA BEZ CC	2,8754
05342	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA S CC	2,8754
05343	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA S MCC	5,0252
05351	SRDEČNÍ SELHÁNÍ BEZ CC	0,7217
05352	SRDEČNÍ SELHÁNÍ S CC	0,8228

05353	SRDEČNÍ SELHÁNÍ S MCC	1,2758
05361	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA BEZ CC	0,5085
05362	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA S CC	0,5914
05363	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA S MCC	0,7207
05371	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA BEZ CC	1,6398
05372	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA S CC	2,8617
05373	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA S MCC	5,5209
05381	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY BEZ CC	0,5162
05382	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY S CC	0,6766
05383	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY S MCC	0,9008
05391	ATEROSKLERÓZA BEZ CC	0,4390
05392	ATEROSKLERÓZA S CC	0,6042
05393	ATEROSKLERÓZA S MCC	0,9448
05401	HYPERTENZE BEZ CC	0,3958
05402	HYPERTENZE S CC	0,4661
05403	HYPERTENZE S MCC	0,5487
05411	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY BEZ CC	0,4393
05412	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY S CC	0,6861
05413	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY S MCC	1,3525
05421	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ BEZ CC	0,4848
05422	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ S CC	0,6758
05423	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ S MCC	0,9481
05431	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU BEZ CC	0,3942
05432	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU S CC	0,5235
05433	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU S MCC	0,6257
05441	SYNKOPA A KOLAPS BEZ CC	0,3990
05442	SYNKOPA A KOLAPS S CC	0,5492
05443	SYNKOPA A KOLAPS S MCC	0,6951
05451	KARDIOMYOPATIE BEZ CC	0,5156
05452	KARDIOMYOPATIE S CC	0,6799
05453	KARDIOMYOPATIE S MCC	1,2738
05461	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU BEZ CC	1,4503
05462	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU S CC	1,4503
05463	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU S MCC	1,4503
05471	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4836
05472	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,6688
05473	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	0,9744
06011	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU BEZ CC	3,3212
06012	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S CC	3,9606
06013	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S MCC	5,9249
06021	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU BEZ CC	3,1468
06022	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S CC	4,3838
06023	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S MCC	5,5431
06031	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU BEZ CC	1,5396
06032	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S CC	2,2202
06033	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S MCC	4,3199
06041	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘÍŠNICE BEZ CC	0,9200

06042	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘÍŠNICE S CC	1,2993
06043	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘÍŠNICE S MCC	2,0945
06051	VÝKONY NA APENDIXU BEZ CC	0,7566
06052	VÝKONY NA APENDIXU S CC	0,9897
06053	VÝKONY NA APENDIXU S MCC	1,6828
06061	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE BEZ CC	0,9838
06062	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S CC	1,1019
06063	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S MCC	1,1827
06071	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU BEZ CC	1,6817
06072	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S CC	1,9418
06073	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S MCC	3,3884
06081	LAPAROTOMICKE VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE BEZ CC	0,4694
06082	LAPAROTOMICKE VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S CC	0,6714
06083	LAPAROTOMICKE VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S MCC	1,0373
06091	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY BEZ CC	0,4365
06092	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY S CC	0,5594
06093	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY S MCC	0,7146
06101	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,8888
06102	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	1,5677
06103	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	3,5777
06111	VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE BEZ CC	1,1399
06112	VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE S CC	1,8360
06113	VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE S MCC	2,1950
06301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,5607
06302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	0,8424
06303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	1,0620
06311	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA BEZ CC	0,4680
06312	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA S CC	0,7827
06313	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA S MCC	1,2081
06321	PORUCHY JÍCNU BEZ CC	0,4208
06322	PORUCHY JÍCNU S CC	0,6186
06323	PORUCHY JÍCNU S MCC	1,0354
06331	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA BEZ CC	0,5033
06332	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA S CC	0,6548
06333	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA S MCC	1,4263

06341	VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4009
06342	VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	1,0397
06343	VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,0397
06351	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4254
06352	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	0,6122
06353	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,3090
06361	ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	1,2204
06362	ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	1,2204
06363	ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	2,5359
06371	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA BEZ CC	0,2834
06372	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA S CC	0,4209
06373	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA S MCC	0,5866
06381	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3230
06382	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	0,5048
06383	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	0,7735
07011	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY BEZ CC	3,3976
07012	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY S CC	4,7627
07013	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY S MCC	7,6174
07021	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	3,1826
07022	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH S CC	3,4352
07023	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH S MCC	4,9767
07031	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ BEZ CC	1,2600
07032	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S CC	1,8644
07033	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S MCC	3,1713
07041	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE BEZ CC	1,0821
07042	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE S CC	1,2702
07043	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE S MCC	1,5914
07051	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU BEZ CC	1,4287
07052	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S CC	2,2708
07053	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S MCC	4,4339
07301	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA BEZ CC	0,7262
07302	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA S CC	0,8315
07303	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA S MCC	1,2718
07311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU BEZ CC	0,6824
07312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S CC	0,9454
07313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S MCC	1,0225
07321	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,7740
07322	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S CC	1,0917

07323	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S MCC	2,4184
07331	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY BEZ CC	0,4428
07332	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY S CC	0,7291
07333	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY S MCC	1,0786
07341	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST BEZ CC	0,5266
07342	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S CC	0,7564
07343	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S MCC	1,0783
08011	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE BEZ CC	17,7636
08012	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE S CC	17,7636
08013	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE S MCC	17,7636
08021	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN BEZ CC	3,7491
08022	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN S CC	3,7491
08023	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN S MCC	3,7491
08031	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY BEZ CC	5,2310
08032	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S CC	5,9789
08033	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S MCC	7,5760
08041	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ BEZ CC	3,3718
08042	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S CC	3,3718
08043	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S MCC	3,7804
08051	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ BEZ CC	5,1408
08052	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ S CC	5,1408
08053	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ S MCC	5,1408
08061	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ BEZ CC	3,1763
08062	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S CC	3,1763
08063	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S MCC	3,1763
08071	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	2,1776
08072	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	2,2938
08073	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	2,2938
08081	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ BEZ CC	2,0973
08082	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S CC	2,4736
08083	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S MCC	3,2418

08091	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁŇ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁŇ KROMĚ RUKY BEZ CC	0,6728
08092	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁŇ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁŇ KROMĚ RUKY S CC	2,2018
08093	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁŇ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁŇ KROMĚ RUKY S MCC	3,4085
08101	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE BEZ CC	1,2288
08102	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S CC	1,7562
08103	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S MCC	2,3104
08111	VÝKONY NA KOLENU, BÉRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA BEZ CC	0,6440
08112	VÝKONY NA KOLENU, BÉRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA S CC	0,8283
08113	VÝKONY NA KOLENU, BÉRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA S MCC	1,2059
08121	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ BEZ CC	0,2950
08122	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S CC	0,3239
08123	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S MCC	0,4559
08131	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,5559
08132	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU S CC	1,3226
08133	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU S MCC	1,5956
08141	VÝKONY NA CHODIDLE BEZ CC	0,4585
08142	VÝKONY NA CHODIDLE S CC	0,6088
08143	VÝKONY NA CHODIDLE S MCC	0,8834
08151	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH BEZ CC	0,7096
08152	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH S CC	1,1029
08153	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH S MCC	1,5566
08161	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI BEZ CC	0,4371
08162	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI S CC	0,7491
08163	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI S MCC	1,1300
08171	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇ BEZ CC	0,4560
08172	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇ S CC	1,0418
08173	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇ S MCC	3,1896
08181	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU BEZ CC	4,1049
08182	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU S CC	4,1049
08183	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU S MCC	4,6425
08191	ARTROSKOPIE BEZ CC	0,3313
08192	ARTROSKOPIE S CC	0,3530
08193	ARTROSKOPIE S MCC	0,3530

08301	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ BEZ CC	0,7874
08302	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ S CC	0,9710
08303	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ S MCC	1,2260
08311	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE BEZ CC	0,6314
08312	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE S CC	0,7139
08313	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE S MCC	1,0979
08321	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE BEZ CC	0,3213
08322	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE S CC	0,5724
08323	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE S MCC	0,9180
08331	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇE, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY BEZ CC	0,7308
08332	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇE, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY S CC	1,1981
08333	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇE, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY S MCC	1,4172
08341	OSTEOMYELITIDA BEZ CC	0,9370
08342	OSTEOMYELITIDA S CC	1,3498
08343	OSTEOMYELITIDA S MCC	1,3498
08351	SEPTICKÁ ARTRITIDA BEZ CC	0,8492
08352	SEPTICKÁ ARTRITIDA S CC	1,1277
08353	SEPTICKÁ ARTRITIDA S MCC	2,1781
08361	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁŇE BEZ CC	0,7901
08362	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁŇE S CC	0,8471
08363	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁŇE S MCC	1,1690
08371	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY BEZ CC	0,5020
08372	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S CC	0,6009
08373	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S MCC	0,7086
08381	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ BEZ CC	0,6286
08382	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ S CC	0,6844
08383	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ S MCC	0,8905
08391	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU BEZ CC	0,6237
08392	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU S CC	0,7978
08393	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU S MCC	0,9425
08401	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MÉNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY BEZ CC	0,4023
08402	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MÉNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY S CC	0,5543
08403	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MÉNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY S MCC	0,6434
08411	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇE BEZ CC	0,3997
08412	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇE S CC	0,5976

08413	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	1,0416
09011	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT BEZ CC	0,6595
09012	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT S CC	1,2457
09013	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT S MCC	1,8033
09021	VÝKONY NA PRSECH BEZ CC	0,7788
09022	VÝKONY NA PRSECH S CC	0,9928
09023	VÝKONY NA PRSECH S MCC	1,1827
09031	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU BEZ CC	0,4138
09032	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S CC	0,8539
09033	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S MCC	1,8740
09301	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE BEZ CC	0,7900
09302	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S CC	0,8304
09303	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S MCC	0,9999
09311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ BEZ CC	0,8275
09312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ S CC	0,9346
09313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ S MCC	0,9346
09321	FLEGMÓNA BEZ CC	0,4996
09322	FLEGMÓNA S CC	0,7410
09323	FLEGMÓNA S MCC	0,9489
09331	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU BEZ CC	0,2531
09332	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S CC	0,3738
09333	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S MCC	0,5486
09341	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU BEZ CC	0,4071
09342	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S CC	0,5775
09343	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S MCC	0,7576
10011	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM BEZ CC	2,2261
10012	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM S CC	2,6948
10013	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM S MCC	2,6948
10021	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,6511
10022	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	1,6511
10023	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	1,6511
10031	VÝKONY PRO OBEZITU BEZ CC	3,3071
10032	VÝKONY PRO OBEZITU S CC	3,3071
10033	VÝKONY PRO OBEZITU S MCC	3,3071
10041	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,8811
10042	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	2,2460
10043	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	2,2460
10051	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	0,9157

10052	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S CC	1,0090
10053	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S MCC	1,1147
10061	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,8554
10062	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	2,7137
10063	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	8,5468
10301	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY BEZ CC	0,4919
10302	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S CC	0,6040
10303	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S MCC	0,9586
10311	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ BEZ CC	0,4049
10312	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ S CC	0,5431
10313	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ S MCC	0,6374
10321	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU BEZ CC	0,5574
10322	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU S CC	0,6821
10323	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU S MCC	1,1686
10331	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY BEZ CC	0,7621
10332	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY S CC	0,7621
10333	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY S MCC	0,9859
11011	TRANSPLANTACE LEDVIN BEZ CC	6,8830
11012	TRANSPLANTACE LEDVIN S CC	6,8830
11013	TRANSPLANTACE LEDVIN S MCC	8,0493
11021	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI BEZ CC	5,8459
11022	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI S CC	6,5262
11023	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI S MCC	8,3427
11031	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	1,8064
11032	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S CC	2,1764
11033	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S MCC	3,2505
11041	OPERAČNÍ ZAVEDENÍ NEBO REVIZE KATETRU PRO PERITONEÁLNÍ DIALÝZU BEZ CC	1,4831
11042	OPERAČNÍ ZAVEDENÍ NEBO REVIZE KATETRU PRO PERITONEÁLNÍ DIALÝZU S CC	1,8176
11043	OPERAČNÍ ZAVEDENÍ NEBO REVIZE KATETRU PRO PERITONEÁLNÍ DIALÝZU S MCC	4,0993
11051	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI BEZ CC	0,9339
11052	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S CC	0,9817
11053	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S MCC	1,4489
11061	PROSTATEKTOMIE BEZ CC	0,9986
11062	PROSTATEKTOMIE S CC	1,1386
11063	PROSTATEKTOMIE S MCC	1,3764
11071	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	0,4571

11072	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S CC	0,5501
11073	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S MCC	0,6704
11081	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,7159
11082	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,7589
11083	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	3,3684
11301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ BEZ CC	0,4557
11302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ S CC	0,7281
11303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ S MCC	1,1922
11311	NEFRITIDA BEZ CC	0,4794
11312	NEFRITIDA S CC	0,6109
11313	NEFRITIDA S MCC	1,4663
11321	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,4442
11322	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,6081
11323	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	0,8134
11331	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPŠÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU BEZ CC	0,4037
11332	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPŠÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S CC	0,5688
11333	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPŠÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S MCC	0,5688
11341	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE BEZ CC	0,2971
11342	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S CC	0,4181
11343	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S MCC	0,5754
11351	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURETRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU BEZ CC	0,3385
11352	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURETRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU S CC	0,7989
11353	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURETRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU S MCC	1,2890
11361	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	0,3222
11362	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S CC	0,3777
11363	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S MCC	0,4873
11371	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,3000
11372	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,4410
11373	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	0,7883
12011	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE BEZ CC	1,9128
12012	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE S CC	1,9128
12013	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE S MCC	2,0539
12021	VÝKONY NA PENISU BEZ CC	0,3858
12022	VÝKONY NA PENISU S CC	0,5571
12023	VÝKONY NA PENISU S MCC	0,5571

12031	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE BEZ CC	0,8386
12032	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S CC	1,0148
12033	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S MCC	1,0148
12041	VÝKONY NA VARLATECH BEZ CC	0,3803
12042	VÝKONY NA VARLATECH S CC	0,5053
12043	VÝKONY NA VARLATECH S MCC	0,7931
12051	CIRKUMCIZE BEZ CC	0,2569
12052	CIRKUMCIZE S CC	0,2800
12053	CIRKUMCIZE S MCC	0,3494
12061	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,5582
12062	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S CC	0,8503
12063	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S MCC	0,8503
12301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,5072
12302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,8001
12303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,0031
12311	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,2350
12312	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S CC	0,3214
12313	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S MCC	0,3676
13011	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE BEZ CC	2,7644
13012	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S CC	3,0913
13013	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S MCC	3,0913
13021	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH BEZ CC	2,3502
13022	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S CC	2,9450
13023	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S MCC	2,9450
13031	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH BEZ CC	1,7187
13032	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH S CC	1,9042
13033	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH S MCC	2,4980
13041	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH BEZ CC	1,0665
13042	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH S CC	1,2392

13043	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH S MCC	1,4279
13051	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE BEZ CC	0,4630
13052	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S CC	0,7342
13053	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S MCC	1,2553
13061	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,8628
13062	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S CC	0,9883
13063	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S MCC	1,1526
13071	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY BEZ CC	0,2638
13072	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S CC	0,4005
13073	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S MCC	0,6491
13081	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU BEZ CC	0,5487
13082	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S CC	0,5843
13083	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S MCC	0,5843
13091	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE BEZ CC	0,2101
13092	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE S CC	0,2526
13093	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE S MCC	0,3047
13101	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,9031
13102	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	1,1828
13103	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	2,3877
13301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,5747
13302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,7072
13303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,0416
13311	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,2962
13312	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,5153
13313	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,5153
13321	MENSTRUACNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,1902
13322	MENSTRUACNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,3257
13323	MENSTRUACNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,6739
14601	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM BEZ CC	0,8903
14602	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S CC	1,0723
14603	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S MCC	1,2703
14611	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ BEZ CC	0,6391
14612	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S CC	0,7571
14613	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S MCC	0,9687

14621	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE BEZ CC	2,4356
14622	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE S CC	2,4356
14623	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE S MCC	2,4356
14631	VAGINÁLNÍ POROD BEZ CC	0,4919
14632	VAGINÁLNÍ POROD S CC	0,5565
14633	VAGINÁLNÍ POROD S MCC	0,5565
14641	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ BEZ CC	0,1879
14642	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ S CC	0,2202
14643	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ S MCC	0,2379
14651	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE BEZ CC	0,1741
14652	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S CC	0,1741
14653	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S MCC	0,1741
14661	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM BEZ CC	0,2247
14662	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM S CC	0,2247
14663	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM S MCC	0,2247
14671	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC	0,1831
14672	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC	0,1831
14673	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC	0,1831
14681	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM BEZ CC	0,9287
14682	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM S CC	1,1076
14683	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM S MCC	1,1076
14691	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU BEZ CC	0,4955
14692	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU S CC	0,4955
14693	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU S MCC	0,4955
14701	HROZÍCÍ POTRAT BEZ CC	0,3099
14702	HROZÍCÍ POTRAT S CC	0,4775
14703	HROZÍCÍ POTRAT S MCC	0,4775
14711	FALEŠNÝ POROD BEZ CC	0,1513
14712	FALEŠNÝ POROD S CC	0,2160
14713	FALEŠNÝ POROD S MCC	0,2160
14721	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM BEZ CC	0,2694
14722	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM S CC	0,4812
14723	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM S MCC	0,7161
14731	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC	0,2694
14732	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC	0,3986
14733	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC	0,3986
15601	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ BEZ CC	0,6213
15602	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ S CC	0,6213

15603	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ S MCC	0,6213
15611	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ BEZ CC	9,6517
15612	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ S CC	13,5150
15613	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ S MCC	21,4750
15621	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	83,3760
15622	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	83,3760
15623	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	83,3760
15631	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	36,6404
15632	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	36,6404
15633	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	36,6404
15641	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	35,9362
15642	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	35,9362
15643	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	35,9362
15651	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	7,5595
15652	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	7,5595
15653	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	16,1346
15661	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	29,5738
15662	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	29,5738
15663	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	29,5738
15671	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	4,0864
15672	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	4,4353
15673	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	7,9885
15681	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	12,5774
15682	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	12,5774
15683	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	12,5774
15691	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	0,9626
15692	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	1,9467

15693	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	4,2844
15701	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	14,0560
15702	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	14,0560
15703	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	14,0560
15711	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM BEZ CC	0,6316
15712	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM S CC	2,0587
15713	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM S MCC	2,0587
15720	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, SE SYNDROMEM DÝCHACÍCH POTÍŽÍ	4,1371
15731	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM BEZ CC	0,2877
15732	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM S CC	0,3189
15733	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM S MCC	0,3189
15741	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKcí BEZ CC	0,5998
15742	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKcí S CC	0,6603
15743	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKcí S MCC	0,6603
15751	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	0,2742
15752	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	0,3616
15753	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	0,4100
16011	VÝKONY NA SLEZINĚ BEZ CC	2,9427
16012	VÝKONY NA SLEZINĚ S CC	2,9427
16013	VÝKONY NA SLEZINĚ S MCC	2,9427
16021	JINÉ VÝKONY PRO KREVŇÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH BEZ CC	0,6449
16022	JINÉ VÝKONY PRO KREVŇÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH S CC	0,9105
16023	JINÉ VÝKONY PRO KREVŇÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH S MCC	1,7889
16301	AGRANULOCYTÓZA BEZ CC	0,9507
16302	AGRANULOCYTÓZA S CC	1,8640
16303	AGRANULOCYTÓZA S MCC	2,4088
16311	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI BEZ CC	0,9623
16312	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI S CC	1,1981
16313	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI S MCC	1,4580
16321	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST BEZ CC	0,6355
16322	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST S CC	0,8690
16323	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST S MCC	1,3833

16331	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI BEZ CC	0,7405
16332	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI S CC	0,8574
16333	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI S MCC	1,1553
16341	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ BEZ CC	0,5837
16342	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ S CC	0,7890
16343	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ S MCC	1,3641
17011	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM BEZ CC	1,1061
17012	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM S CC	4,1036
17013	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM S MCC	7,5269
17021	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM BEZ CC	1,3598
17022	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM S CC	3,9580
17023	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM S MCC	15,6644
17031	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM BEZ CC	1,9219
17032	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM S CC	3,6862
17033	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM S MCC	6,0986
17041	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM BEZ CC	1,4421
17042	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM S CC	2,4273
17043	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM S MCC	4,2073
17301	AKUTNÍ LEUKÉMIE BEZ CC	2,1693
17302	AKUTNÍ LEUKÉMIE S CC	2,1693
17303	AKUTNÍ LEUKÉMIE S MCC	4,5385
17311	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE BEZ CC	1,3000
17312	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE S CC	2,0183
17313	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE S MCC	2,8725
17321	RADIOTERAPIE BEZ CC	1,7882
17322	RADIOTERAPIE S CC	2,0199
17323	RADIOTERAPIE S MCC	2,2161
17331	CHEMOTERAPIE BEZ CC	0,9862
17332	CHEMOTERAPIE S CC	0,9862
17333	CHEMOTERAPIE S MCC	1,4119
17341	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ BEZ CC	0,7789
17342	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ S CC	1,0228
17343	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ S MCC	1,2667
17351	CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII BEZ CC	16,2576
17352	CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII S CC	16,2576
17353	CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII S MCC	16,2576
18011	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI BEZ CC	0,2704
18012	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S CC	4,7634
18013	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S MCC	15,2891
18021	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE BEZ CC	1,3302

18022	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S CC	1,7805
18023	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S MCC	3,2029
18301	SEPTIKÉMIE BEZ CC	1,0857
18302	SEPTIKÉMIE S CC	1,4738
18303	SEPTIKÉMIE S MCC	3,5194
18311	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE BEZ CC	0,6324
18312	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S CC	0,9376
18313	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S MCC	1,5810
18321	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU BEZ CC	0,4843
18322	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU S CC	0,6640
18323	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU S MCC	0,8842
18331	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,4270
18332	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S CC	0,5591
18333	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S MCC	0,6982
18341	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI BEZ CC	0,6746
18342	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S CC	0,9795
18343	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S MCC	1,6886
19011	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI BEZ CC	1,3250
19012	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI S CC	2,9147
19013	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI S MCC	5,5831
19301	SCHIZOFRENIE BEZ CC	1,6977
19302	SCHIZOFRENIE S CC	2,4278
19303	SCHIZOFRENIE S MCC	2,4278
19311	PSYCHÓZY BEZ CC	1,5862
19312	PSYCHÓZY S CC	1,5862
19313	PSYCHÓZY S MCC	1,6887
19321	PORUCHY OSOBNOSTI A NÁLADY BEZ CC	1,1678
19322	PORUCHY OSOBNOSTI A NÁLADY S CC	1,3842
19323	PORUCHY OSOBNOSTI A NÁLADY S MCC	2,1624
19331	BIPOLÁRNÍ PORUCHY BEZ CC	1,7197
19332	BIPOLÁRNÍ PORUCHY S CC	1,9183
19333	BIPOLÁRNÍ PORUCHY S MCC	1,9183
19341	DEPRESE BEZ CC	1,0321
19342	DEPRESE S CC	1,2129
19343	DEPRESE S MCC	1,9845
19351	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH BEZ CC	0,8687
19352	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH S CC	0,8687
19353	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH S MCC	0,9561
19361	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE BEZ CC	0,9586
19362	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE S CC	0,9586
19363	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE S MCC	1,1401
19371	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY BEZ CC	1,2284
19372	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S CC	1,2284
19373	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S MCC	1,2284

19381	NUTKAVÉ NUTRIČNÍ PORUCHY BEZ CC	3,2215
19382	NUTKAVÉ NUTRIČNÍ PORUCHY S CC	3,2215
19383	NUTKAVÉ NUTRIČNÍ PORUCHY S MCC	3,7748
19391	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY BEZ CC	0,7364
19392	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S CC	0,7364
19393	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S MCC	0,7364
20301	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE BEZ CC	0,1401
20302	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S CC	0,1401
20303	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S MCC	0,1401
20311	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ BEZ CC	0,5077
20312	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ S CC	0,5077
20313	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ S MCC	0,5077
20321	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU BEZ CC	0,6982
20322	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU S CC	1,0417
20323	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU S MCC	1,0417
20331	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU BEZ CC	0,4149
20332	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S CC	0,5093
20333	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S MCC	0,8676
20341	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH BEZ CC	0,8231
20342	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH S CC	1,0086
20343	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH S MCC	1,0086
21011	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH BEZ CC	2,0716
21012	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH S CC	2,0716
21013	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH S MCC	2,0716
21021	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH BEZ CC	1,3031
21022	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH S CC	3,1269
21023	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH S MCC	7,2698
21301	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH BEZ CC	0,9545
21302	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH S CC	1,6583
21303	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH S MCC	5,6352
21311	ALERGICKÉ REAKCE BEZ CC	0,2164
21312	ALERGICKÉ REAKCE S CC	0,2940
21313	ALERGICKÉ REAKCE S MCC	0,2940
21321	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) BEZ CC	0,3302

21322	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) S CC	0,4866
21323	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) S MCC	1,1026
21331	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ BEZ CC	0,2699
21332	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ S CC	0,4733
21333	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ S MCC	1,8128
21341	SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO BEZ CC	1,9265
21342	SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO S CC	1,9265
21343	SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO S MCC	1,9265
21351	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ BEZ CC	0,2926
21352	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ S CC	0,5297
21353	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ S MCC	1,6408
22501	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE BEZ CC	0,2796
22502	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE S CC	0,2796
22503	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE S MCC	0,2796
22510	ROZSÁHLÉ POPÁLENINY S KOŽNÍM ŠTĚPEM	9,0098
22521	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM BEZ CC	2,2526
22522	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM S CC	11,1469
22523	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM S MCC	11,1469
22530	ROZSÁHLÉ POPÁLENINY BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU	5,0292
22541	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ BEZ CC	1,8613
22542	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ S CC	1,8613
22543	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ S MCC	1,8613
22551	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE BEZ CC	0,8364
22552	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE S CC	1,6621
22553	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE S MCC	1,6621
23011	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI BEZ CC	1,1763
23012	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI S CC	2,2008
23013	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI S MCC	11,1167
23301	REHABILITACE BEZ CC	1,0876
23302	REHABILITACE S CC	1,2711
23303	REHABILITACE S MCC	1,3761
23311	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY BEZ CC	0,3760

23312	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY S CC	0,5549
23313	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY S MCC	0,8464
23321	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV BEZ CC	0,3362
23322	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV S CC	0,9063
23323	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV S MCC	6,1866
24010	HIV S VÝKONEM, S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV	0,7420
24020	HIV S VÝKONEM, S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV	2,7662
24031	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV BEZ CC	0,3606
24032	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV S CC	0,3606
24033	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV S MCC	0,3606
24301	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU BEZ CC	0,7583
24302	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU S CC	0,7583
24303	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU S MCC	0,7583
24311	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ BEZ CC	0,1399
24312	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ S CC	0,1399
24313	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ S MCC	0,1399
24320	HIV S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV	4,3194
24331	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKcí SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU BEZ CC	5,1320
24332	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKcí SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU S CC	5,1320
24333	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKcí SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU S MCC	5,1320
24341	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKcí SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY BEZ CC	0,3905
24342	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKcí SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY S CC	0,8974
24343	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKcí SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY S MCC	3,0764
24350	HIV BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV	2,4998
25011	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	5,8146
25012	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	6,6730
25013	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	11,7773
25021	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	5,7233

25022	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	5,7233
25023	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	9,3329
25030	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	51,3533
25040	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 504 HODIN (22-42 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	40,8159
25051	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	25,1438
25052	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	25,1438
25053	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	25,1438
25061	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN BEZ CC	16,0782
25062	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN S CC	16,0782
25063	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN S MCC	16,0782
25071	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	15,9856
25072	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	15,9856
25073	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	15,9856
25301	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	0,8693
25302	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	1,1109
25303	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	2,6759
25311	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU BEZ CC	1,4733
25312	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU S CC	1,4733
25313	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU S MCC	1,4733
25320	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ)	139,1328
25330	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 504 HODIN (22-42 DNÍ)	45,6220

25341	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) BEZ CC	17,2268
25342	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S CC	17,2268
25343	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S MCC	17,2268
25361	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) BEZ CC	12,4960
25362	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S CC	12,4960
25363	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S MCC	12,4960
25370	ÚMRTÍ DO 5 DNÍ OD PŘÍJMU PŘI POLYTRAUMATU	2,8388
88871	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	0,9311
88872	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	2,1685
88873	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC	5,4836
88881	PROSTATICKE VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	0,8264
88882	PROSTATICKE VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	0,9413
88883	PROSTATICKE VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC	1,0312
88891	VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	0,4231
88892	VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	0,8632
88893	VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC	2,2505
99980	HLAVNÍ DIAGNÓZA NEPLATNÁ JAKO PROPOUŠTĚCÍ DIAGNÓZA	0,3834
99990	NEZAŘADITELNÉ	0,2844

Příloha č. 10 k vyhlášce č. 471/2009 Sb.

**Skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace⁵⁾ s indexy těchto skupin použité
k výpočtu hodnoty CM_{alfa2008}**

IR-DRG ⁵⁾	Název skupiny	Index
01351	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU BEZ CC	0,6548
01352	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S CC	0,7858
01353	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S MCC	1,104
01361	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA BEZ CC	0,4714

01362	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S CC	0,5461
01363	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S MCC	0,6632
01421	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT BEZ CC	0,4581
01422	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S CC	0,578
01423	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S MCC	1,0264
01451	OTŘES MOZKU BEZ CC	0,2424
01452	OTŘES MOZKU S CC	0,2721
01453	OTŘES MOZKU S MCC	0,4606
02321	JINÉ PORUCHY OKA BEZ CC	0,2643
02322	JINÉ PORUCHY OKA S CC	0,3109
02323	JINÉ PORUCHY OKA S MCC	0,3725
03061	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE BEZ CC	0,7122
03062	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S CC	0,8531
03063	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S MCC	1,1991
03081	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH BEZ CC	0,3527
03082	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S CC	0,448
03083	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S MCC	0,7265
03311	PORUCHY ROVNOVÁHY BEZ CC	0,4264
03312	PORUCHY ROVNOVÁHY S CC	0,4985
03313	PORUCHY ROVNOVÁHY S MCC	0,5455
03321	EPISTAXE BEZ CC	0,2494
03322	EPISTAXE S CC	0,3032
03323	EPISTAXE S MCC	0,4016
03341	NEMOCI ZUBŮ A ÚST BEZ CC	0,497
03342	NEMOCI ZUBŮ A ÚST S CC	0,5843
03343	NEMOCI ZUBŮ A ÚST S MCC	0,8715
04351	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	1,1119
04352	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	1,5364
04353	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	3,5769
04391	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC BEZ CC	0,7743
04392	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S CC	0,8131
04393	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S MCC	1,1161
05021	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC	15,9076
05022	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC	16,8148
05023	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC	20,1459
05041	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC	11,5768
05042	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC	12,1642
05043	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC	16,3775
05051	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC	9,5838
05052	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC	9,5838

05053	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC	11,0004
05061	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC	7,5139
05062	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC	7,9754
05063	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC	8,8554
05101	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	4,8038
05102	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	4,8038
05103	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	6,2605
05131	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	4,508
05132	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	4,508
05133	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	4,9639
05151	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY BEZ CC	1,9141
05152	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S CC	2,5869
05153	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S MCC	4,2702
05171	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,1112
05172	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,534
05173	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	3,2858
05221	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	16,5466
05222	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	16,5466
05223	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	16,5466
05231	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	7,1902
05232	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	8,3739
05233	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	10,0806
05241	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	9,3031
05242	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	10,3474

05243	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	13,0239
05261	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	12,7973
05262	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	13,4586
05263	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	13,4586
05271	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	6,1329
05272	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	6,7609
05273	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	7,3592
05281	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	8,6966
05282	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	9,3463
05283	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	11,226
05291	PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	9,848
05292	PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	9,848
05293	PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	9,848
05311	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ BEZ CC	0,6336
05312	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ S CC	0,7368
05313	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ S MCC	0,8109
05391	ATEROSKLERÓZA BEZ CC	0,439
05392	ATEROSKLERÓZA S CC	0,6042
05393	ATEROSKLERÓZA S MCC	0,9448
05401	HYPERTENZE BEZ CC	0,3958
05402	HYPERTENZE S CC	0,4661
05403	HYPERTENZE S MCC	0,5487
06011	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU BEZ CC	3,3212
06012	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S CC	3,9606
06013	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S MCC	5,9249
06051	VÝKONY NA APENDIXU BEZ CC	0,7566
06052	VÝKONY NA APENDIXU S CC	0,9897
06053	VÝKONY NA APENDIXU S MCC	1,6828

06081	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE BEZ CC	0,4694
06082	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S CC	0,6714
06083	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S MCC	1,0373
06311	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA BEZ CC	0,468
06312	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA S CC	0,7827
06313	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA S MCC	1,2081
06331	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA BEZ CC	0,5033
06332	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA S CC	0,6548
06333	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA S MCC	1,4263
06351	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4254
06352	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	0,6122
06353	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,309
06371	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA BEZ CC	0,2834
06372	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA S CC	0,4209
06373	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA S MCC	0,5866
07031	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ BEZ CC	1,26
07032	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S CC	1,8644
07033	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S MCC	3,1713
07341	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST BEZ CC	0,5266
07342	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S CC	0,7564
07343	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S MCC	1,0783
08031	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY BEZ CC	5,231
08032	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S CC	5,9789
08033	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S MCC	7,576
08081	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ BEZ CC	2,0973
08082	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S CC	2,4736
08083	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S MCC	3,2418
08101	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE BEZ CC	1,2288
08102	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S CC	1,7562
08103	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S MCC	2,3104
08121	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ BEZ CC	0,295
08122	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S CC	0,3239
08123	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S MCC	0,4559
08371	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY BEZ CC	0,502
08372	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S CC	0,6009
08373	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S MCC	0,7086

09301	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE BEZ CC	0,79
09302	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S CC	0,8304
09303	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S MCC	0,9999
09321	FLEGMÓNA BEZ CC	0,4996
09322	FLEGMÓNA S CC	0,741
09323	FLEGMÓNA S MCC	0,9489
09341	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU BEZ CC	0,4071
09342	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S CC	0,5775
09343	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S MCC	0,7576
10041	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,8811
10042	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	2,246
10043	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	2,246
10051	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	0,9157
10052	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S CC	1,009
10053	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S MCC	1,1147
10301	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY BEZ CC	0,4919
10302	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S CC	0,604
10303	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S MCC	0,9586
11051	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI BEZ CC	0,9339
11052	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S CC	0,9817
11053	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S MCC	1,4489
11061	PROSTATEKTOMIE BEZ CC	0,9986
11062	PROSTATEKTOMIE S CC	1,1386
11063	PROSTATEKTOMIE S MCC	1,3764
11071	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	0,4571
11072	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S CC	0,5501
11073	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S MCC	0,6704
11321	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,4442
11322	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,6081
11323	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	0,8134
11331	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU BEZ CC	0,4037
11332	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S CC	0,5688
11333	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S MCC	0,5688

11341	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE BEZ CC	0,2971
11342	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S CC	0,4181
11343	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S MCC	0,5754
12021	VÝKONY NA PENISU BEZ CC	0,3858
12022	VÝKONY NA PENISU S CC	0,5571
12023	VÝKONY NA PENISU S MCC	0,5571
12031	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE BEZ CC	0,8386
12032	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S CC	1,0148
12033	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S MCC	1,0148
12051	CIRKUMCIZE BEZ CC	0,2569
12052	CIRKUMCIZE S CC	0,28
12053	CIRKUMCIZE S MCC	0,3494
13011	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE BEZ CC	2,7644
13012	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S CC	3,0913
13013	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S MCC	3,0913
13021	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH BEZ CC	2,3502
13022	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S CC	2,945
13023	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S MCC	2,945
13051	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE BEZ CC	0,463
13052	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S CC	0,7342
13053	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S MCC	1,2553
13071	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY BEZ CC	0,2638
13072	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S CC	0,4005
13073	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S MCC	0,6491
13081	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU BEZ CC	0,5487
13082	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S CC	0,5843
13083	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S MCC	0,5843
13311	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,2962
13312	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,5153
13313	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,5153
14601	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM BEZ CC	0,8903
14602	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S CC	1,0723
14603	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S MCC	1,2703
14611	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ BEZ CC	0,6391

14612	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S CC	0,7571
14613	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S MCC	0,9687
14631	VAGINÁLNÍ POROD BEZ CC	0,4919
14632	VAGINÁLNÍ POROD S CC	0,5565
14633	VAGINÁLNÍ POROD S MCC	0,5565
14641	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ BEZ CC	0,1879
14642	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ S CC	0,2202
14643	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ S MCC	0,2379
14651	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE BEZ CC	0,1741
14652	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S CC	0,1741
14653	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S MCC	0,1741
14701	HROZÍCÍ POTRAT BEZ CC	0,3099
14702	HROZÍCÍ POTRAT S CC	0,4775
14703	HROZÍCÍ POTRAT S MCC	0,4775
14711	FALEŠNÝ POROD BEZ CC	0,1513
14712	FALEŠNÝ POROD S CC	0,216
14713	FALEŠNÝ POROD S MCC	0,216
15691	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	0,9626
15692	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	1,9467
15693	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	4,2844
15751	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	0,2742
15752	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	0,3616
15753	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	0,41
18311	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE BEZ CC	0,6324
18312	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S CC	0,9376
18313	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S MCC	1,581
18331	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,427
18332	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S CC	0,5591
18333	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S MCC	0,6982
20301	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE BEZ CC	0,1401

20302	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S CC	0,1401
20303	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S MCC	0,1401
20331	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU BEZ CC	0,4149
20332	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S CC	0,5093
20333	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S MCC	0,8676

Příloha č. 11 k vyhlášce č. 471/2009 Sb.

Výše úhrad zdravotní péče podle § 7

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00901	<u>Vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce</u> Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení léčebného plánu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. Návzik (pouze jedenkrát na pojištěnce) / kontrola orální hygieny, interdentální hygieny, masáže, odstranění zubního kamene, včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou a jiné), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv.	Kombinaci kódů 00901, 00902, 00946 či 00947 nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí. Lze vykázat 1/1 rok na pojištěnce v rámci péče o dospělé a individuální péče o chrup dětí a dorostu. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁶⁾	368 Kč
00902	<u>Opakované vyšetření a ošetření v rámci preventivní péče</u> Opakované vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní. Kontrola orální hygieny, interdentální hygieny, včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou a jiné), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle	Kombinaci kódů 00901, 00902, 00946 či 00947 nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí. Lze vykázat 1/1 rok na pojištěnce v rámci péče o dospělé a v rámci individuální péče o chrup dětí do 6 let; 2/rok v rámci individuální péče o chrup dětí a dorostu od 6 do 18 let, u těhotných žen 2x v průběhu těhotenství. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁶⁾ .	294 Kč

⁶⁾ § 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.

	přílohy č. 1 zákona.		
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 školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁶⁾ ; 015; 605.	200 Kč
00904	<u>Stomatologické vyšetření registrovaného pojištěnce od 1 roku do 6 let v rámci preventivní péče</u>	Lze vykázat 1/1 rok pouze v souvislosti s kódem 00902, popřípadě 00947 a diagnózou Z 012 – 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. Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁷⁾ lze vykázat i při vyžádané péči <u>neregistrovaného pojištěnce.</u>	Lze vykázat 1/1 den. Odbornost – 014.	95 Kč
00907	<u>Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do 15 let</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce. Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁷⁾ lze vykázat i při vyžádané péči <u>neregistrovaného pojištěnce.</u>	Lze vykázat 1/1 den. Pouze při kurativní návštěvě (nelze vykázat s kódy 00901, 00902, 00903, 00909, 00946, 00947 a diagnózou Z 012 – zubní vyšetření). Odbornost – 014.	68 Kč
00908	<u>Akutní ošetření a vyšetření neregistrovaného pojištěnce – v rámci pohotovostní služby</u> Akutní ošetření náhodného pojištěnce mimo rámec preventivní péče. Ošetření zahrnuje vyšetření, paliativní ošetření v endodoncii, amputaci a exstirpaci dřeně, provizorní výplň, lokální ošetření gingivy / sliznice, konzervativní ošetření dentitio difficilis nebo parodontálního abscesu, výměnu drénu, opravu / úpravu fixní nebo snímatelné náhrady v ordinaci a podobně.	Nelze kombinovat s kódem 00903 a 00909. Lze vykázat 1/1 den. Odbornost – 014.	295 Kč

00909	<u>Klinické stomatologické vyšetření</u> Vyšetření odborníkem na klinickém pracovišti na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření.	Nelze kombinovat s kódy 00901, 00902, 00903, 00908, 00945, 00946 a 00947. V kombinaci s kódem 00907 nelze vykázat samostatně s diagnózou Z 012 – zubní vyšetření. Kód lze nasmlouvat i lůžkovým stomatologickým zařízením a Výzkumným ústavem stomatologickým. Lze vykázat 1/1 den. Při diagnóze vyžadující opakovanou návštěvu lze vykázat jen jedenkrát, u rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz lze vykázat pouze jednou, při zahájení léčby. Odbornost – 014; 015.	410 Kč
00910	<u>Zhotovení intraorálního rentgenového snímku</u> Zhotovení rentgenového snímku na speciálním dentálním rentgenovém přístroji, nebo další zobrazovací metodou (podmínkou je archivace snímku). Vykazuje zdravotnické zařízení, které snímek indikovalo (i v případě zhotovení snímku v jiném zdravotnickém zařízení).	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014; 015; 605.	70 Kč
00911	<u>Zhotovení extraorálního rentgenového snímku</u> Zhotovení skiagrafie lebky různých projekcí za každý snímek. Vykazuje zdravotnické zařízení, které snímek indikovalo, v případě odbornosti 015 i rentgenový snímek ruky (stanovení fáze růstu skeletu).	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014; 015; 605.	225 Kč
00912	<u>Náplň slinné žlázy kontrastní látkou</u> Sondáž, dilatace, náplň slinných žláz a vývodů kontrastní látkou. Následné rentgenové vyšetření je vykazováno kódem 00911 nebo 00913 zdravotnickým zařízením, které snímek indikovalo.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁶⁾ ; 605.	581 Kč
00913	<u>Zhotovení ortopantomogramu</u> Zhotovení extraorálního panoramatického snímku na speciálním rentgenovém přístroji. Vykazuje zdravotnické zařízení, které snímek indikovalo.	Lze vykázat 1/2 roky (omezení frekvencí neplatí pro odbornost 605, 015 a pro odbornost 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁶⁾ ; 015; 605.	275 Kč
00914	<u>Vyhodnocení ortopantomogramu</u> Vyhodnocení panoramatického rentgenového snímku zubních oblouků a skeletu čelistí, nebo ostatních	Lze vykázat 1/1 snímek/1 zdravotnické zařízení. Odbornost – 014; 015; 605.	70 Kč

	extraorálních snímků. Vykazuje zdravotnické zařízení, které snímek indikovalo (i v případě zhotovení snímku v jiném zdravotnickém zařízení); v případě odeslání pojištěnce k jinému zubnímu lékaři, který je držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁷⁾ , může kód vykazat i toto zdravotnické zařízení.		
00915	<u>Zhotovení telerentgenového snímku lbi</u> Zhotovení dálkového rentgenového snímku lbi na speciálním rentgenovém přístroji. Vykazuje zdravotnické zařízení, které snímek indikovalo.	Lze vykazat 1/1 rok. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁶⁾ ; 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 nervus palatinus), ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem.	Lze vykazat – bez omezení. Odbornost – 014; 015; 605.	100 Kč
00917	<u>Anestézie infiltrační</u> Aplikaci injekční anestézie pro každý sextant včetně anestézie na foramen mentale, foramen palatinum maius a foramen incisivum. Počítá se anestetizovaná oblast, nikoli počet vpichů; ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem.	Lze vykazat – 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 vykazat 1 zub/1 den. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 015; 605.	315 Kč
00921	<u>Ošetření zubního kazu – stálý zub</u> Ošetření zubního kazu definitivní výplní, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu, při použití samopolymerujících kompozitních materiálů v rozsahu špičáků včetně, a nedózaného amalgámu v celém rozsahu.	Lze vykazat 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 vykazána s jinou diagnózou. Dříve než za 1 rok lze vykazat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Lokalizace – zub.	220 Kč

		Odbornost – 014; 015; 605.	
00922	<u>Ošetření zubního kazu – dočasný zub</u> Ošetření zubního kazu dočasného zubu definitivní výplní, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu a použitý materiál.	Lze vykázat 1 zub/6 měsíců. Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu – v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 6 měsíců lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 015; 605.	126 Kč
00923	<u>Konzervativní léčba komplikací zubního kazu – stálý zub</u> Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, chemickou a medikamentózní přípravu a provizorní výplně. Po definitivním endodontickém ošetření zubu za každý zaplněný kořenový kanálek standardním materiálem podle přílohy č. 1 zákona. Počet návštěv nerozhoduje.	Nelze kombinovat s kódem 00925. Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 015; 605.	181 Kč
00924	<u>Konzervativní léčba komplikací zubního kazu – dočasný zub</u> Po definitivním endodontickém ošetření dočasného zubu standardním materiálem podle přílohy č. 1 zákona metodou vitální nebo mortální amputace 1x. Při eventuální exstirpaci každý zaplněný kořenový kanálek. Ošetření je možné, když je dočasný zub klinicky pevný. Dle rentgenové resorbce nejvýše do poloviny kořene.	Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 015; 605.	176 Kč
00925	<u>Konzervativní léčba komplikací zubního kazu II.- stálý zub</u> Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, medikamentózní přípravu a provizorní výplně. Po definitivním endodontickém ošetření zubu standardním materiálem podle přílohy č. 1 zákona za každý zaplněný kořenový kanálek dohodnutým standardním postupem při použití registrovaného materiálu. Počet návštěv nerozhoduje. I při ošetření zubu metodou apexifikace.	Nelze kombinovat s kódem 00923. Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 015; 605.	265 Kč
00931	<u>Konzervativní léčba chronických onemocnění parodontu</u> Odborné vyšetření parodontu, vyšetření pomocí parodontologického indexu CPITN, stanovení léčebného plánu, zahájení konzervativní léčby –	Lze vykázat 1/1 rok. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁶⁾ .	700 Kč

	odstranění zubního kamene, instruktáž a motivace orální hygieny.		
00932	<u>Udržovací léčba chronických onemocnění parodontu</u> Komplexní vyšetření parodontu na základě zařazení onemocnění při vyšetření pomocí parodontologického indexu CPITN, kdy je stanoven parodontologický index CPI 2-3, případně dalších parodontologických indexů a vyšetřovacích metod v průběhu parodontologické léčby, nikoliv v rámci preventivní péče. Pokračování konzervativní léčby (fáze iniciální nebo udržovací) – kontrola orální hygieny pomocí k tomu určených parodontologických indexů (například PBI, API a podobně), jejichž hodnoty musí být zaznamenány v dokumentaci, odstranění zubního kamene, remotivace a korekce konkrétní metody orální hygieny, odstranění lokálního dráždění parodontu. Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem (kód 00938) a subgingivální ošetření (kód 00935) se vykazuje zvlášť.	Lze vykázat 3/1 rok. Při třetím vykázání kódu v roce nutno zhodnotit léčbu pomocí parodontologického indexu CPITN. Odbornost – 014.	243 Kč
00933	<u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu</u> Provedený chirurgický výkon v mukogingivální oblasti navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu (gingivektomie s plastikou) za každý zub.	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – zub. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁶⁾ .	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 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 ⁶⁾ .	1 000 Kč
00935	<u>Subgingivální ošetření</u> Instrumentální odstranění obsahu parodontálního chobotu (subgingiválního zubního kamene a plaku), odstranění nekrotického cementu, ohlazení povrchu zubního kořene a jeho kontrola. Lze provést ručními nástroji, ultrazvukovými či laserovými přístroji či jejich	Lze vykázat 1/1 zub/365 dní. Lokalizace – zub. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁶⁾ .	84 Kč

	kombinací.		
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 školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁶⁾ ; 605.	600 Kč
00937	<u>Artikulace chrupu</u> Po provedení celkového zábrusu okluze a artikulace chrupu na podkladě funkčního vyšetření stomatognátního systému. Nutno doložit modely před a po ošetření.	Lze vykázat 1/1 rok. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁶⁾ .	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). Vyказuje 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 rok. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁶⁾ .	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 ⁶⁾ .	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 ⁶⁾ ; 605.	88 Kč
00945	<u>Cílené vyšetření</u> Vyšetření zaměřené na konkrétní obtíže pojištěnce. U registrovaného pojištěnce, v případě dohodnutých dlouhodobých zástupů a péče poskytované v rámci odbornosti 015 i u neregistrovaných pojištěnců.	Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00901, 00902, 00903, 00908, 00909, 00931, 00932, 00940, 00941, 00946, 00947, 00981, 00983, 00984. Lze vykázat – bez omezení, při ošetření v několika návštěvách (endodontické ošetření, zhotovení protetických náhrad a jiné) pouze jednou. Odbornost – 014; 015.	10 Kč
00946	<u>Vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce I</u> Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení léčebného plánu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. Návěik (pouze jedenkrát	Kombinaci kódů 00901, 00902, 00946 a 00947 nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí. Lze vykázat 1/1 rok na pojištěnce v rámci péče o dospělé a individuální péče o chrup dětí a dorostu. Odbornost – 014.	336 Kč

	na pojištěnce) / kontrola orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, odstranění zubního kamene, včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou a jiné), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv.		
00947	<u>Opakované vyšetření a ošetření v rámci preventivní péče I</u> Opakované vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní. Kontrola orální hygieny, interdentální hygieny, včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou a jiné), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona.	Kombinaci kódů 00901, 00902, 00946 a 00947 nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí. Lze vykázat 1/1 rok na pojištěnce v rámci péče o dospělé a v rámci individuální péče o chrup dětí do 6 let; 2/rok v rámci individuální péče o chrup dětí a dorostu od 6 do 18 let, u těhotných žen 2x v průběhu těhotenství. Odbornost – 014.	263 Kč
00949	<u>Extrakce dočasného zubu</u> Extrakce dočasného zubu, nebo radixu (bez následné chirurgické intervence) včetně event. separace radixů, exkochleace granulací, sutury a stavění krvácení kompresivní tamponádou.	Lze vykázat 1/1 zub. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 015; 605.	87 Kč
00950	<u>Extrakce stálého zubu</u> Extrakce stálého zubu nebo radixu (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací, sutury a stavění krvácení kompresivní tamponádou.	Lze vykázat 1/1 zub. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 015; 605.	168 Kč
00951	<u>Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu</u> Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku a hemiextrakce nebo egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu do jednoho sextantu nebo chirurgická revize extrakční rány.	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 605.	525 Kč
00952	<u>Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu</u> Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku v blízkosti rizikových anatomických struktur, nebo vyžadující snesení větší části kosti, primární uzávěr oroantrální komunikace, egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu větším než jeden sextant, exstirpace cysty nad	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁶⁾ ; 605.	1 155 Kč

	1 cm, odstranění sekvestru, artrocentéza temporomandibulárního kloubu nebo antrotomie a podobně.		
00953	<u>Chirurgické ošetřování retence zubů</u> Snesení tkání ležících v cestě erupci zubu a mobilizace zubu do směru žádané erupce (včetně odklopení mukoperiostálního laloku, plastiky měkkých tkání, podložení kostním štěpem, fixace drátěného tahu, nalepení ortodontického zámku).	Lze vykázat 1/1 zub. Lokalizace – zub. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁶⁾ ; 015; 605.	630 Kč
00954	<u>Konzervačně-chirurgická léčba komplikací zubního kazu</u> Odklopení mukoperiostálního laloku, snesení kosti periapikálně, amputace kořenového hrotu, exkochleace, toileta kořene a kosti, sutura (včetně případného peroperačního plnění). Těž periapikální exkochleace a exstirpace odontogenní cysty do 1 cm.	Lze vykázat – bez omezení (za každý ošetřený kořen). Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 605.	420 Kč
00955	<u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní 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 ⁶⁾ ; 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 eventuálně 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.	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – čelist (za každou ošetřenou čelist). Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního	750 Kč

		vzdělávání zubních lékařů ⁶⁾ ; 605.	
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 – ambulantním zdravotnickým zařízením bez omezení. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁶⁾ ; 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 při stavění pozdního postextrakčního krvácení, revizi extrakční rány, svalovém rehabilitačním cvičení a fyzikální terapii.	Lze vykázat 5/10 dnů. Odbornost – 014; 015; 605.	45 Kč
00962	<u>Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch</u> Vyšetření temporomandibulárního kloubu, zdokumentování onemocnění a konzervativní léčba temporomandibulární poruchy (například mezičelistní fixací, fyzikální terapií nebo manuální repozicí).	Lze vykázat 2/1 rok (omezení frekvencí neplatí pro odbornost 605, 015 a 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁶⁾). Odbornost – 014; 015; 605.	300 Kč
00963	<u>Injekce i. m., i. v., i. d., s. c.</u> Zahrnuje injekční aplikaci léčiva včetně jeho ceny, není-li aplikovaná látka hrazena jiným způsobem.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014; 015; 605.	53 Kč
00965	<u>Čas stomatologa strávený dopravou za imobilním pojištěncem</u>	Nelze vykázat spolu s výkonem dopravy. Odbornost – 014; 605.	210 Kč
00966	<u>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 ukončil Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, případně Rozhodnutí	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014.	5 Kč

	o potřebě ošetřování (péče), pokud ukončuje pracovní neschopnost nebo pokud pominuly důvody pro ošetřování člena domácnosti, popřípadě pro ošetřování nebo péči o dítě mladší 10 let rodičem.		
00968	<u>Stomatochirurgické ošetření neregistrovaného pojištěnce ve zdravotnickém zařízení zařazeném do specializovaných stomatochirurgických pracovišť</u> Ošetření na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), písemná zpráva.	Lze vykázat 1/1 den pouze v souvislosti s kódy 00951, 00952, 00953, 00954, 00955, 00956, 00957, 00958, 00960, 00962. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁶⁾ .	1 000 Kč
00970	<u>Sejmutí fixní náhrady – za každou pilířovou konstrukci</u> Sejmutí fixní náhrady rázovým nástrojem nebo rozbroušením korunky a její deformací.	Lze vykázat 1/2 roky. Nelze vykázat u provizorních náhrad. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 015; 605.	83 Kč
00971	<u>Provizorní ochranná korunka</u> Adaptace a fixace konfekční korunky k ochraně preparovaného, frangovaného nebo jinak destruovaného zubu, nebo individuální ochranná korunka zhotovená razidlovou metodou v ústech pacienta. Zahrnuje i opakované nasazení.	Lze vykázat 1/2 roky. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 015; 605.	69 Kč
00972	<u>Oprava fixní náhrady v ordinaci</u> Sejmutí a opětovné nasazení pevné náhrady. Zhotovení nebo oprava fasety v pevné náhradě v ústech (standardním materiálem podle přílohy č. 1 zákona).	Lze vykázat 2/1 rok. Nelze vykázat u provizorních náhrad. Lokalizace – zub. Odbornost – 014; 015; 605.	72 Kč
00973	<u>Oprava nebo úprava snímatelné náhrady v ordinaci</u> Oprava nebo jednoduchá úprava snímatelné náhrady v ordinaci bez návaznosti na další laboratorní zpracování.	Lze vykázat 5/1 rok. Nelze vykázat při odevzdání nové snímatelné náhrady (nejdříve dva měsíce po odevzdání nové snímatelné náhrady). Lokalizace – čelist. Odbornost – 014; 015; 605.	39 Kč
00974	<u>Odevzdání stomatologického výrobku</u> Zdravotnické zařízení vykazuje při odevzdání stomatologického výrobku (kód slouží pouze pro vykazování zvlášť účtovaných léčivých přípravků a stomatologických výrobků (účet 03s).	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605.	0 Kč
00975	<u>Ochranný můstek zhotovený razidlovou metodou</u> Provizorní můstek k ochraně preparovaných zubů a udržení okluzních vztahů. Můstek je zhotovený přímo v ústech pojištěnce razidlovou metodou. V hodnocení je zahrnuto i opakované nasazení.	Lze vykázat 1/5 let. Lokalizace – kvadrant. Odbornost – 014.	607 Kč
00981	<u>Diagnostika ortodontických anomálií</u>	Lze vykázat 1/1 pojištěnce	600 Kč

	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 vykazáním kódu 00981.	a zdravotnické zařízení. Odbornost – 015.	
00982	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk</u> Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem – na jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu včetně přípravy zubů.	Lze vykázat 1/1 čelist. Lokalizace – čelist. Odbornost – 015.	1 300 Kč
00983	<u>Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Vztahuje se na kontrolu postupu léčby a úprav na fixním aparátu na jednom i obou zubních obloucích, a to po vykazání 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 léčebného plánu a funkce snímacích aparátů včetně jejich úpravy. Pro sledování průběhu změn po ortodonticky indikovaných extrakcích bez aparátu. Vztahuje se na všechny kontroly snímacího aparátu v daném čtvrtletí.	Lze vykázat 1/1 čtvrtletí po dobu 4 let. Nelze vykázat pro léčbu ve fázi retence nebo při sledování růstu a vývoje chrupu a čelisti bez aktivní léčby. Odbornost – 015.	210 Kč
00985	<u>Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Po ukončení léčby ortodontických anomálií sejmutí fixního ortodontického aparátu na 1 zubní oblouk, zábrus zubů, včetně případné analýzy modelů (nezahrnuje případné zhotovení a analýzu telorentgenu a ortopantomogramu).	Lze vykázat 2/1 čelist. S časovým odstupem 3 let lze vykázat 1x na čelist v návaznosti na kód 00982 a 1x na čelist v návaznosti kódu 00994. Lokalizace – čelist. Odbornost – 015.	700 Kč
00986	<u>Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje</u> Kontrola pojištěnce před začátkem nebo po ukončení aktivní fáze	Lze vykázat 1/1 pololetí, maximálně po dobu 4 let. Odbornost – 015.	220 Kč

	ortodontické léčby snímacími nebo fixními aparáty podle léčebného plánu. Součástí může být i použití pevných, nebo snímacích dlah, retainerů nebo jiných retenčních aparátů.		
00987	<u>Stanovení fáze růstu</u> Určení růstové fáze pojištěnce – skeletální věk, zhodnocením rentgenového snímku ruky nebo krčních obratlů.	Lze vykázat 2/1 pojištěnce. Odbornost – 015.	53 Kč
00988	<u>Analýza telerentgenového snímku lbi</u> Vyhodnocení profilového, eventuálně zadopředního dálkového rentgenového snímku lbi pomocí speciálních měření.	Lze vykázat 1/1 rok. Odbornost – 015.	116 Kč
00989	<u>Analýza ortodontických modelů</u> Vyhodnocení ortodontických modelů zubních oblouků a přilehlých tkání, včetně případných dalších speciálních měření.	Lze vykázat 1/1rok. Odbornost – 015.	315 Kč
00990	<u>Diagnostická přestavba ortodontického modelu</u> Přestavba zubů ortodontického modelu 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-ti zubů do zámků nebo kanyl jako součásti fixního aparátu.	Lze vykázat 4/1 pololetí (1x na kvadrant). Odbornost – 015.	300 Kč
00994	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk</u> Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk ve smíšeném chrupu pro protruzní vady	Lze vykázat 1/1 čelist do věku 10 let. Lokalizace – čelist. Odbornost – 015.	900 Kč

	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.		
--	---	--	--



Vydává a tiskne: Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o., Bartůňkova 4, pošt. schr. 10, 149 01 Praha 415, telefon: 272 927 011, fax: 974 887 395 – **Redakce:** Ministerstvo vnitra, nám. Hrdinů 1634/3, pošt. schr. 155/SB, 140 21 Praha 4, telefon: 974 817 287, fax: 974 816 871 – **Administrace:** písemné objednávky předplatného, změny adres a počtu odebíraných výtisků – MORAVIAPRESS, a. s., U Póny 3061, 690 02 Břeclav, fax: 519 321 417, e-mail: sbirky@moraviapress.cz. Objednávky ve Slovenské republice přijímá a titul distribuuje Magnet-Press Slovakia, s. r. o., Teslova 12, 821 02 Bratislava, tel.: 00421 2 44 45 46 28, fax: 00421 2 44 45 46 27. **Roční předplatné** se stanovuje za dodávku kompletního ročníku včetně rejstříku z předcházejícího roku a je od předplatitelů vybíráno formou záloh ve výši oznámené ve Sbírce zákonů. Závěrečné vyúčtování se provádí po dodání kompletního ročníku na základě počtu skutečně vydaných částek (první záloha na rok 2010 činí 6 000,- Kč) – Vychází podle potřeby – **Distribuce:** MORAVIAPRESS, a. s., U Póny 3061, 690 02 Břeclav, celoroční předplatné – 516 205 176, 516 205 175, objednávky jednotlivých částek (dobírky) – 516 205 175, objednávky-knihkupci – 516 205 175, faxové objednávky – 519 321 417, e-mail – sbirky@moraviapress.cz, zelená linka – 800 100 314. **Internetová prodejna:** www.sbirkyzakonu.cz – **Drobný prodej – Benešov:** Oldřich HAAGER, Masarykovo nám. 231; **Brno:** Ing. Jiří Hrazdil, Vranovská 16, SEVT, a. s., Česká 14; **České Budějovice:** SEVT, a. s., Česká 3, tel.: 387 319 045; **Cheb:** EFREX, s. r. o., Karlova 31; **Chomutov:** DDD Knihkupectví – Antikvariát, Ruská 85; **Kadaň:** Knihařství – Příbíkova, J. Švermy 14; **Kladno:** eL VaN, Ke Stadionu 1953, tel.: 312 248 323; **Klatovy:** Krameriovo knihkupectví, nám. Míru 169; **Liberec:** Podještědské knihkupectví, Moskevská 28; **Litoměřice:** Jaroslav Tvrdík, Štursova 10, tel.: 416 732 135, fax: 416 734 875; **Most:** Knihkupectví „U Knihomila“, Ing. Romana Kopková, Moskevská 1999; **Olomouc:** ANAG, spol. s r. o., Denisova č. 2, Zdeněk Chumchal – Knihkupectví Tycho, Ostružnická 3, Knihkupectví SEVT, a. s., Ostružnická 10; **Ostrava:** LIBREX, Nádražní 14, Profesio, Hollarova 14, SEVT, a. s., Denisova 1; **Otrokovice:** Ing. Kuččík, Jungmannova 1165; **Pardubice:** LEJHANEK, s. r. o., třída Míru 65; **Plzeň:** Typos, tiskařské závody s. r. o., Úslavská 2, EDICUM, Bačická 15, Technické normy, Na Roudné 5, Vydavatelství a naklad. Aleš Čeněk, nám. Českých bratří 8; **Praha 1:** NEOLUXOR, Na Poříčí 25, LINDE Praha, a. s., Opletalova 35, NEOLUXOR s. r. o., Václavské nám. 41; **Praha 4:** SEVT, a. s., Jihlavská 405; **Praha 5:** SEVT, a. s., E. Peškové 14; **Praha 6:** PPP – Staňková Isabela, Puškinovo nám. 17, PERIODIKA, Komornická 6; **Praha 8:** Specializovaná prodejna Sbírky zákonů, Sokolovská 35, tel.: 224 813 548; **Praha 9:** Abonentní tiskový servis-Ing. Urban, Jablonecká 362, po – pá 7 – 12 hod., tel.: 286 888 382, e-mail: tiskovy.servis@abonent.cz, DOVOZ TISKU SUWECO CZ, Klečákova 347; **Praha 10:** BMSS START, s. r. o., Vinohradská 190, MONITOR CZ, s. r. o., Třebohostická 5, tel.: 283 872 605; **Přerov:** Odborné knihkupectví, Bartošova 9, Jana Honková-YAHO-i-centrum, Komenského 38; **Sokolov:** KAMA, Kalousek Milan, K. H. Borovského 22, tel./fax: 352 605 959; **Tábor:** Milada Šimonová – EMU, Zavadilská 786; **Teplice:** Knihkupectví L&N, Kapelní 4; **Ústí nad Labem:** PNS Grosso s. r. o., Havířská 327, tel.: 475 259 032, fax: 475 259 029, Kartoon, s. r. o., Solvayova 1597/3, Vazby a doplňování Sbírek zákonů včetně dopravy zdarma, tel.+fax: 475 501 773, www.kartoon.cz, e-mail: kartoon@kartoon.cz; **Zábřeh:** Mgr. Ivana Patková, Žižkova 45; **Žatec:** Simona Novotná, Brázda-prodejna u pivovaru, Žižkovo nám. 76, Jindřich Procházka, Bezděkov 89 – Vazby Sbírek, tel.: 415 712 904. **Distribuční podmínky předplatného:** jednotlivé částky jsou expedovány neprodleně po dodání z tiskárny. Objednávky nového předplatného jsou vyřizovány do 15 dnů a pravidelné dodávky jsou zahajovány od nejbližší částky po ověření úhrady předplatného nebo jeho zálohy. Částky vyšlé v době od za evidování předplatného do jeho úhrady jsou doposílány jednorázově. Změny adres a počtu odebíraných výtisků jsou prováděny do 15 dnů. **Reklamace:** informace na tel. čísle 516 205 175. V písemném styku vždy uvádějte IČO (právnícká osoba), rodné číslo (fyzická osoba). **Podávání novinových zásilek** povoleno Českou poštou, s. p., Odštěpný závod Jižní Morava Ředitelství v Brně č. j. P/2-4463/95 ze dne 8. 11. 1995.