II.

N á v r h

VYHLÁŠKA

ze dne ……. 2018

o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 245/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 298/2011 Sb., zákona č. 369/2011 Sb. a zákona č. 200/2015 Sb.:

§ 1

Tato vyhláška stanoví pro rok 2019 hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb poskytovaných pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon“) a dále hrazených služeb poskytovaných pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, členských států Evropského hospodářského prostoru a Švýcarské konfederace podle přímo použitelných předpisů Evropské unie upravujících koordinaci systémů sociálního zabezpečení[[1]](#footnote-2))a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast hrazených služeb[[2]](#footnote-3)), (dále jen „zahraniční pojištěnec“), a regulační omezení pro úhrady uvedené v § 3 až 21, poskytované smluvními poskytovateli zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel“), a to:

1. poskytovateli lůžkové péče,
2. poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,
3. poskytovateli specializované ambulantní péče, poskytovateli hemodialyzační zdravotní péče a poskytovateli v odbornostech 905, 919 a 927 podle vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami[[3]](#footnote-4)) (dále jen „seznam výkonů“),
4. poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů,
5. poskytovateli v oboru zubního lékařství,
6. poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 222, 801, 802, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen „vyjmenovaná odbornost“),
7. poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 911, 914, 916, 921, 925 a 926 podle seznamu výkonů,
8. poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů,
9. poskytovateli zdravotnické záchranné služby, poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče, poskytovateli zdravotnické dopravní služby, poskytovateli lékařské pohotovostní služby a poskytovateli pohotovostní služby v oboru zubní lékařství,
10. poskytovateli lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravovnami,
11. poskytovateli lékárenské péče.

**§ 2**

(1) **Referenčním obdobím** se pro účely této vyhlášky rozumí **rok 2017**.

(2) Hodnoceným obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2019.

(3) Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2017, poskytovatelem vykázané do 31. března 2018 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2018.

(4) Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2019, poskytovatelem vykázané do 31. března 2020 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2020.

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

§ 3

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

(2) Pokud byl unikátní pojištěnec poskytovatelem v konkrétní odbornosti ošetřen v hodnoceném období nebo referenčním období vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti pouze jednou.

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

(4) Globálním unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí pojištěnec zdravotní pojišťovny ošetřený poskytovatelem lůžkové péče v libovolné odbornosti v rámci vlastních či vyžádaných zdravotních služeb v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jednou, pokud není dále stanoveno jinak.

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

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

§ 4

V případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům se stanoví úhrada ve stejné výši jako v případě českých pojištěnců.

§ 5

1. Pro hrazené služby poskytované poskytovateli lůžkové péče, s výjimkou hrazených služeb poskytovaných poskytovateli následné lůžkové péče, poskytovateli dlouhodobé lůžkové péče a poskytovateli zvláštní lůžkové péče, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v přílohách č. 1, 9, 10, 12, 13 a 14 k této vyhlášce.
2. Pro hrazené služby poskytované poskytovateli následné lůžkové péče, poskytovateli dlouhodobé lůžkové péče, zvláštní lůžkové péče a zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. c) zákona, hrazené paušální sazbou za jeden den hospitalizace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 1 k této vyhlášce.

§ 6

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

**§ 7**

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

§ 8

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

§ 9

Výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství a příslušná regulační omezení se stanoví v příloze č. 11 k této vyhlášce.

§ 10

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

§ 11

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

§ 12

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

§ 13

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

§ 14

1. Pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické záchranné služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,16 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů přepravy podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 1,17 Kč, a s výjimkou výkonu č. 06714 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 06714 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí limit úhrady za tyto výkony v roce 2017.
2. Pro hrazené služby poskytované poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,15 Kč, s výjimkou výkonu č. 06714 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 06714 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí limit úhrady za tyto výkony v roce 2017.

§ 15

* + - 1. Pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby se výše úhrady stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony přepravy pro poskytovatele:

a) poskytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu s hodnotou bodu ve výši 1,08 Kč,

b) neposkytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu s hodnotou bodu ve výši 0,88 Kč.

(2) Manipulace s imobilním pacientem s nadměrnou tělesnou hmotností nad 140 kg při transportu sanitním vozidlem vsedě nebo vleže bude hrazena dle sjednané ceny.

§ 16

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v rámci lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.

§ 17

1. Pro komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši 105 % smluvně sjednané úhrady za jeden den pobytu na rok 2018.Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu na rok 2018 sjednána k 31. prosinci 2018, stanoví se úhrada ve výši srovnatelných poskytovatelů. Úhrada za ubytování a stravu průvodce pojištěnce se stanoví ve stejné výši jako úhrada za tyto složky u pojištěnců, kterým je poskytována komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče pro dospělé.
2. Pro komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro děti a dorost do 18 let poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši 100 % smluvně sjednané úhrady za jeden den pobytu na rok 2018.Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu na rok 2018 sjednána k 31. prosinci 2018, stanoví se úhrada ve výši srovnatelných poskytovatelů. Úhrada za ubytování a stravu průvodce pojištěnce se stanoví ve stejné výši jako úhrada za tyto složky u pojištěnců, kterým je poskytována komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče pro dospělé.
3. Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši 105 % smluvně sjednané úhrady za jeden den pobytu na rok 2018. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu na rok 2018 sjednána k 31. prosinci 2018, stanoví se úhrada ve výši srovnatelných poskytovatelů.
4. Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro děti a dorost do 18 let poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši 100 % smluvně sjednané úhrady za jeden den pobytu na rok 2018. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu na rok 2018 sjednána k 31. prosinci 2018, stanoví se úhrada ve výši srovnatelných poskytovatelů.
5. Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči se stanoví úhrada 30 Kč za vykázaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů. Tento výkon může být pojišťovně vykázán maximálně třikrát během jednoho léčebného pobytu pojištěnce.
6. Pro hrazené služby poskytované v ozdravovnách se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši 908 Kč, která se skládá ze složky ubytování, stravování a složky ozdravný program. Navýšení úhrady oproti roku 2018 bude realizováno ve složce ozdravného programu. Úhrada za ubytování a stravu průvodce pojištěnce se stanoví ve stejné výši jako úhrada za tyto složky u pojištěnců, kterým jsou poskytovány hrazené služby v ozdravovnách.

**§ 18**

1. **Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 30 Kč**. Maximální úhrada **poskytovateli za vykázané výkony č. 09543 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí částku ve výši třicetinásobku počtu výkonů č. 09543** podle seznamu výkonů, ve znění účinném v roce 2017, poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou **uznaných v roce 2017.**
2. U poskytovatele, který v roce 2017 neexistoval, vznikl v průběhu roku 2017 nebo neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna počty výkonů č. 09543 srovnatelných poskytovatelů v roce 2017.
3. Úhrada podle odstavců 1 a 2 se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby.
4. Odstavce 1 a 2 se nepoužijí na poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče při poskytování příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče.

§ 19

1. Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09552 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 14 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09552 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí částku ve výši čtrnáctinásobku počtu položek na receptech, na jejichž základě byl v roce 2014 vydán léčivý přípravek částečně nebo plně hrazený z veřejného zdravotního pojištění.
2. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, vznikl v průběhu referenčního období nebo neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.

§ 20

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

§ 21

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

§ 22

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2019.

Ministr:

Mgr. et Mgr. Vojtěch v. r.

Příloha č. 1 k vyhlášce č. …./2018 Sb.

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

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

1. Úhrada poskytovateli v roce 2019 zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady, úhradu formou případového paušálu, úhradu vyčleněnou z úhrady formou případového paušálu a úhradu za ambulantní péči (dále jen „ambulantní složka úhrady“). Pro výpočet referenčních hodnot individuálně smluvně sjednané složky úhrady, úhrady formou případového paušálu, úhrady vyčleněné z úhrady formou případového paušálu a ambulantní složky úhrady jsou do výpočtu zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2017, poskytovatelem vykázané do 31. března 2018 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2018.
2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady
   1. Zdravotní pojišťovna a poskytovatel si mohou dohodnout rozdílnou výši a způsob úhrady hrazených služeb i pro jiné hrazené služby, než jsou zahrnuty v úhradě formou případovým paušálem nebo v úhradě vyčleněné z úhrady formou případovým paušálem. Úhrada za tyto služby se v takovém případě nezapočítává do úhrady uvedené v bodech 3 a 4.
3. Výše úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely (dále jen „léčivý přípravek“) označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění, se stanoví podle poskytovatelem vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného léčivého přípravku v jednotkové ceně, maximálně však ve výši uvedené v bodech 2.2.1 až 2.2.4.
   * 1. Pro onemocnění HIV/AIDS, hereditární angioedém a pro profylaxi rizikových dětí vystavených expozici respiračního syncytiálního viru se stanoví maximální úhrada na jeden podaný léčivý přípravek ve výši poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané úhrady v roce 2017.
4. Pro skupiny:

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

se stanoví maximální úhrada takto:

kde:

je maximální úhrada v hodnoceném období.

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

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

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



Maximální úhrada je stanovena pro všechny skupiny onemocnění dohromady.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnostická skupina** | **Index navýšení úhrady** |
| Dermatologie | 1,16 |
| Dýchací soustava 1 | 1,10 |
| Dýchací soustava 2 | 1,40 |
| Endokrinologie | 1,00 |
| Hematoonkologie | 1,00 |
| Imunitní systém | 1,04 |
| Infekce | 1,25 |
| Metabolické vady | 1,05 |
| Neurologie | 1,04 |
| Oběhový systém | 1,13 |
| Oftalmologie | 1,25 |
| Onkologie – solidní nádory | 1,02 |
| Osteoporóza | 1,00 |
| Revmatologie | 1,12 |
| Trávicí soustava | 1,19 |
| Cystická fibróza | 1,10 |
| Ostatní | 1,13 |

* + 1. Pro léčbu léčivým přípravkem Spinraza 12 mg (nusinersen) se stanoví maximální úhrada takto:

*Uhrmax,2019 = Uhr2018 \** 1,30

kde:

*Uhrmax,2019* je maximální úhrada v hodnoceném období.

*Uhr2018* je celková úhrada v referenčním období za léčbu onemocnění.

* + 1. Úhrada za léčbu léčivými přípravky poskytnutými pojištěncům v hodnoceném období nad celkový limit úhrady stanovený podle bodů 2.2.1 až 2.2.4 se uhradí po předchozí dohodě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem.

1. Úhrada formou případového paušálu
   1. Případy hospitalizací se při výpočtu a rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro Klasifikaci hospitalizovaných pacientů pro rok 2019[[4]](#footnote-5)) (dále jen „Klasifikace“) .
   2. Pro výkony doprovodu č. 00031 a 00032 podle seznamu výkonů, vyjmuté z platby případovým paušálem, se stanoví paušální sazba za ošetřovací den ve výši 447 Kč.
   3. Léčivé přípravky vyjmuté z platby případovým paušálem a uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2018.
   4. Vyžádanou extramurální péčí se rozumí péče související s hospitalizací pojištěnce u poskytovatele, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji účtuje zdravotní pojišťovně.

3.5 Úhrada formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a stanoví se ve výši CELK PUdrg,2019 podle výrazu:

kde:

je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2019 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

 je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období a které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, oceněná Hodnotami Bodu (HB) platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

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

a kde IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

(i)

kde:

je referenční výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce. se vypočte následovně:

kde:

je celková úhrada formou případového paušálu v referenčním období.

je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 35 500 Kč pro poskytovatele, který má současně statut centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče, centra vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro dospělé a centra vysoce specializované onkologické péče podle § 112 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Pokud poskytovatel nesplňuje podmínky uvedené ve větě první, ale má statut centra vysoce specializované onkologické péče a zároveň statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro děti a zároveň statut centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče nebo vysoce specializované péče o pacienty s iktem podle § 112 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, potom se minimální základní sazba stanoví ve výši 32 500 Kč. Pro ostatní poskytovatele se minimální základní sazba stanoví ve výši 27 000 Kč.

je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období a které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze podle přílohy č. 10 k této vyhlášce, oceněná Hodnotami Bodu (HB) platnými v referenčním období, včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

celková úhrada poskytovateli za služby zařazené do bazí 0501, 0507, 0511, 0516, 0522, 0523, 0524, 0526, 0527, 0528 a dalších individuálně smluvně sjednaných bazí v referenčním období, kde j = 1 až n, kde n je počet těchto bazí.

funkce maximum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejvyšší.

a kde:

je koeficient navýšení, který se vypočte následovně:

kde:

*ARCTG* je funkce Arkus tangens

(ii) se vypočítá následovně:

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

,

kde:

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

 je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace a které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2019, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

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

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

1. V ostatních případech:

,

kde:

,

kde:

 je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2019, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2019, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

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

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

a kde:

,

kde:

 je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2019, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

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

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

(iii) IZP je index změny produkce vypočtený takto:

kde:

IGUP je index změny počtu globálních unikátních pojištěnců vypočtený jako:

* + - * 1. Pokud , potom:
        2. Pokud , potom .

kde:

GUP2019 je počet globálních unikátních pojištěnců, na které byly vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.

GUP2017 je počet globálních unikátních pojištěnců, na které byly vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.

(iv) je navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče vypočtené následovně:

kde:

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

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

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

1. Úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu
   1. Úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce.
   2. Případy hospitalizací se při výpočtu , rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro Klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných pro rok 2019.
   3. Léčivé přípravky vyjmuté z platby případovým paušálem a uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2018.
   4. Pro hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze a uvedené v příloze č. 13 k této vyhlášce vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, se stanoví úhrada ve výši:

,

kde:

CM2019,016,13 je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období a zdravotní pojišťovnou uznaných, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, vynásobených relativními váhami 2019, které jsou uvedeny v příloze č. 13 k této vyhlášce.

je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období a které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, oceněná Hodnotami Bodu (HB) platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 27 000 Kč.

IZS2017,13 je individuální základní sazba vypočtená takto:

kde:

Udrg,2017,13 je celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, včetně vypořádání regulačních omezení s výjimkou regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, zvýšené o hodnotu vyžádané extramurální péče oceněné Hodnotami Bodu (HB) platnými v referenčním období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky snížená o úhradu léčivých přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

CM2017,016,13  je počet případů hospitalizací ukončených v referenčním období a zdravotní pojišťovnou uznaných, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č.  13 k této vyhlášce, s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, vynásobených relativními váhami 2019, které jsou uvedeny v příloze č. 13 k této vyhlášce.

a kde:

je koeficient navýšení, který se vypočte následovně:

a kde:

je navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče vypočtené následovně:

kde:

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

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

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

kde:

CM2019,016,13, trans je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období a zdravotní pojišťovnou uznaných, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, a které jsou zároveň podle Klasifikace zařazeny do bazí 0001 a 0002, vynásobených relativními váhami 2019, které jsou uvedeny v příloze č. 13 k této vyhlášce.

je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období a které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, a které jsou zároveň podle Klasifikace zařazeny do bazí 0001 a 0002, oceněná Hodnotami Bodu (HB) platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

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

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

1. V případě hrazených služeb poskytnutých zahraničním pojištěncům a dále v případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby 50 a méně případů hospitalizací pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,18 Kč.

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

1. Ambulantní složka úhradyzahrnuje úhradu specializované ambulantní péče, hrazených služeb v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství, hrazených služeb ve vyjmenovaných odbornostech, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby, hrazených služeb v odbornosti nemocniční lékárenství a hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v odbornostech 902, 903, 905, 911, 914, 917, 919, 921, 925, 926 a 927 (dále jen „ambulantní péče“) s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje vyšetření pacienta při příjmu k hospitalizaci a při propuštění z hospitalizace.
   1. Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazené **kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce**, s výjimkou navýšení úhrady uvedené v části A bodu 1 písmenu e) a bodu 8 a s výjimkou regulačních omezení uvedených v části D přílohy č. 2 k této vyhlášce, která se pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nepoužijí.
   2. Pro specializovanou ambulantní péči, s výjimkou poskytovatelů v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů, hrazenou podle seznamu výkonů a poskytovatelů v odbornosti 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů sehodnota bodu stanoví v části A bodu 1 a 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce, s výjimkou navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 1 písmeno h) a bodu 2 písmenech a), b) a c) s výjimkou výpočtu celkové úhrady podle části A bodu 3 přílohy č. 3 k této vyhlášce a regulačních omezení uvedených v části B přílohy č. 3 k této vyhlášce, která se pro specializovanou ambulantní péči hrazenou podle seznamu výkonů a poskytovatele v odbornostech 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů nepoužijí.
   3. Pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů, s výjimkou výkonů odbornosti 806 - mamografický screening a výkonů screeningu děložního hrdla podle seznamu výkonů, se hodnota **bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodu 2 přílohy č. 5 k této vyhlášce, s výjimkou navýšení hodnoty bodu uvedené v bodu 2 písmenech b) a c) a s výjimkou výpočtu celkové úhrady podle bodu 2 písmeno g) a bodů 3, 4 a 5 přílohy č. 5 k této vyhlášce,** který se pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů nepoužije**.**
   4. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů sehodnota bodu stanoví v části A bodu 1 přílohy č. 4 k této vyhlášce, s výjimkou navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 2 a s výjimkou výpočtu celkové úhrady podle části A bodu 3 přílohy č. 4 k této vyhlášce a regulačních omezení uvedených v části B přílohy č. 4 k této vyhlášce, která se pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů nepoužijí.
   5. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 911, 914, 921, 925 a 926 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota **bodu stanoví v bodě 1 a 4 přílohy č. 6** k této vyhlášce**, s výjimkou** výpočtu celkové úhrady podle části A bodu 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce**,** který se pro hrazené služby poskytované v odbornostech 911, 914, 921, 925 a 926 podle seznamu výkonů nepoužije**.**
   6. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota **bodu stanoví v bodě 1 a 2 přílohy č. 7 k této vyhlášce, s výjimkou** výpočtu celkové úhrady podle bodu 2 přílohy č. 7 k této vyhlášce**,** který se pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů nepoužije**.**
   7. **Pro hrazené služby poskytované poskytovateli hemodialyzační péče hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v části A bodu 1 přílohy č. 8 k této vyhlášce, s výjimkou navýšení hodnoty bodu uvedené v bodu 2, 3 a 4 a s výjimkou regulačních omezení uvedených v části B přílohy č. 8 k této vyhlášce, která se pro hemodialyzační péči hrazenou podle seznamu výkonů nepoužijí.**
   8. Výkony poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou **bodu ve výši hodnoty bodu podle § 15.**
   9. Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle seznamu výkonů s hodnoty bodu ve výši 0,95 Kč.
   10. Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby, s výjimkou výkonu č. 09563 podle seznamu výkonů, se hradí podle § 16.
   11. Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,10 Kč.
   12. Hrazené služby poskytované v odbornosti 806 - mamografický screening, výkony screeningu děložního hrdla, výkony novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,08 Kč, výkony screeningu karcinomu kolorekta podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,09 Kč .
   13. Výkon č. 09566 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč, výkony č. 88101 a 09563 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,03 Kč.
   14. Úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodů 6.1 až 6.10 se stanoví ve výši:

kde:

je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 6.1 až 6.10 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

kde:

je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za hrazené služby poskytnuté v referenčním období, kde *i*=1 až *m*, kde *m* je počet výkonů podle bodů 6.1 až 6.10 a těmito body se rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů, ve znění účinném k 1. lednu 2019.

je hodnota bodu příslušící k danému výkonu *i* ve výši hodnoty bodu podle § 15 a 16, podle bodu 6.9 přílohy č. 1 a podle příloh č. 2 až 8 k této vyhlášce, kde *i*=1 až *m*, kde *m* je počet výkonů podle bodů 6.1 až 6.10.

je bonifikace za nepřetržitý provoz, která nabývá hodnoty 0,05 Kč v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období nepřetržitou péči alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom pracovišti v laboratoři a zároveň alespoň na jednom radiodiagnostickém pracovišti, a hodnoty 0 v ostatních případech.

je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 6.1 až 6.10, včetně úhrady za metody hrazené v roce 2017 za sjednanou cenu (dvě trombomutace společně, tři trombomutace společně, pět trombomutací společně, cystická fibróza 36/50 mutací, Bechtěrev HLA B27, BRCA komplet).

a kde:

je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 6.1 až 6.10 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

kde:

je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období, kde *i*=1 až m, kde m je počet výkonů podle bodů 6.1 až 6.10.

je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodů 6.1 až 6.10.

a kde:

je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 6.1 až 6.10, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodu 6.3, která se stanoví ve výši:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

kde:

je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 6.3, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce, která je vypočtená takto:

kde:

je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 6.3 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

kde:

je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za hrazené služby poskytnuté v referenčním období, kde *i*=1 až n, kde n je počet výkonů podle bodu 6.3, a těmito body se rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů, ve znění účinném k 1. lednu 2019.

je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 6.3, včetně úhrady za metody hrazené v roce 2017 za sjednanou cenu (dvě trombomutace společně, tři trombomutace společně, pět trombomutací společně, cystická fibróza 36/50 mutací, Bechtěrev HLA B27, BRCA komplet).

a kde:

je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 6.3 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

kde:

je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období za hrazené služby poskytnuté v referenčním období, kde *i*=1 až n, kde n je počet výkonů podle bodu 6.3.

je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodu 6.3.

a kde:

je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodů 6.1, 6.2 a 6.4 až 6.10, která se stanoví ve výši:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

kde:

je index změny produkce vypočtený takto:

kde:

a kde:

je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 6.1, 6.2 a 6.4 až 6.10, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce, která je vypočtená takto:

kde:

je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 6.1, 6.2 a 6.4 až 6.10 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

kde:

je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za hrazené služby poskytnuté v referenčním období, kde *i*=1 až n, kde n je počet výkonů podle bodů 6.1, 6.2 a 6.4 až 6.10 a těmito body se rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů, ve znění účinném k 1. lednu 2019.

je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 6.1, 6.2 a 6.4 až 6.10.

a kde:

je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 6.1, 6.2 a 6.4 až 6.10, v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

kde:

je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období, kde *i*=1 až n, kde n je počet výkonů podle bodů 6.1, 6.2 a 6.4 až 6.10.

je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodů 6.1, 6.2 a 6.4 až 6.10.

a kde:

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

* + - * 1. Pokud , potom:

* + - * 1. Pokud , potom .

kde:

je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v hodnoceném období vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 6.1, 6.2 a 6.4 až 6.10.

je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v referenčním období vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 6.1, 6.2 a 6.4 až 6.10.

a kde:

je hodnota nedosažené produkce do výše CELK PUdrg,2019 vypočtená následovně:

* 1. Léčivé přípravky uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich jednotkové ceny v roce 2018.
  2. V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby uvedené v bodech 6.1 až 6.13 50 a méně unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,18 Kč.

1. Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím se dohodnou ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.
2. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 111,2 % objemu úhrady za referenční období, včetně úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém provozím režimu. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zahrne změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb, včetně změny počtu hospitalizací, počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.
3. V rámci celkového finančního vypořádání předběžné úhrady obdrží poskytovatel za každou vystavenou a zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v hodnoceném období, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.
   1. **Hrazené služby podle § 5 odst. 2**
4. **Paušální sazba za jeden den hospitalizace včetně zvláštní lůžkové péče podle § 22a zákona**
   1. Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetřovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného ošetřovacího dne (OD) včetně režie přiřazené k ošetřovacímu dni a kategorie pacienta podle seznamu výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, a výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření, výkony agregované do ošetřovacího dne podle seznamu výkonů.
   2. Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období, s výjimkou dnů hospitalizace OD 00031, 00032, 00098 a 00099 se stanoví ve výši:

,

kde:

je paušální sazba za jeden den hospitalizace v roce 2018, bez navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání bez odborného dohledu střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče za ošetřovací den,

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

Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace OD 00031, 00032, 00098 a 00099 se v hodnoceném období stanoví ve výši, která byla sjednána na rok 2018.

* 1. Celková výše úhrady se v hodnoceném období stanoví podle písm. b) za všechny OD, maximálně do výše 107 % celkové úhrady 2018 a součtu úhrad za NavýšeníODi2019 ke každému vykázanému a zdravotní pojišťovnou uznanému ošetřovacímu dni.
  2. U poskytovatele, který v roce 2018, nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo neposkytoval konkrétní typ ošetřovacího dne, stanoví zdravotní pojišťovna úhradu podle písmene b) s tím, že je stanoveno následovně:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| OD | Pro kategorii pacienta 1 podle seznamu výkonů | Pro kategorii pacienta 2 podle seznamu výkonů | Pro kategorii pacienta 3 podle seznamu výkonů | Pro kategorii pacienta 4  podle seznamu výkonů | Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů |
| 00005 | 1 167,36 | 1 276,58 | 1 404,08 | 1 531,80 | 1 732,13 |
| 00021 | 1 626,06 | 1 762,20 | 1 899,95 | 2 037,71 | 2 175,46 |
| 00022 | 1 467,17 | 1 584,69 | 2 131,85 | 2 299,08 | 2 452,86 |
| 00023 | 1 284,37 | 1 546,89 | 1 671,50 | 1 813,15 | 2 094,69 |
| 00024 | 1 373,93 | 1 506,83 | 1 627,33 | 1 752,37 | 1 875,61 |
| 00025 | 3 866,52 | 4 103,39 | 4 286,69 | 4 392,18 | 4 505,80 |
| 00026 | 1 830,27 | 2 065,68 | 2 216,15 | 2 348,26 | 2 744,60 |
| 00027 | 1 647,50 | 1 846,49 | 2 324,32 | 2 507,34 | 2 582,34 |
| 00028 | 1 717,83 | 1 809,50 | 1 936,56 | 2 166,25 | 2 330,77 |
| 00029 | 1 488,69 | 1 603,70 | 1 705,19 | 1 885,27 | 2 054,72 |
| 00030 | 1 405,33 | 1 487,25 | 1 569,18 | 1 651,10 | 1 733,01 |
| 00031 | 547,46 |  |  |  |  |
| 00032 | 547,46 |  |  |  |  |

1. **Úhrada následné intenzivní péče, dlouhodobé intenzivní ošetřovatelské péče a následné ventilační péče**
   1. Výkony následné intenzivní péče (dále jen „NIP“), dlouhodobé intenzivní ošetřovatelské péče (dále jen „DIOP“) a následné ventilační péče se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,11 Kč.
   2. Maximální počet hrazených výkonů NIP na jednoho unikátního pojištěnce je 90, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko NIP, včetně překladů na jiné pracoviště NIP poskytovatele nebo i jiného poskytovatele NIP.
   3. Maximální počet hrazených výkonů DIOP na jednoho unikátního pojištěnce je 190, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko DIOP, včetně překladů na jiné pracoviště DIOP poskytovatele nebo i jiného poskytovatele DIOP, překlad na jiné pracoviště DIOP je možný pouze s předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny.
   4. Překročení počtu hrazených výkonů DIOP ve výši podle písmene c) na více než 190 hrazených výkonů DIOP je možné jen s předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny.
2. **Úhrada ambulantní péče a zvláštní ambulantní péče s výjimkou úhrady takové péče poskytnuté poskytovatelem zvláštní lůžkové péče**
   1. Pro ambulantní péči hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v části A bodu 6 přílohy č. 1.
   2. Pro poskytovatele zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. c) zákona se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,10 Kč. Celková výše úhrady za výkony poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

kde:

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

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

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

HBmin je minimální hodnota bodu, která se stanoví ve výši 0,73 Kč.

KPho je hodnota korunových položek v hodnoceném období.

maxfunkce maximum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejvyšší.

* 1. U poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval, nebo poskytovatel hrazené služby poskytoval pouze v části referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady referenčních hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
  2. V případě, že poskytovatel poskytl v hodnoceném nebo referenčním období hrazené služby 30 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, se výpočet celkové výše úhrady podle písmene b) nepoužije, a tyto hrazené služby se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1, 10 Kč.
  3. Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím se určí ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.
  4. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 111 % objemu úhrady za referenční období. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.
  5. **Regulační omezení**

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

(CMpůvodní – CMrevidovaný) x 2

nebo

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

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

nebo

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

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

kde:

CM baze je součet relativních vah příslušné DRG baze.

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

DRG skupina je skupina ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace.

Statisticky významný počet případů příslušné DRG baze

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

Statisticky méně významný počet případů příslušné DRG baze

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

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

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

1. **Regulační omezení na předepsané léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči**
   1. Regulační omezení uvedená v bodech 2.2 a 2.3 zdravotní pojišťovna uplatní pouze   
      v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2019 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
2. Celková úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
3. Celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem;
4. Počet globálních unikátních pojištěnců ošetřených v odbornostech uvedených v části A bodu 6.1, 6.2, 6.4 a 6.9 přílohy č. 1 k této vyhlášce.
   1. Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, s výjimkou ATC skupiny H01AC01 léčba růstovým hormonem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 (iii) vyšší než 100 % průměrné úhrady v referenčním období za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 (iii), zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513. Do regulačního omezení se nezahrnují léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky schválené revizním lékařem.
   2. Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, indikovanou při poskytování ambulantních služeb, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 (iii) vyšší než 100 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 (iii) v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu a novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2019 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
   3. Regulační omezení podle bodů 2.2 a 2.3 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2.2 a 2.3.
   4. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2.2 a 2.3 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
   5. V případě, že poskytovatel poskytl v hodnoceném období hrazené služby 100 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci uvedenou v bodech 2.2 a 2.3.

Příloha č. 2 k vyhlášce č. …./2018 Sb.

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

1. **Kombinovaná kapitačně výkonová platba**
2. Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní kapitační sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Základní kapitační sazba se stanoví ve výši:
   1. 56 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, kteří poskytují hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu,
   2. 50 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, kteří poskytují hrazené služby v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin. Pokud místní podmínky vyžadují odlišné prodloužení ordinačních hodin, dohodne se prodloužení ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem,
   3. 48 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, kteří neposkytují hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a) nebo b),
   4. 50 Kč pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, kteří neposkytují hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a),
   5. v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů k 1. lednu 2019, základní kapitační sazba podle písmen a) až d) se navýší o 0,60 Kč,
   6. v případě, že poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku, vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 podle seznamu výkonů alespoň u 30 % svých registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 40 do 80 let, navýší se kapitační sazba podle písmen a) až c) o 0,50 Kč,
   7. poskytovateli, který předložil před rokem 2019 nebo předloží v průběhu roku 2019 zdravotní pojišťovně rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost a doloží, že školí lékaře v rámci vzdělávacího programu, navýší se základní kapitační sazba podle písmen a) až d) o 1 Kč. Navýšení kapitační platby se provede od prvního dne měsíce následujícího po předložení rozhodnutí o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost do konce platnosti akreditace, nejdéle však do konce roku 2019.

Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte jako součin počtu poskytovatelem registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 10 a indexů podle bodu 10.

1. Poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost, který do 31. března 2020 předloží zdravotní pojišťovně za hodnocené období potvrzení poskytovatele, který zajišťuje lékařskou pohotovostní službu, že se prostřednictvím praktických lékařů nebo praktických lékařů pro děti a dorost, kteří u něj působí jako nositelé výkonů odbornosti 001 nebo 002 podle seznamu výkonů, účastnil alespoň 10 služeb v rámci lékařské pohotovostní služby podle § 110 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, se zvýší roční úhrada o K x 35 000 Kč,

kde:

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **č. výkonu** | **Název** |
| 01023 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM |
| 01024 | KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM |
| 01025 | KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA |
| 01030 | ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE |
| 09215 | INJEKCE I. M., S. C., I. D. |
| 09216 | INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY |
| 09217 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET |
| 09219 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET |
| 09220 | KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE |
| 09233 | INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE |
| 09237 | OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKCÍ DO 10 CM2 |
| 09507 | PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM |
| 09511 | MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM |
| 09513 | TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM |
| 09523 | EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU |
| 09525 | ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU |
| 44239 | OŠETŘENÍ A PŘEVAZ BÉRCOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BÉREC) |
| 71511 | VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU |
| 71611 | VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **č. výkonu** | **Název** |
| 01025 | KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA |
| 01030 | ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE |
| 02023 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET |
| 02024 | KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET |
| 02033 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET |
| 02034 | KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET |
| 06111 | KOMPLEX – VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA SESTROU VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ |
| 06119 | KOMPLEX – ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU |
| 06121 | KOMPLEX – LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ |
| 06123 | KOMPLEX – EDUKACE, REEDUKACE, OŠETŘOVATELSKÁ REHABILITACE |
| 06125 | KOMPLEX – KLYSMA, VÝPLACHY, CÉVKOVÁNÍ, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATETRŮ |
| 06127 | KOMPLEX – APLIKACE INHALAČNÍ A LÉČEBNÉ TERAPIE P. O., S. C., I. M., I. V., UV, EVENT.DALŠÍ ZPŮSOBY APLIKACE TERAPIE ČI INSTILACE LÉČIV |
| 06129 | NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU |
| 09215 | INJEKCE I. M., S. C., I. D. |
| 09216 | INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY |
| 09217 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET |
| 09219 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET |
| 09220 | KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE |
| 09221 | INFÚZE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET |
| 09233 | INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE |
| 09235 | ODSTRANĚNÍ MALÝCH LÉZÍ KŮŽE |
| 09237 | OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKCÍ DO 10 CM2 |
| 09253 | UVOLNĚNÍ PREPUCIA, VČETNĚ NEOPERAČNÍ REPOZICE PARAFIMOZY |
| 09507 | PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM |
| 09511 | MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM |
| 09513 | TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM |
| 09523 | EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU |
| 09525 | ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU |
| 71511 | VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU |
| 71611 | VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ |

1. Pro výkony nezahrnuté do kapitační platby, výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny a za zahraniční pojištěnce, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,18 Kč.
2. Pro výkony č. 01021 a 01022 a výkony očkování č. 02100, 02105, 02125 a 02130 se stanoví hodnota bodu ve výši 1,20 Kč.
3. Pro výkony č. 01201, 02021, 02022, 02031, 02032 se stanoví hodnota bodu ve výši 1,20 Kč.
4. Hodnota bodu uvedená v bodech 5 až 7 se za splnění následujících podmínek navýší o:
   1. 0,01 Kč v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů k 1. lednu 2019,
   2. 0,01 Kč v případě, že poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňuje pojištěncům objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu.
5. Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
6. Věkové skupiny a indexy, které vyjadřují poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let:

|  |  |
| --- | --- |
| **Věková skupina** | **Index** |
| 0 – 4 roky | 4,02 |
| 5 – 9 let | 1,80 |
| 10 – 14 let | 1,40 |
| 15 – 19 let | 1,00 |
| 20 – 24 let | 0,90 |
| 25 – 29 let | 0,95 |
| 30 – 34 let | 1,00 |
| 35 – 39 let | 1,05 |
| 40 – 44 let | 1,05 |
| 45 – 49 let | 1,10 |
| 50 – 54 let | 1,35 |
| 55 – 59 let | 1,45 |
| 60 – 64 let | 1,50 |
| 65 – 69 let | 1,70 |
| 70 – 74 let | 2,00 |
| 75 – 79 let | 2,40 |
| 80 – 84 let | 2,90 |
| 85 a více let | 3,40 |

1. V místech, kde je možnost zdravotní pojišťovny zajistit poskytování hrazených služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost svým pojištěncům podstatně omezená, zdravotní pojišťovna poskytovateli, s kterým uzavřela v roce 2019 smlouvu o poskytování hrazených služeb v daném místě, navýší celkovou výši úhrady za hrazené služby podle části A této přílohy pomocí koeficientu navýšení ve výši 1,3.
2. Nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období, obdrží poskytovatel za každou vystavenou a zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v hodnoceném období, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.
3. **Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace** 
   1. Výše kapitační platby s dorovnáním kapitace se stanoví podle části A bodu 1. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství nebo poskytovatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet přepočtených registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců, a poskytování takových hrazených služeb je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona; celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců.
   2. Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet přepočtených registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny. Na dorovnání se podílí zdravotní pojišťovna, se kterou má poskytovatel uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, podílem, který odpovídá procentu jejích pojištěnců z přepočtených pojištěnců registrovaných tímto poskytovatelem.
   3. Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se body 5 až 10 a 12 části A použijí obdobně.
4. **Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů**

Pro hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,02 Kč; pro výkony dopravy v návštěvní službě se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.

1. **Regulační omezení**
2. Regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádané hrazené služby včetně zvlášť účtovaných materiálů a zvlášť účtovaných léčivých přípravků (úhrada za vyžádanou péči ve fyzioterapii a ve vyjmenovaných odbornostech a výkony č. 02230 a 01443, popřípadě i jiné výkony rychlé diagnostiky, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou) je uvedena v bodech 1.1 až 1.4; do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu.
   1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní předepsané poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v hodnoceném období, převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z  překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona. Zdravotní pojišťovna zohlední případy, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.
   2. Pokud průměrná úhrada za pomůcky pro inkontinentní, předepsané poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v hodnoceném období, převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za pomůcky pro inkontinentní je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
   3. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů a za výkony č. 02230 a 01443 podle seznamu výkonů, popřípadě i jiné výkony rychlé diagnostiky, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v hodnoceném období, převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
   4. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902, podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v hodnoceném období, převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči v odbornosti 902, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
3. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužije, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na základě jejichž poskytnutí došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.
4. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní nepřevýší předpokládanou výši úhrad na příslušnýdruh hrazených služeb na rok 2019, vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
5. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužije, pokud celková úhrada za pomůcky pro inkontinentní v roce 2019 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2019, vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
6. Regulační omezení podle bodu 1.3 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2019 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2019, vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
7. Regulační omezení podle bodu 1.4 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2019 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2019, vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
8. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužije pokud poskytovatel v roce 2019 registroval 50 a méně pojištěnců zdravotní pojišťovny, nebo jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.
9. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud celkové náklady na poskytovatelem registrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny za rok 2019 nepřekročí celkové náklady na poskytovatelem registrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny roku 2018.
10. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodu 1 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za kapitační platbu a výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2019.

Příloha č. 3 k vyhlášce č. …./2018 Sb.

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

# Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši:
2. Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,07 Kč.
3. Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 901 – klinická psychologie nebo v odbornosti 931 podle seznamu výkonů a pro poskytovatele poskytující služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů vykazující výkony odbornosti 910 – psychoterapie podle seznamu výkonů společně s ošetřovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,11 Kč.
4. Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 927 – ortoptista podle seznamu výkonů, poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 905 – zrakový terapeut podle seznamu výkonů a poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 919 – adiktolog podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,02 Kč.
5. Pro výkony č. 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629 a 43633 podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 – radiační onkologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,70 Kč.
6. Pro výkony č. 43652 a 43653 podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 – radiační onkologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,02 Kč.
7. Pro výkony č. 75347, 75348 a 75427 podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 705 – oftalmologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,70 Kč.
8. Pro výkony č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950 podle seznamu výkonů, vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti gastroenterologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,09 Kč a pro výkony novorozeneckého screeningu č. 73028 a 73029 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 701 nebo 702 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,02 Kč.
9. Hodnota bodu uvedená v písm. a) až g) se dále při splnění následujících podmínek navýší o:
   1. 0,01 Kč v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů k 1. lednu 2019 neboobdobného dokladu příslušné profesní organizace,
   2. 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 hodin týdně u operačních oborů,
   3. 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti má alespoň 2 dny v týdnu ordinační hodiny prodlouženy do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinační doby od 7:00 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu od 7:00 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18:00 hodin.

**B) Hodnota bodu a výše úhrad**

**2. Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní péči** neuvedenou v bodě 1 **se stanoví výše úhrady** podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši **1,06 Kč** s výjimkou výkonu č. 89312, podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1,02 Kč.

**Hodnota bodu se dále při splnění následujících podmínek navýší o:**

* 1. 0,01 Kč v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží, že nejméně 50% lékařů nebo nelékařských pracovníků, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, jsou k 1. lednu 2019 držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace,
  2. 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 hodin týdně u operačních oborů,
  3. 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti má alespoň 2 dny v týdnu ordinační hodiny prodlouženy do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinační doby od 7:00 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu o 7:00 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18:00 hodin.

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

**(1,03 + KN) x (POPzpoZ x PUROo + max[PUROo x POPzpoMh; UHRMh – UHRMr])**,

kde:

**POPzpoZ** je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; do počtu základních unikátních pojištěnců se zahrne pojištěnec, jehož úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období nepřekročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

**POPzpoMh** je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; do počtu mimořádně nákladných unikátních pojištěnců se zahrne pojištěnec, jehož úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

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

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

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

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

a) 0,02 – v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, jsou k 1. lednu 2019 držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace,

b) 0,02 – pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 hodin týdně u operačních oborů a

c) 0,02 – pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti má alespoň 2 dny v týdnu ordinační hodiny prodlouženy do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinační doby od 7:00 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu od 7:00 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18:00 hodin.

1. U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval péči v dané odbornosti, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce hodnoty za referenční období srovnatelných poskytovatelů v dané odbornosti.
2. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 3 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu podle bodu 2.
3. **Výpočet celkové výše úhrady v dané odbornosti podle bodu 3 se nepoužije:**
   1. **v případě poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné** **odbornosti ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě** **nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává** **koeficientem n/30**, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost. V případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v části A bodě 2 písm. a) až c) navýší se tento počet o 10 unikátních ošetřených pojištěnců za každou splněnou podmínku,
   2. v případě hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům.

V těchto případech se výkony hradí hodnotou bodu podle bodu 2.

1. **Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 105 % objemu úhrady za referenční období.** Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.
2. Nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období, obdrží poskytovatel za každou vystavenou a zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v hodnoceném období, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.
3. **Regulační omezení**
4. Regulační omezení uvedená v bodech 2 až 4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2019 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
5. průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;
6. průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
7. průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.
8. Pokud poskytovatel hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči uvedenou v části A bodu 1 dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a zvlášť účtovaný materiál vykázaný v rámci služeb uvedených v části A bodu 1 v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení.Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513.
9. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513.
10. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinnémk 1. lednu 2019 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
11. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.
12. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů nepoužijí.
13. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál u poskytovatelů specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevýší u příslušné zdravotní pojišťovny 100 % úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
14. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2019 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
15. Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2019 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
16. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
17. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví; ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech.
18. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval nebo neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
19. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 100 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvanékapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 2 až 4. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem n/30, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost. V případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v části A bodě 2 písm. a) a b) navýší se tento počet o 10 unikátních ošetřených pojištěnců za každou splněnou podmínku.
20. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
21. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodů 2 až 4 zdravotní pojišťovna vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.

Příloha č. 4 k vyhlášce č. …./2018 Sb.

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

# Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,08 Kč.
2. Hodnota bodu uvedená v bodu 1 se dále navýší o 0,01 Kč, pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů k 1. lednu 2019.
3. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornosti 603 nebo 604 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

**POPzpo x PUROo x (1,05 + KN)**,

kde:

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

**PUROo** jeprůměrná úhrada za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze výkony č. 09513 nebo č. 09511 podle seznamu výkonů, a do průměrné úhrady se nezahrnou zvlášť účtované přípravky použité v rámci anti-D imunizace Rh negativních žen (ATC skupina J06BB01) a v rámci hrazeného očkování proti infekcím HPV u osob ve věku 13 až 14 let.

**KN** koeficient navýšení 0,01, který se uplatní v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů k 1. lednu 2019.

1. Celková výše úhrady podle bodu 3 se při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem navýší stejným způsobem jako v referenčním období.
2. Nad rámec celkové úhrady vypočtené podle bodů 3 a 4 zdravotní pojišťovna poskytovateli uhradí zvlášť účtované léčivé přípravky použité v rámci anti-D imunizace Rh negativních žen (ATC skupina J06BB01) a v rámci hrazeného očkování proti infekcím HPV u osob ve věku 13 až 14 let.
3. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se úhrada stanoví podle bodů 1 a 2.
4. U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
5. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 3 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných 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 důsledku nárůstu počtu těhotných pojištěnek.
7. Zdravotní pojišťovna dále zohlední případy, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšené průměrné náklady na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti byly způsobeny změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.
8. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 3. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem n/30, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost
9. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši jedné dvanáctiny 105 % objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.
10. Nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období obdrží poskytovatel za každou vystavenou a zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v hodnoceném období, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.

**B) Regulační omezení**

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

1.1 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší, než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.

1.2 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a výkon č. 95201, prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2019 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

1. Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na základě jejichž poskytnutí došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1 nebo 1.2.
2. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.1, pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období nepřevýší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2019 vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.
3. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.2, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2019 vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.
4. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.
5. V případě, že poskytovatel v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, zdravotní pojišťovna použije pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
6. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony, snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
7. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1.1 a 1.2. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem n/30, kde n=kapacita nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
8. Pokud poskytovatel vykáže zdravotnický prostředek s úhradou vyšší než 15 000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se tato úhrada do výpočtu regulačních omezení podle bodu 1.1.

Příloha č. 5 k vyhlášce č. …./2018 Sb.

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

Pro nasmlouvané výkony odbornosti 806 - mamografický screening a pro nasmlouvané výkony screeningu děložního hrdla podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,06 Kč.

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

1. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 809 a v odbornosti 810 podle seznamu výkonů se pro poskytovatele, kteří v referenčním období vykázali některý z výkonů č. 89111 až 89143 a 89199, stanoví hodnota bodu ve výši 1,20 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,43 Kč. Pro poskytovatele, kteří v referenčním období nevykázali některý z výkonů č. 89111 až 89143 a 89199 v odbornosti 809 a v odbornosti 810 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,12 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,43 Kč.
2. Pro výkony č. 89611 až 89619 odbornosti 809, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,56 a fixní složka úhrady ve výši 0,38 Kč. V případě, že poskytovatel doloží do 31. ledna 2020, že je po celé hodnocené období zapojen do systému elektronického zpracování, archivace a distribuce obrazových dat, stanoví se hodnota bodu ve výši 0,57 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,38 Kč.
3. Pro výkony č. 89711 až 89725 odbornosti 809, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,54 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,38 Kč. V případě, že poskytovatel doloží do 31. ledna 2020, že je po celé hodnocené období zapojen do systému elektronického zpracování, archivace a distribuce obrazových dat, stanoví se hodnota bodu ve výši 0,55 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,38 Kč.
4. Pro výkon č. 89312, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,02 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,43 Kč.
5. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 807, 812 až 815, 817, 818, 819 a 823 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,71 Kč pro držitele Osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II NASKL v hodnoceném období. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 802 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,85 Kč pro držitele Osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II NASKL v hodnoceném období. V případě, že v průběhu hodnoceného období dojde k ukončení platnosti osvědčení, je nezbytné, aby poskytovatel doložil pojišťovně osvědčení navazující na platnost původního osvědčení. Nové osvědčení pro hodnocené období předloží poskytovatel nejpozději do 31. prosince 2019, přičemž hodnota bodu podle věty první nebo druhé bude poskytovateli stanovena od data platnosti osvědčení. Pro všechny ostatní neakreditované odbornosti, případně odbornosti, pro které není splněna podmínka podle bodu 2 písm. e), se stanoví hodnota bodu ve výši 0,40 Kč.
6. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 816 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,80 Kč.
7. Pro výkony č. 09119 a 97111 je stanovena hodnota bodu ve výši 1,03 Kč, přičemž úhrada za výkony č. 09119 a 97111 nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu výkony č. 09119 a 97111 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

**PBref x HB x 1,05**

kde:

**PBref**je celkový počet bodů za výkony č. 09119 a 97111 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období,

**HB** je hodnota bodu ve výši 1,03 Kč.

1. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornostech uvedených v bodě 2 písm. a) až d) se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu. Výsledná hodnota bodu je součtem variabilní složky úhrady a fixní složky úhrady, a stanoví se pro každou odbornost a výkony uvedené v bodě 2 písm. a) až d) samostatně:

**HBred = FS + VS**

kde:

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

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

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

kde:

**HB** je hodnota bodu podle bodu 2 písm. a) až d).

**PBref** je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období přepočtený podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2019.

**PBho** je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období.

**UOPref**  je počet unikátních pojištěnců v referenčním období.

**UOPho** je počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období.

1. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornostech podle bodu 2 písm. e) a f) nepřekročí částku, která se vypočte takto:

**POPicz x PUROicz x 1,04**,

kde:

**POPicz** je počet unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny ošetřených poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodu 2 písm. e) a f) v hodnoceném období, kromě unikátních pojištěnců, na které byl v hodnoceném období vykázán pouze výkon č. 09119 nebo výkon č. 97111.

**PUROicz** je průměrná úhrada za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodu 2 písm. e) a f) v referenčním období. Do průměrné úhrady se nezapočítává úhrada za výkony č. 09119 a 97111 vypočtená na základě skutečné hodnoty bodu HBskut.

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

**PUROicznové = x PUROicz**

kde:

**HBmin** je minimální hodnota bodu stanovená ve výši 85 % hodnoty bodu dané odbornosti v referenčním období.

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

**HBskut =**

kde:

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

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

1. U odborností uvedených v bodě 2 písm. e) a f), se stanoví celková výše úhrady podle bodu 4 souhrnně pro všechny odbornosti v daném písmenu uvedené.
2. Zdravotní pojišťovna sdělí poskytovateli do 30. června 2019 následující hodnoty referenčního období:

a) průměrnou úhradu za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodu 2 písmenech e) a f), tj. hodnotu PUROicz podle definice uvedené v bodu 4,

b) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za výkony č. 09119 a 97111,

c) celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodu 2 písmenech e) a f), tj. hodnotu POPicz podle definice uvedené v bodu 4.

1. U poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval, poskytoval hrazené služby pouze v části referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady podle bodů 3 a 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů. U poskytovatelů, kteří nebyli v referenčním období držiteli Osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II NASKL, ale pro hodnocené období předloží platné Osvědčení, provede zdravotní pojišťovna přepočet PUROICZ s použitím hodnoty bodu 0,71 Kč pro hrazené služby poskytované v odbornostech uvedených ve větě první v bodu 2 písm e), a s použitím hodnoty bodu 0,85 Kč pro odbornosti uvedené ve větě druhé bodu 2 písm. e).
2. Pro hrazené služby podle bodu 2 písm. a) až d) poskytované zahraničním pojištěncům a v případě, že poskytovatel v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 3 nepoužije.
3. Pro hrazené služby podle bodu 2 písm. e) a f) poskytované zahraničním pojištěncům a v případě, že poskytovatel v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 10 a méně unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 4 nepoužije.
4. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce či průměrnému počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodů 3 a 4 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných 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 podle bodu 2 písm. a) až f).
5. Měsíční předběžná úhrada za hrazené služby podle bodu 2 písm. a) až d) se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 104 % objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.
6. Měsíční předběžná úhrada za hrazené služby podle bodu 2 písm. e) a g) se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 105 % objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.

Příloha č. 6 k vyhlášce č. …./2018 Sb.

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

# Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornostech 911, 914, 916, 921, 925 a 926

1. Pro výkony přepravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
2. Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující hrazené služby v odbornosti 911, 914, 916, 921 a 925 celková výše úhrady poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

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

kde:

**POPzpoZ** je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; do počtu základních unikátních pojištěnců se zahrne pojištěnec, jehož úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období nepřekročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, do POPzpoZ nebude zařazen pojištěnec, na kterého byl vykázán výkon č. 06349.

**POPzpoMh** je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období, do počtu mimořádně nákladných unikátních pojištěnců se zahrne pojištěnec, jehož úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, za mimořádně nákladného unikátního pojištěnce se nepovažuje pojištěnec, na kterého byl vykázán výkon č. 06349.

**PUROo** je průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán výkon č. 06349.

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

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

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

a)0,02 - v případě, že podíl unikátních ošetřených pojištěnců s vykázaným výkonem č. 06135 nebo 06137 podle seznamu výkonů na celkovém počtu unikátních ošetřených pojištěnců je alespoň 25 %.

b) 0,01 – v případě, že podíl unikátních ošetřených pojištěnců s vykázanými výkony č. 06325, 06331, 06333, 06327 nebo 06329 na celkovém počtu unikátních ošetřených pojištěnců je alespoň 35 %.

Pro hrazené služby poskytované pojištěncům, na které byl vykázán poskytovatelem hrazených služeb výkon č. 06349 podle seznamu výkonů, se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 2 nepoužije. Úhrada za pojištěnce, na kterého byl vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů, nebude součástí referenčních hodnot, vstupujících do výpočtu úhrady v hodnoceném úhradovém období.

Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony neuvedené v bodě 1 s hodnotou bodu:

1. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornosti 925 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč.
2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornosti 914 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,98 Kč.
3. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornosti 911, 916 a 921 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,93 Kč.

U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši průměrných hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, nebo který ošetřil v referenčním období 50 a méně pojištěnců, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu PUROo hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.

Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 2 nepoužije.

Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 105 % objemu úhrady za referenční období. Pokud poskytovatel vykáže za poslední 3 měsíce nárůst poskytované domácí zdravotní péče, zdravotní pojišťovna adekvátně upraví na základě žádosti poskytovatele výši předběžné měsíční úhrady.

Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 120 dnů po skončení hodnoceného období.

# Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornosti 926

1. Domácí specializovanou paliativní péči lze poskytovat výhradně pojištěnci v terminálním stavu a to v souladu s odbornými postupy stanovenými metodikou.
2. Poskytovatel zajistí pojištěnci veškeré potřebné hrazené služby po dobu 24 hodin 7 dní v týdnu.
3. Hrazené zdravotní služby odbornosti 926 poskytnuté pojištěnci v průběhu jednoho dne (24 hodin) budou vykazovány agregovanými výkony a to: 80900 – OŠETŘOVACÍ DEN KLINICKY NESTABILNÍHO PACIENTA v bodové hodnotě 1 152 bodů, nebo 80901- OŠETŘOVACÍ DEN KLINICKY NESTABILNÍHO PACIENTA SE ZÁVAŽNÝMI SYMPTOMY v bodové hodnotě 1 463 bodů (dále jen „agregované výkony“). Na jednoho pojištěnce lze vykázat pouze jeden z výše uvedených agregovaných výkonů denně.
4. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené zdravotní služby v odbornosti 926 se stanoví hodnota bodu ve výší 1,02 Kč.
5. Celková úhrada za hrazené zdravotní služby, které poskytovatel pojištěncům poskytne, nepřekročí částku, která se vypočte takto:

**min [POPičz x k x 1 463 x HB; Bodyh x HB]**

kde:

**POPičz** je počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v odbornosti 926 v hodnoceném období.

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

**k** je konstanta: pro dospělé pacienty k = 30, pro dětské pacienty do 18 let včetně k = 90.

**HB** je hodnota bodu odbornosti 926.

1. Hrazené zdravotní služby odbornosti 926, které byly poskytnuty pojištěncům, kteří přestali splňovat podmínky pro poskytování hrazených zdravotních služeb odbornosti 926 a byli předáni do péče jinému poskytovateli hrazených zdravotních služeb, budou uhrazeny poskytovateli odbornosti 926, pokud počet těchto pojištěnců nepřesáhne 10 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených poskytovatelem odbornosti 926 v hodnoceném období.
2. V agregovaných výkonech je zahrnuta platba za veškeré poskytnuté hrazené zdravotní služby (výkony lékaře i sestry, event. psychologa nebo jiných specialistů přizvaných ke konziliu, doprava lékaře i sestry za pacientem bez ohledu na vzdálenost, léčba souvisejících komplikací, léčivé přípravky, spotřebovaný materiál, amortizace a náklady na údržbu přístrojů apod.).
3. Případná úhrada jiných hrazených zdravotních služeb vykázaných současně s některým z agregovaných výkonů bude odečtena z úhrady poskytovateli odbornosti 926 s následujícími výjimkami:
   1. pokud počet pojištěnců, na které byl vykázán některý z agregovaných výkonů a současně byly na tyto pojištěnce vykázány jiné hrazené zdravotní služby (mimo hrazených zdravotních služeb uvedených v písmenu b) tohoto bodu), nepřesáhne 10 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených poskytovatelem odbornosti 926 v hodnoceném období, nebudou tyto jiné hrazené zdravotní služby odečteny z úhrady poskytovatele odbornosti 926,
   2. z úhrady poskytovatele odbornosti 926 nebudou odečteny následující hrazené zdravotní služby:
      1. kapitační platba registrujícímu praktickému lékaři,
      2. poskytnutá stomatologická péče,
      3. zdravotnický materiál a léčivé přípravky, které byly předepsány před datem přijetí pacienta do péče poskytovatele,
      4. prohlídka zemřelého a přeprava lékaře k tomuto výkonu,
      5. další zdravotní výkony provedené na zemřelém pacientovi.
4. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se ustanovení bodů 5, 6 a 8 nepoužije.
5. Pojišťovna poskytne poskytovateli měsíční předběžnou úhradu ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc s hodnotou bodu ve výši 1,02 Kč za bod.
6. Měsíční předběžné úhrady za hodnocené období se považují za zálohy a budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání a to nejpozději do 120 dnů po skončení hodnoceného období.

Příloha č. 7 k vyhlášce č. …./2018 Sb.

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

1. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů se pro výkony přepravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornosti 902 a 917 celková výše úhrady poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

**(1,04 + KN) x POPzpoZ x PUROo + (1,04+ KN) x max[PUROo x POPzpoMh; (UHRMh – UHRMr)]**,

kde:

**POPzpoMh** je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; mimořádně nákladným unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec s diagnózou G20, G35, G51 – G83, I69, P07, P11, P13, P14, P94, T02 – T14, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

**POPzpoZ** je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období, do počtu základních unikátních pojištěnců se nezahrne mimořádně nákladný unikátní pojištěnec.

**PUROo** je průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

**UHRMh** je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce s diagnózou G20, G35, G51 – G83, I69, P07, P11, P13, P14, P94, T02 – T14, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

**UHRMr** je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce s diagnózou G20, G35, G51 – G83, I69, P07, P11, P13, P14, P94, T02 – T14, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

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

a) 0,01 – v případě, že podíl součtu počtu vykázaných výkonů č. 21113, 21115, 21315 z celkového počtu vykázaných výkonů autorské odbornosti 902 je menší než 50 %,

b) 0,01 – v případě, že podíl součtu počtu výkonů č. 21221 a 21415 na celkovém počtu vykázaných výkonů autorské odbornosti 902 je větší než 14 %.

1. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů se pro výkony neuvedené v bodě 1 stanoví hodnota bodu 0,81 Kč.
2. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, nebo u poskytovatele, který ošetřil v referenčním období 50 a méně pojištěnců, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce podle bodu 2 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
3. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 2 nepoužije.
4. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 104 % objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.

Příloha č. 8 k vyhlášce č. …./2018 Sb.

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

# Hodnota bodu a výše úhrad

1. Pro poskytovatele poskytující hemodialyzační péči se hodnota bodu pro hemodialyzační péči stanoví ve výši 0,92 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 18530 a 18550 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,77 Kč.
2. Hodnota bodu podle bodu 1 se dále navýší o 0,01 Kč v případě, že poskytovatel referuje výsledky jím poskytované hemodialyzační léčby v souladu s příslušnou metodikou reportování do Registru dialyzovaných pacientů (dále jen „RDP“) České nefrologické společnosti, o. s. (dále jen „ČNS“), alespoň jedenkrát ročně k 31. prosinci.
   1. V případě, že ČNS do 31. ledna 2019 doloží zdravotní pojišťovně, že poskytovatel poskytuje informace o výsledcích jím poskytované hemodialyzační péče do RDP již k 31. prosinci 2018, zdravotní pojišťovna navýší hodnotu bodu podle věty první tohoto odstavce již od 1. ledna 2019.
   2. V případě, že poskytovatel v období před 1. lednem 2019 do RDP informace o výsledcích hemodialyzační léčby neposkytuje, ale ČNS doloží zdravotní pojišťovně prostřednictvím seznamu referujících poskytovatelů nejpozději do 28. února 2020, že v průběhu roku 2019 začal informace o výsledcích poskytovat, bude mu hodnota bodu podle věty první tohoto odstavce navýšena. Vypočtená částka navýšení úhrady bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.
3. Hodnota bodu podle bodu 1 se navýší o další 0,02 Kč v případě, že poskytovatel v hodnoceném období poskytoval informace o výsledcích jím poskytované hemodialyzační péče do RDP a splní stanovená, předem dohodnutá, kvalitativní kritéria léčby v souladu s metodikou, která budou vypočtena dle údajů odeslaných poskytovatelem do RDP. Výsledky vyhodnocení kvalitativních kritérií pro jednotlivé poskytovatele předá ČNS zdravotní pojišťovně nejpozději do 28. února 2020. Vypočtená částka navýšení úhrady bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.
4. V případě, že systém hodnocení dohodnutých kvalitativních kritérií léčby nebude po celé sledované období od 1. ledna 2019 do 31. prosince 2019 plně funkční nebo nedojde k dohodě o kvalitativních kritériích léčby, bude vypočtená částka navýšení úhrady realizována navýšením hodnoty bodu ve výši 0,95 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 18530 a 18550 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,80 Kč. Podkladem pro tento způsob navýšení úhrad je plnění kvalitativních kritérií odvozených od příslušné metodiky.
5. **Regulační omezení**
6. Regulační omezení uvedená v bodech 2 až 4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2019 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
7. průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;
8. průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
9. průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.
10. Pokud poskytovatel hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči uvedenou v části A bodu 1 dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a zvlášť účtovaný materiál vykázaný v rámci služeb uvedených v části A bodu 1 v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení.Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513.
11. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513.
12. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinnémk 1. lednu 2019 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
13. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.
14. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál u poskytovatelů specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevýší u příslušné zdravotní pojišťovny 100 % úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
15. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2019 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
16. Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2019 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
17. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
18. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví; ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech.
19. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
20. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvanékapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 2 až 4. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem n/30, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
21. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
22. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodů 2 až 4 zdravotní pojišťovna vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.

Příloha č. 9 k vyhlášce č. ……/2018 Sb.

**Hodnoty navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům, kteří vykonávají nelékařské zdravotnické povolání střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče, podle typu ošetřovacího dne**

|  |  |
| --- | --- |
| **Typ ošetřovacího dne podle seznamu výkonů** | **Navýšení úhrady** |
| 00001 | 234 |
| 00002 | 234 |
| 00003 | 327 |
| 00005 | 179 |
| 00006 | 144 |
| 00010 | 234 |
| 00011 | 701 |
| 00012 | 234 |
| 00015 | 467 |
| 00017 | 538 |
| 00020 | 216 |
| 00021 | 143 |
| 00022 | 108 |
| 00023 | 233 |
| 00024 | 233 |
| 00025 | 466 |
| 00026 | 179 |
| 00027 | 108 |
| 00028 | 233 |
| 00029 | 233 |
| 00030 | 233 |
| 00040 | 934 |
| 00041 | 934 |
| 00042 | 934 |
| 00051 | 1 869 |
| 00052 | 1 869 |
| 00053 | 1 869 |
| 00055 | 1 869 |
| 00057 | 1 121 |
| 00058 | 934 |
| 00061 | 1 869 |
| 00062 | 1 869 |
| 00065 | 1 869 |
| 00068 | 1 168 |
| 00071 | 1 869 |
| 00072 | 1 869 |
| 00075 | 1 869 |
| 00078 | 1 121 |
| 00080 | 1 121 |
| 00082 | 934 |
| 00085 | 701 |

Příloha č. 10 k vyhlášce č. …./2018 Sb.

**Úhrada formou případového paušálu - Skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace s relativními váhami těchto skupin**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Baze** | **IR-DRG4)** | **Název skupiny** | **Relativní váha 2019** |
| 0003 | 00031 | ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC | 15,8635 |
| 0003 | 00032 | ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC | 27,5976 |
| 0003 | 00033 | ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC | 27,5976 |
| 0004 | 00041 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) BEZ CC | 13,4935 |
| 0004 | 00042 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S CC | 13,4935 |
| 0004 | 00043 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S MCC | 13,8681 |
| 0005 | 00051 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) BEZ CC | 7,0935 |
| 0005 | 00052 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S CC | 7,0935 |
| 0005 | 00053 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S MCC | 7,7703 |
| 0006 | 00060 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1800 HODIN (VÍCE NEŽ 75 DNÍ) | 81,2091 |
| 0007 | 00070 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ) S TRANSPLANTACÍ SRDCE, PLIC, JATER, KOSTNÍ DŘENĚ | 110,4444 |
| 0008 | 00080 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (43-75 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM | 52,6309 |
| 0009 | 00090 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (43-75 DNÍ) | 37,8735 |
| 0010 | 00100 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 504 HODIN (22-42 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM | 33,1500 |
| 0011 | 00110 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 504 HODIN (22-42 DNÍ) | 22,9223 |
| 0012 | 00121 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC | 20,0536 |
| 0012 | 00122 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC | 20,0536 |
| 0012 | 00123 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC | 20,3392 |
| 0013 | 00131 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC | 12,3761 |
| 0013 | 00132 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC | 12,3761 |
| 0013 | 00133 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC | 12,6480 |
| 0014 | 00141 | AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC | 5,4395 |
| 0014 | 00142 | AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC | 5,8183 |
| 0014 | 00143 | AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC | 7,2000 |
| 0015 | 00151 | SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC | 2,2380 |
| 0015 | 00152 | SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC | 2,8840 |
| 0015 | 00153 | SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC | 4,4022 |
| 0016 | 00161 | ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM BEZ CC | 60,1461 |
| 0016 | 00162 | ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM S CC | 60,1461 |
| 0016 | 00163 | ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM S MCC | 60,1461 |
| 0017 | 00171 | ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY BEZ CC | 22,8077 |
| 0017 | 00172 | ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S CC | 22,8077 |
| 0017 | 00173 | ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S MCC | 22,8077 |
| 0018 | 00180 | IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU PRO HLUBOKOU MOZKOVOU STIMULACI | 25,4780 |
| 0018 | 00181 | IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU BEZ CC | 0,0000 |
| 0018 | 00182 | IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU S CC | 0,0000 |
| 0018 | 00183 | IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU S MCC | 0,0000 |
| 0019 | 00190 | IMPLANTACE JINÝCH NEUROSTIMULÁTORU A LÉKOVÉ PUMPY | 11,3441 |
| 0101 | 01011 | KRANIOTOMIE BEZ CC | 3,2886 |
| 0101 | 01012 | KRANIOTOMIE S CC | 4,5995 |
| 0101 | 01013 | KRANIOTOMIE S MCC | 6,4973 |
| 0102 | 01021 | SPINÁLNÍ VÝKONY BEZ CC | 2,4582 |
| 0102 | 01022 | SPINÁLNÍ VÝKONY S CC | 3,2223 |
| 0102 | 01023 | SPINÁLNÍ VÝKONY S MCC | 5,4600 |
| 0103 | 01031 | VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH BEZ CC | 1,6901 |
| 0103 | 01032 | VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH S CC | 2,2838 |
| 0103 | 01033 | VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH S MCC | 3,1957 |
| 0104 | 01041 | VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH BEZ CC | 0,4486 |
| 0104 | 01042 | VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH S CC | 0,6146 |
| 0104 | 01043 | VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH S MCC | 1,1317 |
| 0105 | 01051 | UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU BEZ CC | 0,2354 |
| 0105 | 01052 | UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU S CC | 0,3439 |
| 0105 | 01053 | UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU S MCC | 0,3444 |
| 0106 | 01061 | JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC | 1,2430 |
| 0106 | 01062 | JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC | 2,5007 |
| 0106 | 01063 | JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC | 5,4183 |
| 0107 | 01070 | ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI MOZKOVÉM INFARKTU | 7,1898 |
| 0108 | 01080 | ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI JINÝCH ONEMOCNĚNÍCH NERVOVÉHO SYSTÉMU | 3,9877 |
| 0130 | 01301 | PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY BEZ CC | 0,6232 |
| 0130 | 01302 | PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY S CC | 1,0922 |
| 0130 | 01303 | PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY S MCC | 2,3912 |
| 0131 | 01311 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,6053 |
| 0131 | 01312 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC | 0,7363 |
| 0131 | 01313 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC | 1,1041 |
| 0132 | 01321 | ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE BEZ CC | 0,4302 |
| 0132 | 01322 | ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE S CC | 0,5644 |
| 0132 | 01323 | ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE S MCC | 0,7790 |
| 0133 | 01331 | NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ BEZ CC | 1,0829 |
| 0133 | 01332 | NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ S CC | 1,6121 |
| 0133 | 01333 | NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ S MCC | 2,2204 |
| 0134 | 01341 | CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM BEZ CC | 0,8194 |
| 0134 | 01342 | CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM S CC | 1,1127 |
| 0134 | 01343 | CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM S MCC | 1,7233 |
| 0135 | 01351 | NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU BEZ CC | 0,5962 |
| 0135 | 01352 | NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S CC | 0,6641 |
| 0135 | 01353 | NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S MCC | 1,0883 |
| 0136 | 01361 | TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA BEZ CC | 0,4700 |
| 0136 | 01362 | TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S CC | 0,5367 |
| 0136 | 01363 | TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S MCC | 0,6739 |
| 0137 | 01371 | PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ BEZ CC | 0,4956 |
| 0137 | 01372 | PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ S CC | 0,5818 |
| 0137 | 01373 | PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ S MCC | 0,7448 |
| 0138 | 01381 | BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC | 1,0704 |
| 0138 | 01382 | BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC | 2,4266 |
| 0138 | 01383 | BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC | 3,2842 |
| 0139 | 01391 | NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY BEZ CC | 0,9780 |
| 0139 | 01392 | NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY S CC | 1,3898 |
| 0139 | 01393 | NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY S MCC | 2,2188 |
| 0140 | 01401 | VIROVÁ MENINGITIDA BEZ CC | 0,9675 |
| 0140 | 01402 | VIROVÁ MENINGITIDA S CC | 1,1444 |
| 0140 | 01403 | VIROVÁ MENINGITIDA S MCC | 1,5141 |
| 0141 | 01411 | NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA BEZ CC | 0,4883 |
| 0141 | 01412 | NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA S CC | 0,6456 |
| 0141 | 01413 | NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA S MCC | 1,2366 |
| 0142 | 01421 | EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT BEZ CC | 0,4924 |
| 0142 | 01422 | EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S CC | 0,6420 |
| 0142 | 01423 | EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S MCC | 1,1584 |
| 0143 | 01431 | MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY BEZ CC | 0,4129 |
| 0143 | 01432 | MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY S CC | 0,5330 |
| 0143 | 01433 | MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY S MCC | 0,7168 |
| 0144 | 01441 | KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ BEZ CC | 0,6737 |
| 0144 | 01442 | KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ S CC | 1,1159 |
| 0144 | 01443 | KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ S MCC | 2,3755 |
| 0145 | 01451 | OTŘES MOZKU BEZ CC | 0,2238 |
| 0145 | 01452 | OTŘES MOZKU S CC | 0,2541 |
| 0145 | 01453 | OTŘES MOZKU S MCC | 0,4775 |
| 0146 | 01461 | JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,3836 |
| 0146 | 01462 | JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC | 0,5099 |
| 0146 | 01463 | JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC | 0,7590 |
| 0201 | 02011 | ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI BEZ CC | 1,1362 |
| 0201 | 02012 | ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI S CC | 1,6634 |
| 0201 | 02013 | ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI S MCC | 2,1766 |
| 0202 | 02021 | EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE BEZ CC | 0,4635 |
| 0202 | 02022 | EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE S CC | 0,5593 |
| 0202 | 02023 | EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE S MCC | 0,6752 |
| 0203 | 02031 | INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY BEZ CC | 0,9810 |
| 0203 | 02032 | INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S CC | 1,0816 |
| 0203 | 02033 | INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S MCC | 1,2448 |
| 0204 | 02041 | VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE BEZ CC | 0,5296 |
| 0204 | 02042 | VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE S CC | 0,5585 |
| 0204 | 02043 | VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE S MCC | 0,5585 |
| 0230 | 02301 | AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA BEZ CC | 0,5678 |
| 0230 | 02302 | AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA S CC | 0,7369 |
| 0230 | 02303 | AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA S MCC | 0,8888 |
| 0231 | 02311 | NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA BEZ CC | 0,5396 |
| 0231 | 02312 | NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA S CC | 0,7254 |
| 0231 | 02313 | NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA S MCC | 0,7492 |
| 0232 | 02321 | JINÉ PORUCHY OKA BEZ CC | 0,3416 |
| 0232 | 02322 | JINÉ PORUCHY OKA S CC | 0,4081 |
| 0232 | 02323 | JINÉ PORUCHY OKA S MCC | 0,6441 |
| 0301 | 03011 | VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI BEZ CC | 4,2319 |
| 0301 | 03012 | VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI S CC | 5,7766 |
| 0301 | 03013 | VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI S MCC | 10,2548 |
| 0302 | 03021 | JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU BEZ CC | 2,1906 |
| 0302 | 03022 | JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU S CC | 4,2904 |
| 0302 | 03023 | JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU S MCC | 6,8559 |
| 0303 | 03031 | VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU BEZ CC | 2,9525 |
| 0303 | 03032 | VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU S CC | 3,1009 |
| 0303 | 03033 | VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU S MCC | 5,5757 |
| 0304 | 03041 | VÝKONY NA ÚSTECH BEZ CC | 1,3632 |
| 0304 | 03042 | VÝKONY NA ÚSTECH S CC | 2,1192 |
| 0304 | 03043 | VÝKONY NA ÚSTECH S MCC | 2,3596 |
| 0305 | 03051 | VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU BEZ CC | 1,2995 |
| 0305 | 03052 | VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU S CC | 1,5963 |
| 0305 | 03053 | VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU S MCC | 1,6458 |
| 0306 | 03061 | VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE BEZ CC | 1,0863 |
| 0306 | 03062 | VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S CC | 1,3223 |
| 0306 | 03063 | VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S MCC | 1,6953 |
| 0307 | 03071 | NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA BEZ CC | 1,6889 |
| 0307 | 03072 | NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA S CC | 1,6889 |
| 0307 | 03073 | NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA S MCC | 1,8452 |
| 0308 | 03081 | VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH BEZ CC | 0,4620 |
| 0308 | 03082 | VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S CC | 0,5761 |
| 0308 | 03083 | VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S MCC | 0,6392 |
| 0309 | 03091 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC | 0,5690 |
| 0309 | 03092 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S CC | 0,8245 |
| 0309 | 03093 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC | 1,4097 |
| 0310 | 03100 | KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT | 22,2683 |
| 0330 | 03301 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC | 0,4519 |
| 0330 | 03302 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA S CC | 0,5142 |
| 0330 | 03303 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC | 0,8573 |
| 0331 | 03311 | PORUCHY ROVNOVÁHY BEZ CC | 0,4311 |
| 0331 | 03312 | PORUCHY ROVNOVÁHY S CC | 0,5064 |
| 0331 | 03313 | PORUCHY ROVNOVÁHY S MCC | 0,6096 |
| 0332 | 03321 | EPISTAXE BEZ CC | 0,2927 |
| 0332 | 03322 | EPISTAXE S CC | 0,3851 |
| 0332 | 03323 | EPISTAXE S MCC | 0,5019 |
| 0333 | 03331 | EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS BEZ CC | 0,3243 |
| 0333 | 03332 | EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS S CC | 0,4455 |
| 0333 | 03333 | EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS S MCC | 0,5815 |
| 0334 | 03341 | NEMOCI ZUBŮ A ÚST BEZ CC | 0,9968 |
| 0334 | 03342 | NEMOCI ZUBŮ A ÚST S CC | 1,0035 |
| 0334 | 03343 | NEMOCI ZUBŮ A ÚST S MCC | 1,4948 |
| 0335 | 03351 | JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC | 0,3537 |
| 0335 | 03352 | JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S CC | 0,4179 |
| 0335 | 03353 | JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC | 0,5478 |
| 0401 | 04011 | VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY BEZ CC | 3,3069 |
| 0401 | 04012 | VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY S CC | 4,1272 |
| 0401 | 04013 | VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY S MCC | 5,4514 |
| 0402 | 04021 | MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY BEZ CC | 2,8815 |
| 0402 | 04022 | MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY S CC | 2,9550 |
| 0402 | 04023 | MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY S MCC | 4,4035 |
| 0403 | 04031 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,8415 |
| 0403 | 04032 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC | 1,2127 |
| 0403 | 04033 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC | 2,4085 |
| 0430 | 04301 | CYSTICKÁ FIBRÓZA BEZ CC | 1,2303 |
| 0430 | 04302 | CYSTICKÁ FIBRÓZA S CC | 1,8685 |
| 0430 | 04303 | CYSTICKÁ FIBRÓZA S MCC | 2,1578 |
| 0431 | 04310 | RESPIRAČNÍ SELHÁNÍ | 1,6667 |
| 0432 | 04321 | PLICNÍ EMBOLIE BEZ CC | 0,7345 |
| 0432 | 04322 | PLICNÍ EMBOLIE S CC | 0,8339 |
| 0432 | 04323 | PLICNÍ EMBOLIE S MCC | 1,0006 |
| 0433 | 04331 | ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU BEZ CC | 0,3645 |
| 0433 | 04332 | ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU S CC | 0,6141 |
| 0433 | 04333 | ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU S MCC | 0,9741 |
| 0434 | 04341 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,4907 |
| 0434 | 04342 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC | 0,6173 |
| 0434 | 04343 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC | 0,8408 |
| 0435 | 04351 | INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,7317 |
| 0435 | 04352 | INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC | 0,9602 |
| 0435 | 04353 | INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC | 1,5545 |
| 0436 | 04361 | PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL BEZ CC | 0,5767 |
| 0436 | 04362 | PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL S CC | 0,7310 |
| 0436 | 04363 | PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL S MCC | 1,0580 |
| 0437 | 04371 | CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC BEZ CC | 0,4544 |
| 0437 | 04372 | CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC S CC | 0,6048 |
| 0437 | 04373 | CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC S MCC | 0,9336 |
| 0438 | 04381 | ASTMA A BRONCHIOLITIDA BEZ CC | 0,3981 |
| 0438 | 04382 | ASTMA A BRONCHIOLITIDA S CC | 0,5508 |
| 0438 | 04383 | ASTMA A BRONCHIOLITIDA S MCC | 0,8134 |
| 0439 | 04391 | INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC BEZ CC | 0,5808 |
| 0439 | 04392 | INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S CC | 0,7424 |
| 0439 | 04393 | INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S MCC | 1,1181 |
| 0440 | 04401 | PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK BEZ CC | 0,7339 |
| 0440 | 04402 | PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK S CC | 0,8661 |
| 0440 | 04403 | PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK S MCC | 1,2956 |
| 0441 | 04411 | PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,4171 |
| 0441 | 04412 | PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC | 0,5591 |
| 0441 | 04413 | PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC | 0,8203 |
| 0500 | 05000 | ÚMRTÍ DO 5 DNÍ OD PŘÍJMU PŘI HLAVNÍ DIAGNÓZE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU | 0,4204 |
| 0501 | 05011 | SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE BEZ CC | 13,3977 |
| 0501 | 05012 | SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE S CC | 14,1683 |
| 0501 | 05013 | SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE S MCC | 17,2009 |
| 0502 | 05021 | VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC | 13,0696 |
| 0502 | 05022 | VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC | 13,0696 |
| 0502 | 05023 | VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC | 16,1010 |
| 0503 | 05031 | OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA OTEVŘENÉM SRDCI BEZ CC | 7,5532 |
| 0503 | 05032 | OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA OTEVŘENÉM SRDCI S CC | 9,3162 |
| 0503 | 05033 | OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA OTEVŘENÉM SRDCI S MCC | 10,8863 |
| 0504 | 05041 | VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC | 9,8039 |
| 0504 | 05042 | VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC | 10,7579 |
| 0504 | 05043 | VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC | 13,1732 |
| 0505 | 05051 | KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC | 8,6451 |
| 0505 | 05052 | KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC | 9,3354 |
| 0505 | 05053 | KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC | 11,2100 |
| 0506 | 05061 | KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC | 7,2607 |
| 0506 | 05062 | KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC | 7,3728 |
| 0506 | 05063 | KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC | 8,4928 |
| 0507 | 05070 | IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU U AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU | 5,0907 |
| 0508 | 05081 | OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA ZAVŘENÉM SRDCI BEZ CC | 4,4077 |
| 0508 | 05082 | OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA ZAVŘENÉM SRDCI S CC | 5,5256 |
| 0508 | 05083 | OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA ZAVŘENÉM SRDCI S MCC | 6,7655 |
| 0509 | 05091 | VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC | 5,4064 |
| 0509 | 05092 | VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC | 7,2601 |
| 0509 | 05093 | VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC | 9,3116 |
| 0510 | 05101 | JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC | 3,0091 |
| 0510 | 05102 | JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC | 3,3085 |
| 0510 | 05103 | JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC | 4,2257 |
| 0511 | 05111 | IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU BEZ CC | 2,9492 |
| 0511 | 05112 | IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU S CC | 3,3581 |
| 0511 | 05113 | IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU S MCC | 4,2280 |
| 0512 | 05121 | VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC | 6,6559 |
| 0512 | 05122 | VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC | 7,0084 |
| 0512 | 05123 | VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC | 10,3792 |
| 0513 | 05131 | JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC | 2,4443 |
| 0513 | 05132 | JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC | 2,8512 |
| 0513 | 05133 | JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC | 3,8053 |
| 0514 | 05141 | JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC | 2,1221 |
| 0514 | 05142 | JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC | 2,8592 |
| 0514 | 05143 | JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC | 3,8086 |
| 0515 | 05151 | AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY BEZ CC | 1,7841 |
| 0515 | 05152 | AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S CC | 2,3184 |
| 0515 | 05153 | AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S MCC | 3,5216 |
| 0516 | 05161 | VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU BEZ CC | 2,2852 |
| 0516 | 05162 | VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU S CC | 2,4223 |
| 0516 | 05163 | VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU S MCC | 2,4604 |
| 0517 | 05171 | AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC | 1,1552 |
| 0517 | 05172 | AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC | 1,3374 |
| 0517 | 05173 | AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC | 1,7841 |
| 0518 | 05181 | KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ BEZ CC | 0,9637 |
| 0518 | 05182 | KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ S CC | 1,2788 |
| 0518 | 05183 | KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ S MCC | 2,0263 |
| 0519 | 05191 | LIGATURA A STRIPPING CÉV BEZ CC | 0,5257 |
| 0519 | 05192 | LIGATURA A STRIPPING CÉV S CC | 0,5798 |
| 0519 | 05193 | LIGATURA A STRIPPING CÉV S MCC | 0,5798 |
| 0520 | 05201 | JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,8517 |
| 0520 | 05202 | JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC | 1,2410 |
| 0520 | 05203 | JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC | 2,5273 |
| 0522 | 05221 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC | 6,1971 |
| 0522 | 05222 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC | 6,3880 |
| 0522 | 05223 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC | 9,6231 |
| 0523 | 05231 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC | 3,2821 |
| 0523 | 05232 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC | 4,0204 |
| 0523 | 05233 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC | 4,7213 |
| 0524 | 05241 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC | 6,0504 |
| 0524 | 05242 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC | 6,8727 |
| 0524 | 05243 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC | 7,1955 |
| 0526 | 05261 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC | 5,9480 |
| 0526 | 05262 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC | 6,7752 |
| 0526 | 05263 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC | 6,7752 |
| 0527 | 05271 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC | 2,9366 |
| 0527 | 05272 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC | 3,6685 |
| 0527 | 05273 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC | 4,3670 |
| 0528 | 05281 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC | 4,9820 |
| 0528 | 05282 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC | 5,4860 |
| 0528 | 05283 | PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC | 7,2516 |
| 0529 | 05291 | SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC | 6,3397 |
| 0529 | 05292 | SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC | 6,4627 |
| 0529 | 05293 | SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC | 6,7695 |
| 0530 | 05301 | SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC | 0,7269 |
| 0530 | 05302 | SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC | 1,0691 |
| 0530 | 05303 | SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC | 1,9162 |
| 0531 | 05311 | SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ BEZ CC | 0,4182 |
| 0531 | 05312 | SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ S CC | 0,5460 |
| 0531 | 05313 | SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBĚ SRDEČNÍ S MCC | 0,6764 |
| 0532 | 05321 | SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,4947 |
| 0532 | 05322 | SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC | 0,7905 |
| 0532 | 05323 | SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC | 1,6321 |
| 0533 | 05331 | AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU BEZ CC | 0,4270 |
| 0533 | 05332 | AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S CC | 0,7343 |
| 0533 | 05333 | AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S MCC | 1,3575 |
| 0534 | 05341 | AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA BEZ CC | 1,1678 |
| 0534 | 05342 | AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA S CC | 1,6814 |
| 0534 | 05343 | AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA S MCC | 3,1145 |
| 0535 | 05351 | SRDEČNÍ SELHÁNÍ BEZ CC | 0,5472 |
| 0535 | 05352 | SRDEČNÍ SELHÁNÍ S CC | 0,6826 |
| 0535 | 05353 | SRDEČNÍ SELHÁNÍ S MCC | 1,0408 |
| 0536 | 05361 | HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA BEZ CC | 0,4298 |
| 0536 | 05362 | HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA S CC | 0,5310 |
| 0536 | 05363 | HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA S MCC | 0,6945 |
| 0537 | 05371 | NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA BEZ CC | 1,2284 |
| 0537 | 05372 | NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA S CC | 1,4484 |
| 0537 | 05373 | NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA S MCC | 2,6918 |
| 0538 | 05381 | PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY BEZ CC | 0,4208 |
| 0538 | 05382 | PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY S CC | 0,5430 |
| 0538 | 05383 | PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY S MCC | 0,6242 |
| 0539 | 05391 | ATEROSKLERÓZA BEZ CC | 0,3564 |
| 0539 | 05392 | ATEROSKLERÓZA S CC | 0,4761 |
| 0539 | 05393 | ATEROSKLERÓZA S MCC | 0,6549 |
| 0540 | 05401 | HYPERTENZE BEZ CC | 0,3008 |
| 0540 | 05402 | HYPERTENZE S CC | 0,3745 |
| 0540 | 05403 | HYPERTENZE S MCC | 0,5103 |
| 0541 | 05411 | VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY BEZ CC | 0,3893 |
| 0541 | 05412 | VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY S CC | 0,5341 |
| 0541 | 05413 | VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY S MCC | 0,9460 |
| 0542 | 05421 | SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ BEZ CC | 0,3660 |
| 0542 | 05422 | SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ S CC | 0,5577 |
| 0542 | 05423 | SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ S MCC | 0,9344 |
| 0543 | 05431 | ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU BEZ CC | 0,3173 |
| 0543 | 05432 | ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU S CC | 0,3943 |
| 0543 | 05433 | ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU S MCC | 0,5075 |
| 0544 | 05441 | SYNKOPA A KOLAPS BEZ CC | 0,3533 |
| 0544 | 05442 | SYNKOPA A KOLAPS S CC | 0,4458 |
| 0544 | 05443 | SYNKOPA A KOLAPS S MCC | 0,6430 |
| 0545 | 05451 | KARDIOMYOPATIE BEZ CC | 0,3933 |
| 0545 | 05452 | KARDIOMYOPATIE S CC | 0,6641 |
| 0545 | 05453 | KARDIOMYOPATIE S MCC | 1,0370 |
| 0546 | 05461 | SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU BEZ CC | 0,5586 |
| 0546 | 05462 | SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU S CC | 0,7782 |
| 0546 | 05463 | SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU S MCC | 0,7782 |
| 0547 | 05471 | JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,3202 |
| 0547 | 05472 | JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC | 0,4547 |
| 0547 | 05473 | JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC | 0,7765 |
| 0548 | 05481 | ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO AKUTNÍ ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV BEZ CC | 4,2656 |
| 0548 | 05482 | ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO AKUTNÍ ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV S CC | 4,6105 |
| 0548 | 05483 | ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO AKUTNÍ ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV S MCC | 4,6255 |
| 0549 | 05491 | ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO KRITICKOU ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV BEZ CC | 3,0547 |
| 0549 | 05492 | ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO KRITICKOU ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV S CC | 3,4453 |
| 0549 | 05493 | ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO KRITICKOU ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV S MCC | 4,0892 |
| 0550 | 05501 | ANGIOPLASTIKA NEBO ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍ CÉVY BEZ CC | 2,0526 |
| 0550 | 05502 | ANGIOPLASTIKA NEBO ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍ CÉVY S CC | 2,6484 |
| 0550 | 05503 | ANGIOPLASTIKA NEBO ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍ CÉVY S MCC | 2,7443 |
| 0601 | 06011 | VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU BEZ CC | 3,2925 |
| 0601 | 06012 | VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S CC | 4,0857 |
| 0601 | 06013 | VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S MCC | 6,3652 |
| 0602 | 06021 | VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU BEZ CC | 3,0146 |
| 0602 | 06022 | VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S CC | 4,6451 |
| 0602 | 06023 | VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S MCC | 5,2952 |
| 0603 | 06031 | MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU BEZ CC | 1,6419 |
| 0603 | 06032 | MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S CC | 2,5544 |
| 0603 | 06033 | MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S MCC | 4,1984 |
| 0604 | 06041 | UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘIŠNICE BEZ CC | 1,0368 |
| 0604 | 06042 | UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘIŠNICE S CC | 1,1915 |
| 0604 | 06043 | UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘIŠNICE S MCC | 1,5580 |
| 0605 | 06051 | VÝKONY NA APENDIXU BEZ CC | 0,9787 |
| 0605 | 06052 | VÝKONY NA APENDIXU S CC | 1,2714 |
| 0605 | 06053 | VÝKONY NA APENDIXU S MCC | 1,6333 |
| 0606 | 06061 | LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE BEZ CC | 1,1377 |
| 0606 | 06062 | LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S CC | 1,2121 |
| 0606 | 06063 | LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S MCC | 1,3958 |
| 0607 | 06071 | MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU BEZ CC | 2,0243 |
| 0607 | 06072 | MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S CC | 2,5404 |
| 0607 | 06073 | MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S MCC | 3,5693 |
| 0608 | 06081 | LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE BEZ CC | 0,6566 |
| 0608 | 06082 | LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S CC | 0,9568 |
| 0608 | 06083 | LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S MCC | 1,4998 |
| 0609 | 06091 | ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY BEZ CC | 0,5256 |
| 0609 | 06092 | ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY S CC | 0,7340 |
| 0609 | 06093 | ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY S MCC | 0,9523 |
| 0610 | 06101 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,9965 |
| 0610 | 06102 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC | 1,7214 |
| 0610 | 06103 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC | 3,1797 |
| 0611 | 06111 | VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE BEZ CC | 1,1465 |
| 0611 | 06112 | VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE S CC | 1,6645 |
| 0611 | 06113 | VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE S MCC | 2,5504 |
| 0630 | 06301 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,4206 |
| 0630 | 06302 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC | 0,5452 |
| 0630 | 06303 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC | 0,7551 |
| 0631 | 06311 | PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA BEZ CC | 0,3866 |
| 0631 | 06312 | PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA S CC | 0,5923 |
| 0631 | 06313 | PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA S MCC | 1,1186 |
| 0632 | 06321 | PORUCHY JÍCNU BEZ CC | 0,4008 |
| 0632 | 06322 | PORUCHY JÍCNU S CC | 0,5983 |
| 0632 | 06323 | PORUCHY JÍCNU S MCC | 1,0942 |
| 0633 | 06331 | DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA BEZ CC | 0,3897 |
| 0633 | 06332 | DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA S CC | 0,5804 |
| 0633 | 06333 | DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA S MCC | 0,7953 |
| 0634 | 06341 | VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,6143 |
| 0634 | 06342 | VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC | 0,8482 |
| 0634 | 06343 | VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC | 1,3119 |
| 0635 | 06351 | OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,3801 |
| 0635 | 06352 | OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC | 0,5464 |
| 0635 | 06353 | OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC | 1,0540 |
| 0636 | 06361 | ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,7348 |
| 0636 | 06362 | ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC | 0,8739 |
| 0636 | 06363 | ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC | 1,4259 |
| 0637 | 06371 | JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA BEZ CC | 0,2808 |
| 0637 | 06372 | JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA S CC | 0,3896 |
| 0637 | 06373 | JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA S MCC | 0,5646 |
| 0638 | 06381 | JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,3067 |
| 0638 | 06382 | JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC | 0,4618 |
| 0638 | 06383 | JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC | 0,8560 |
| 0701 | 07011 | VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY BEZ CC | 4,1487 |
| 0701 | 07012 | VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY S CC | 5,3486 |
| 0701 | 07013 | VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY S MCC | 8,5013 |
| 0702 | 07021 | VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC | 3,3694 |
| 0702 | 07022 | VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH S CC | 3,9916 |
| 0702 | 07023 | VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH S MCC | 5,7420 |
| 0703 | 07031 | CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ BEZ CC | 1,5229 |
| 0703 | 07032 | CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S CC | 2,1760 |
| 0703 | 07033 | CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S MCC | 3,6797 |
| 0704 | 07041 | LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE BEZ CC | 1,2241 |
| 0704 | 07042 | LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE S CC | 1,4394 |
| 0704 | 07043 | LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE S MCC | 1,9244 |
| 0705 | 07051 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU BEZ CC | 1,6010 |
| 0705 | 07052 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S CC | 2,0768 |
| 0705 | 07053 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S MCC | 3,7718 |
| 0730 | 07301 | CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA BEZ CC | 0,4940 |
| 0730 | 07302 | CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA S CC | 0,6106 |
| 0730 | 07303 | CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA S MCC | 1,0593 |
| 0731 | 07311 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU BEZ CC | 0,4715 |
| 0731 | 07312 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S CC | 0,6116 |
| 0731 | 07313 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S MCC | 0,8213 |
| 0732 | 07321 | PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ BEZ CC | 0,6332 |
| 0732 | 07322 | PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S CC | 0,8941 |
| 0732 | 07323 | PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S MCC | 2,2508 |
| 0733 | 07331 | PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY BEZ CC | 0,4370 |
| 0733 | 07332 | PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY S CC | 0,6473 |
| 0733 | 07333 | PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY S MCC | 1,0614 |
| 0734 | 07341 | JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST BEZ CC | 0,4718 |
| 0734 | 07342 | JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S CC | 0,6590 |
| 0734 | 07343 | JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S MCC | 1,0732 |
| 0801 | 08011 | FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE BEZ CC | 15,2061 |
| 0801 | 08012 | FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE S CC | 16,8329 |
| 0801 | 08013 | FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE S MCC | 19,1709 |
| 0802 | 08021 | BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN BEZ CC | 2,8046 |
| 0802 | 08022 | BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN S CC | 3,5151 |
| 0802 | 08023 | BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN S MCC | 7,5570 |
| 0803 | 08031 | FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY BEZ CC | 4,9933 |
| 0803 | 08032 | FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S CC | 5,1798 |
| 0803 | 08033 | FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S MCC | 7,4107 |
| 0804 | 08041 | TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČLE, LOKTE, ZÁPĚSTÍ, TOTÁLNÍ A REVERZNÍ ENDOPROTÉZA RAMENE BEZ CC | 3,0220 |
| 0804 | 08042 | TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČLE, LOKTE, ZÁPĚSTÍ, TOTÁLNÍ A REVERZNÍ ENDOPROTÉZA RAMENE S CC | 3,1104 |
| 0804 | 08043 | TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČLE, LOKTE, ZÁPĚSTÍ, TOTÁLNÍ A REVERZNÍ ENDOPROTÉZA RAMENE S MCC | 3,7127 |
| 0805 | 08051 | REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ BEZ CC | 3,1175 |
| 0805 | 08052 | REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ S CC | 3,5307 |
| 0805 | 08053 | REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ S MCC | 4,5648 |
| 0806 | 08061 | VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ BEZ CC | 5,5681 |
| 0806 | 08062 | VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S CC | 5,5681 |
| 0806 | 08063 | VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S MCC | 5,5681 |
| 0807 | 08071 | AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC | 1,5904 |
| 0807 | 08072 | AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC | 2,1614 |
| 0807 | 08073 | AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC | 4,1863 |
| 0808 | 08081 | VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ BEZ CC | 2,3786 |
| 0808 | 08082 | VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S CC | 2,7606 |
| 0808 | 08083 | VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S MCC | 3,7041 |
| 0809 | 08091 | TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY BEZ CC | 0,7853 |
| 0809 | 08092 | TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY S CC | 1,8407 |
| 0809 | 08093 | TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY S MCC | 4,8230 |
| 0810 | 08101 | VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE BEZ CC | 1,6756 |
| 0810 | 08102 | VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S CC | 1,9702 |
| 0810 | 08103 | VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S MCC | 3,7325 |
| 0811 | 08111 | VÝKONY NA KOLENU, BÉRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA BEZ CC | 1,2205 |
| 0811 | 08112 | VÝKONY NA KOLENU, BÉRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA S CC | 1,5762 |
| 0811 | 08113 | VÝKONY NA KOLENU, BÉRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA S MCC | 2,3685 |
| 0812 | 08121 | VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ BEZ CC | 0,3799 |
| 0812 | 08122 | VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S CC | 0,4689 |
| 0812 | 08123 | VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S MCC | 1,0504 |
| 0813 | 08131 | MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU BEZ CC | 0,7434 |
| 0813 | 08132 | MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU S CC | 1,3508 |
| 0813 | 08133 | MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU S MCC | 2,6443 |
| 0814 | 08141 | VÝKONY NA CHODIDLE BEZ CC | 0,6157 |
| 0814 | 08142 | VÝKONY NA CHODIDLE S CC | 0,8113 |
| 0814 | 08143 | VÝKONY NA CHODIDLE S MCC | 1,0674 |
| 0815 | 08151 | VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH BEZ CC | 0,8910 |
| 0815 | 08152 | VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH S CC | 1,3656 |
| 0815 | 08153 | VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH S MCC | 1,7649 |
| 0816 | 08161 | VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI BEZ CC | 0,5377 |
| 0816 | 08162 | VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI S CC | 0,8030 |
| 0816 | 08163 | VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI S MCC | 1,7579 |
| 0817 | 08171 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC | 0,6093 |
| 0817 | 08172 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC | 1,2509 |
| 0817 | 08173 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC | 2,8362 |
| 0818 | 08181 | TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KOLENA, HLEZNA BEZ CC | 3,4820 |
| 0818 | 08182 | TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KOLENA, HLEZNA S CC | 3,5596 |
| 0818 | 08183 | TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KOLENA, HLEZNA S MCC | 3,9120 |
| 0819 | 08191 | ARTROSKOPIE BEZ CC | 0,6010 |
| 0819 | 08192 | ARTROSKOPIE S CC | 0,6189 |
| 0819 | 08193 | ARTROSKOPIE S MCC | 0,6912 |
| 0820 | 08201 | REIMPLANTACE ENDOPROTÉZ KLOUBŮ HORNÍCH A DOLNÍCH KONČETIN, TUMOROZNÍ ENDOPROTÉZY BEZ CC | 4,5165 |
| 0820 | 08202 | REIMPLANTACE ENDOPROTÉZ KLOUBŮ HORNÍCH A DOLNÍCH KONČETIN, TUMOROZNÍ ENDOPROTÉZY S CC | 5,0720 |
| 0820 | 08203 | REIMPLANTACE ENDOPROTÉZ KLOUBŮ HORNÍCH A DOLNÍCH KONČETIN, TUMOROZNÍ ENDOPROTÉZY S MCC | 6,8116 |
| 0830 | 08301 | ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ BEZ CC | 0,4941 |
| 0830 | 08302 | ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ S CC | 0,6080 |
| 0830 | 08303 | ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ S MCC | 1,1875 |
| 0831 | 08311 | ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE BEZ CC | 0,4735 |
| 0831 | 08312 | ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE S CC | 0,6284 |
| 0831 | 08313 | ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE S MCC | 0,9721 |
| 0832 | 08321 | ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE BEZ CC | 0,3224 |
| 0832 | 08322 | ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE S CC | 0,4248 |
| 0832 | 08323 | ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE S MCC | 0,7207 |
| 0833 | 08331 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY BEZ CC | 0,5672 |
| 0833 | 08332 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY S CC | 0,6690 |
| 0833 | 08333 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY S MCC | 1,0184 |
| 0834 | 08341 | OSTEOMYELITIDA BEZ CC | 0,6764 |
| 0834 | 08342 | OSTEOMYELITIDA S CC | 0,8917 |
| 0834 | 08343 | OSTEOMYELITIDA S MCC | 1,6812 |
| 0835 | 08351 | SEPTICKÁ ARTRITIDA BEZ CC | 0,8229 |
| 0835 | 08352 | SEPTICKÁ ARTRITIDA S CC | 1,1104 |
| 0835 | 08353 | SEPTICKÁ ARTRITIDA S MCC | 1,8598 |
| 0836 | 08361 | PORUCHY POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC | 0,5554 |
| 0836 | 08362 | PORUCHY POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC | 0,7837 |
| 0836 | 08363 | PORUCHY POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC | 0,9826 |
| 0837 | 08371 | KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY BEZ CC | 0,4270 |
| 0837 | 08372 | KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S CC | 0,5031 |
| 0837 | 08373 | KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S MCC | 0,7500 |
| 0838 | 08381 | JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ BEZ CC | 0,4191 |
| 0838 | 08382 | JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ S CC | 0,5198 |
| 0838 | 08383 | JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ S MCC | 0,6834 |
| 0839 | 08391 | SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU BEZ CC | 0,5071 |
| 0839 | 08392 | SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU S CC | 0,6734 |
| 0839 | 08393 | SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU S MCC | 0,8714 |
| 0840 | 08401 | MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MÉNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY BEZ CC | 0,3477 |
| 0840 | 08402 | MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MÉNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY S CC | 0,4911 |
| 0840 | 08403 | MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MÉNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY S MCC | 0,5448 |
| 0841 | 08411 | JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC | 0,3043 |
| 0841 | 08412 | JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC | 0,4633 |
| 0841 | 08413 | JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC | 0,6814 |
| 0901 | 09011 | KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT BEZ CC | 0,7382 |
| 0901 | 09012 | KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT S CC | 1,2360 |
| 0901 | 09013 | KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT S MCC | 2,4816 |
| 0902 | 09021 | VÝKONY NA PRSECH BEZ CC | 0,9337 |
| 0902 | 09022 | VÝKONY NA PRSECH S CC | 1,1864 |
| 0902 | 09023 | VÝKONY NA PRSECH S MCC | 1,3089 |
| 0903 | 09031 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU BEZ CC | 0,4487 |
| 0903 | 09032 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S CC | 0,7222 |
| 0903 | 09033 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S MCC | 1,5221 |
| 0930 | 09301 | ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE BEZ CC | 0,5377 |
| 0930 | 09302 | ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S CC | 0,5969 |
| 0930 | 09303 | ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S MCC | 0,8563 |
| 0931 | 09311 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ BEZ CC | 0,3315 |
| 0931 | 09312 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ S CC | 0,4845 |
| 0931 | 09313 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ S MCC | 0,6009 |
| 0932 | 09321 | FLEGMÓNA BEZ CC | 0,4867 |
| 0932 | 09322 | FLEGMÓNA S CC | 0,6470 |
| 0932 | 09323 | FLEGMÓNA S MCC | 0,9716 |
| 0933 | 09331 | PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU BEZ CC | 0,2457 |
| 0933 | 09332 | PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S CC | 0,3114 |
| 0933 | 09333 | PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S MCC | 0,6223 |
| 0934 | 09341 | JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU BEZ CC | 0,3430 |
| 0934 | 09342 | JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S CC | 0,4804 |
| 0934 | 09343 | JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S MCC | 0,5338 |
| 1001 | 10011 | VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM BEZ CC | 2,6665 |
| 1001 | 10012 | VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM S CC | 3,0916 |
| 1001 | 10013 | VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM S MCC | 7,0087 |
| 1002 | 10021 | KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC | 1,5666 |
| 1002 | 10022 | KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC | 1,5944 |
| 1002 | 10023 | KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC | 2,3728 |
| 1003 | 10031 | VÝKONY PRO OBEZITU BEZ CC | 2,7160 |
| 1003 | 10032 | VÝKONY PRO OBEZITU S CC | 2,7160 |
| 1003 | 10033 | VÝKONY PRO OBEZITU S MCC | 5,7160 |
| 1004 | 10041 | AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC | 1,8620 |
| 1004 | 10042 | AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC | 1,9731 |
| 1004 | 10043 | AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC | 3,4348 |
| 1005 | 10051 | VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY BEZ CC | 1,3031 |
| 1005 | 10052 | VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S CC | 1,5163 |
| 1005 | 10053 | VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S MCC | 2,1221 |
| 1006 | 10061 | JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC | 1,5552 |
| 1006 | 10062 | JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC | 2,2443 |
| 1006 | 10063 | JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC | 3,7162 |
| 1030 | 10301 | DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY BEZ CC | 0,3837 |
| 1030 | 10302 | DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S CC | 0,5269 |
| 1030 | 10303 | DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S MCC | 0,9057 |
| 1031 | 10311 | HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ BEZ CC | 0,3777 |
| 1031 | 10312 | HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ S CC | 0,4210 |
| 1031 | 10313 | HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ S MCC | 0,6425 |
| 1032 | 10321 | VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU BEZ CC | 0,4317 |
| 1032 | 10322 | VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU S CC | 0,5613 |
| 1032 | 10323 | VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU S MCC | 0,7483 |
| 1033 | 10331 | JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY BEZ CC | 0,3211 |
| 1033 | 10332 | JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY S CC | 0,4788 |
| 1033 | 10333 | JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY S MCC | 0,8712 |
| 1101 | 11011 | TRANSPLANTACE LEDVIN BEZ CC | 6,2384 |
| 1101 | 11012 | TRANSPLANTACE LEDVIN S CC | 6,2965 |
| 1101 | 11013 | TRANSPLANTACE LEDVIN S MCC | 9,2160 |
| 1102 | 11021 | VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI BEZ CC | 5,6808 |
| 1102 | 11022 | VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI S CC | 7,4203 |
| 1102 | 11023 | VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI S MCC | 10,1105 |
| 1103 | 11031 | VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC | 2,4029 |
| 1103 | 11032 | VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S CC | 2,9612 |
| 1103 | 11033 | VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S MCC | 4,5897 |
| 1104 | 11041 | DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY BEZ CC | 1,2642 |
| 1104 | 11042 | DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY S CC | 1,9074 |
| 1104 | 11043 | DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY S MCC | 3,3151 |
| 1105 | 11051 | MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI BEZ CC | 0,9877 |
| 1105 | 11052 | MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S CC | 1,1982 |
| 1105 | 11053 | MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S MCC | 1,8847 |
| 1106 | 11061 | PROSTATEKTOMIE BEZ CC | 1,2478 |
| 1106 | 11062 | PROSTATEKTOMIE S CC | 1,5299 |
| 1106 | 11063 | PROSTATEKTOMIE S MCC | 1,9595 |
| 1107 | 11071 | URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY BEZ CC | 0,6502 |
| 1107 | 11072 | URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S CC | 0,8037 |
| 1107 | 11073 | URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S MCC | 1,0402 |
| 1108 | 11081 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC | 0,5458 |
| 1108 | 11082 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC | 0,7873 |
| 1108 | 11083 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC | 1,3480 |
| 1130 | 11301 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ BEZ CC | 0,4608 |
| 1130 | 11302 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ S CC | 0,6490 |
| 1130 | 11303 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ S MCC | 1,0041 |
| 1131 | 11311 | NEFRITIDA BEZ CC | 0,4749 |
| 1131 | 11312 | NEFRITIDA S CC | 0,5036 |
| 1131 | 11313 | NEFRITIDA S MCC | 1,1800 |
| 1132 | 11321 | INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC | 0,4186 |
| 1132 | 11322 | INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC | 0,5493 |
| 1132 | 11323 | INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC | 0,7672 |
| 1133 | 11331 | MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU BEZ CC | 1,0031 |
| 1133 | 11332 | MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S CC | 1,5538 |
| 1133 | 11333 | MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S MCC | 1,6581 |
| 1134 | 11341 | MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE BEZ CC | 0,3014 |
| 1134 | 11342 | MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S CC | 0,4511 |
| 1134 | 11343 | MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S MCC | 0,7404 |
| 1135 | 11351 | SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURETRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU BEZ CC | 0,2800 |
| 1135 | 11352 | SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURETRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU S CC | 0,4357 |
| 1135 | 11353 | SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURETRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU S MCC | 0,5607 |
| 1136 | 11361 | PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC | 0,3224 |
| 1136 | 11362 | PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S CC | 0,3962 |
| 1136 | 11363 | PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S MCC | 0,4648 |
| 1137 | 11371 | JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC | 0,3108 |
| 1137 | 11372 | JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC | 0,4628 |
| 1137 | 11373 | JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC | 0,7704 |
| 1201 | 12011 | VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE BEZ CC | 2,5254 |
| 1201 | 12012 | VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE S CC | 2,6161 |
| 1201 | 12013 | VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE S MCC | 3,7871 |
| 1202 | 12021 | VÝKONY NA PENISU BEZ CC | 0,5321 |
| 1202 | 12022 | VÝKONY NA PENISU S CC | 0,8846 |
| 1202 | 12023 | VÝKONY NA PENISU S MCC | 1,8571 |
| 1203 | 12031 | TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE BEZ CC | 1,2147 |
| 1203 | 12032 | TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S CC | 1,4319 |
| 1203 | 12033 | TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S MCC | 1,8748 |
| 1204 | 12041 | VÝKONY NA VARLATECH BEZ CC | 0,5326 |
| 1204 | 12042 | VÝKONY NA VARLATECH S CC | 0,7539 |
| 1204 | 12043 | VÝKONY NA VARLATECH S MCC | 1,2059 |
| 1205 | 12051 | CIRKUMCIZE BEZ CC | 0,3639 |
| 1205 | 12052 | CIRKUMCIZE S CC | 0,4074 |
| 1205 | 12053 | CIRKUMCIZE S MCC | 0,4074 |
| 1206 | 12061 | JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU BEZ CC | 0,7094 |
| 1206 | 12062 | JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S CC | 1,0389 |
| 1206 | 12063 | JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S MCC | 2,0499 |
| 1230 | 12301 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,3160 |
| 1230 | 12302 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC | 0,5278 |
| 1230 | 12303 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC | 0,6899 |
| 1231 | 12311 | PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ BEZ CC | 0,2579 |
| 1231 | 12312 | PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S CC | 0,3579 |
| 1231 | 12313 | PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S MCC | 0,5278 |
| 1301 | 13011 | EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE BEZ CC | 3,0379 |
| 1301 | 13012 | EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S CC | 3,8293 |
| 1301 | 13013 | EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S MCC | 5,5216 |
| 1302 | 13021 | VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH BEZ CC | 2,0407 |
| 1302 | 13022 | VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S CC | 2,5680 |
| 1302 | 13023 | VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S MCC | 4,6577 |
| 1303 | 13031 | VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH BEZ CC | 1,7836 |
| 1303 | 13032 | VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH S CC | 2,2158 |
| 1303 | 13033 | VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH S MCC | 3,0541 |
| 1304 | 13041 | DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH BEZ CC | 1,3289 |
| 1304 | 13042 | DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH S CC | 1,4619 |
| 1304 | 13043 | DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH S MCC | 1,5592 |
| 1305 | 13051 | GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE BEZ CC | 0,8250 |
| 1305 | 13052 | GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S CC | 1,0693 |
| 1305 | 13053 | GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S MCC | 1,0693 |
| 1306 | 13061 | REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU BEZ CC | 0,9385 |
| 1306 | 13062 | REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S CC | 1,2311 |
| 1306 | 13063 | REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S MCC | 1,2311 |
| 1307 | 13071 | VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY BEZ CC | 0,3066 |
| 1307 | 13072 | VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S CC | 0,4255 |
| 1307 | 13073 | VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S MCC | 0,5458 |
| 1308 | 13081 | ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU BEZ CC | 0,6500 |
| 1308 | 13082 | ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S CC | 0,7074 |
| 1308 | 13083 | ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S MCC | 0,7074 |
| 1309 | 13091 | DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE BEZ CC | 0,3447 |
| 1309 | 13092 | DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE S CC | 0,3936 |
| 1309 | 13093 | DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE S MCC | 0,3937 |
| 1310 | 13101 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,8450 |
| 1310 | 13102 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC | 1,1841 |
| 1310 | 13103 | JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC | 1,6880 |
| 1330 | 13301 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,3442 |
| 1330 | 13302 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC | 0,4564 |
| 1330 | 13303 | MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC | 0,5855 |
| 1331 | 13311 | INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,3223 |
| 1331 | 13312 | INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC | 0,4034 |
| 1331 | 13313 | INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC | 0,6699 |
| 1332 | 13321 | MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC | 0,1990 |
| 1332 | 13322 | MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC | 0,2972 |
| 1332 | 13323 | MENSTRUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC | 0,4106 |
| 1464 | 14641 | POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ BEZ CC | 0,2590 |
| 1464 | 14642 | POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ S CC | 0,3050 |
| 1464 | 14643 | POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ S MCC | 0,3050 |
| 1465 | 14651 | POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE BEZ CC | 0,1556 |
| 1465 | 14652 | POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S CC | 0,2729 |
| 1465 | 14653 | POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S MCC | 0,2729 |
| 1466 | 14661 | POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM BEZ CC | 0,2633 |
| 1466 | 14662 | POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM S CC | 0,3622 |
| 1466 | 14663 | POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM S MCC | 0,4347 |
| 1467 | 14671 | POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC | 0,2385 |
| 1467 | 14672 | POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC | 0,3347 |
| 1467 | 14673 | POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC | 0,3347 |
| 1468 | 14681 | MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM BEZ CC | 1,0436 |
| 1468 | 14682 | MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM S CC | 1,1020 |
| 1468 | 14683 | MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM S MCC | 1,1020 |
| 1469 | 14691 | MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU BEZ CC | 0,4002 |
| 1469 | 14692 | MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU S CC | 0,4002 |
| 1469 | 14693 | MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU S MCC | 1,1829 |
| 1470 | 14701 | HROZÍCÍ POTRAT BEZ CC | 0,3187 |
| 1470 | 14702 | HROZÍCÍ POTRAT S CC | 0,4433 |
| 1470 | 14703 | HROZÍCÍ POTRAT S MCC | 0,4598 |
| 1471 | 14711 | FALEŠNÝ POROD BEZ CC | 0,1763 |
| 1471 | 14712 | FALEŠNÝ POROD S CC | 0,1763 |
| 1471 | 14713 | FALEŠNÝ POROD S MCC | 0,1763 |
| 1472 | 14721 | JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM BEZ CC | 0,3143 |
| 1472 | 14722 | JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM S CC | 0,5597 |
| 1472 | 14723 | JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM S MCC | 0,7452 |
| 1473 | 14731 | JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC | 0,2674 |
| 1473 | 14732 | JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC | 0,3734 |
| 1473 | 14733 | JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC | 0,3734 |
| 1560 | 15601 | NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ BEZ CC | 0,1766 |
| 1560 | 15602 | NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ S CC | 0,2861 |
| 1560 | 15603 | NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ S MCC | 0,4881 |
| 1601 | 16011 | VÝKONY NA SLEZINĚ BEZ CC | 2,5831 |
| 1601 | 16012 | VÝKONY NA SLEZINĚ S CC | 3,5818 |
| 1601 | 16013 | VÝKONY NA SLEZINĚ S MCC | 4,4639 |
| 1602 | 16021 | JINÉ VÝKONY PRO KREVNÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH BEZ CC | 0,6986 |
| 1602 | 16022 | JINÉ VÝKONY PRO KREVNÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH S CC | 0,9601 |
| 1602 | 16023 | JINÉ VÝKONY PRO KREVNÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH S MCC | 2,1714 |
| 1630 | 16301 | AGRANULOCYTÓZA BEZ CC | 0,5103 |
| 1630 | 16302 | AGRANULOCYTÓZA S CC | 0,8315 |
| 1630 | 16303 | AGRANULOCYTÓZA S MCC | 1,3856 |
| 1631 | 16311 | PORUCHY SRÁŽLIVOSTI BEZ CC | 0,5678 |
| 1631 | 16312 | PORUCHY SRÁŽLIVOSTI S CC | 0,7209 |
| 1631 | 16313 | PORUCHY SRÁŽLIVOSTI S MCC | 1,2354 |
| 1632 | 16321 | SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST BEZ CC | 0,2248 |
| 1632 | 16322 | SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST S CC | 0,4884 |
| 1632 | 16323 | SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST S MCC | 0,4884 |
| 1633 | 16331 | PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI BEZ CC | 0,5640 |
| 1633 | 16332 | PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI S CC | 0,7159 |
| 1633 | 16333 | PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI S MCC | 1,0424 |
| 1634 | 16341 | JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ BEZ CC | 0,4928 |
| 1634 | 16342 | JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ S CC | 0,6705 |
| 1634 | 16343 | JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ S MCC | 1,0672 |
| 1701 | 17011 | LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM BEZ CC | 1,7897 |
| 1701 | 17012 | LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM S CC | 3,3699 |
| 1701 | 17013 | LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM S MCC | 7,8467 |
| 1702 | 17021 | LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM BEZ CC | 0,8605 |
| 1702 | 17022 | LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM S CC | 1,7740 |
| 1702 | 17023 | LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM S MCC | 3,1025 |
| 1703 | 17031 | MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM BEZ CC | 3,0436 |
| 1703 | 17032 | MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM S CC | 4,8160 |
| 1703 | 17033 | MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM S MCC | 8,1144 |
| 1704 | 17041 | MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM BEZ CC | 1,0321 |
| 1704 | 17042 | MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM S CC | 1,7348 |
| 1704 | 17043 | MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM S MCC | 3,6732 |
| 1730 | 17301 | AKUTNÍ LEUKÉMIE BEZ CC | 0,9098 |
| 1730 | 17302 | AKUTNÍ LEUKÉMIE S CC | 0,9220 |
| 1730 | 17303 | AKUTNÍ LEUKÉMIE S MCC | 3,0923 |
| 1731 | 17311 | LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE BEZ CC | 0,6622 |
| 1731 | 17312 | LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE S CC | 0,7631 |
| 1731 | 17313 | LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE S MCC | 1,8254 |
| 1732 | 17321 | RADIOTERAPIE BEZ CC | 1,5243 |
| 1732 | 17322 | RADIOTERAPIE S CC | 2,2609 |
| 1732 | 17323 | RADIOTERAPIE S MCC | 2,3997 |
| 1733 | 17331 | CHEMOTERAPIE BEZ CC | 0,4881 |
| 1733 | 17332 | CHEMOTERAPIE S CC | 0,5542 |
| 1733 | 17333 | CHEMOTERAPIE S MCC | 0,6857 |
| 1734 | 17341 | JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ BEZ CC | 0,5444 |
| 1734 | 17342 | JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ S CC | 0,6621 |
| 1734 | 17343 | JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ S MCC | 1,0513 |
| 1735 | 17351 | CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII BEZ CC | 0,8648 |
| 1735 | 17352 | CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII S CC | 2,0211 |
| 1735 | 17353 | CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII S MCC | 10,6128 |
| 1801 | 18011 | VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI BEZ CC | 0,7285 |
| 1801 | 18012 | VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S CC | 2,9986 |
| 1801 | 18013 | VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S MCC | 5,8894 |
| 1802 | 18021 | VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE BEZ CC | 1,4333 |
| 1802 | 18022 | VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S CC | 1,8081 |
| 1802 | 18023 | VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S MCC | 3,7226 |
| 1830 | 18301 | SEPTIKÉMIE BEZ CC | 0,9277 |
| 1830 | 18302 | SEPTIKÉMIE S CC | 1,1065 |
| 1830 | 18303 | SEPTIKÉMIE S MCC | 2,0205 |
| 1831 | 18311 | POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE BEZ CC | 0,5419 |
| 1831 | 18312 | POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S CC | 0,8245 |
| 1831 | 18313 | POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S MCC | 1,3070 |
| 1832 | 18321 | HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU BEZ CC | 0,4566 |
| 1832 | 18322 | HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU S CC | 0,6024 |
| 1832 | 18323 | HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU S MCC | 0,7759 |
| 1833 | 18331 | VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ BEZ CC | 0,3822 |
| 1833 | 18332 | VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S CC | 0,5433 |
| 1833 | 18333 | VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S MCC | 0,6838 |
| 1834 | 18341 | JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI BEZ CC | 0,5928 |
| 1834 | 18342 | JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S CC | 0,8170 |
| 1834 | 18343 | JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S MCC | 1,2636 |
| 1901 | 19011 | OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI BEZ CC | 1,5132 |
| 1901 | 19012 | OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI S CC | 3,0382 |
| 1901 | 19013 | OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI S MCC | 4,3302 |
| 1930 | 19301 | SCHIZOFRENIE BEZ CC | 1,3774 |
| 1930 | 19302 | SCHIZOFRENIE S CC | 1,4171 |
| 1930 | 19303 | SCHIZOFRENIE S MCC | 1,6429 |
| 1931 | 19311 | PSYCHÓZY BEZ CC | 1,1844 |
| 1931 | 19312 | PSYCHÓZY S CC | 1,1844 |
| 1931 | 19313 | PSYCHÓZY S MCC | 1,2714 |
| 1932 | 19321 | PORUCHY OSOBNOSTI BEZ CC | 0,9255 |
| 1932 | 19322 | PORUCHY OSOBNOSTI S CC | 0,9589 |
| 1932 | 19323 | PORUCHY OSOBNOSTI S MCC | 1,7865 |
| 1933 | 19331 | BIPOLÁRNÍ PORUCHY BEZ CC | 1,5103 |
| 1933 | 19332 | BIPOLÁRNÍ PORUCHY S CC | 1,5103 |
| 1933 | 19333 | BIPOLÁRNÍ PORUCHY S MCC | 1,5103 |
| 1934 | 19341 | DEPRESE BEZ CC | 0,9702 |
| 1934 | 19342 | DEPRESE S CC | 0,9702 |
| 1934 | 19343 | DEPRESE S MCC | 1,3653 |
| 1935 | 19351 | AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH BEZ CC | 0,5613 |
| 1935 | 19352 | AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH S CC | 0,5769 |
| 1935 | 19353 | AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH S MCC | 0,6951 |
| 1936 | 19361 | ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE BEZ CC | 0,7475 |
| 1936 | 19362 | ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE S CC | 0,7475 |
| 1936 | 19363 | ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE S MCC | 0,8436 |
| 1937 | 19371 | VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY BEZ CC | 0,9075 |
| 1937 | 19372 | VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S CC | 0,9075 |
| 1937 | 19373 | VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S MCC | 0,9075 |
| 1938 | 19381 | PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY BEZ CC | 2,0875 |
| 1938 | 19382 | PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY S CC | 2,0875 |
| 1938 | 19383 | PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY S MCC | 2,0875 |
| 1939 | 19391 | JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY BEZ CC | 0,4043 |
| 1939 | 19392 | JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S CC | 0,5304 |
| 1939 | 19393 | JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S MCC | 0,5743 |
| 1940 | 19400 | DUŠEVNÍ PORUCHY S ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIÍ NEBO S REPETITIVNÍ TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKOU STIMULACÍ | 3,0227 |
| 2030 | 20301 | ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE BEZ CC | 0,1232 |
| 2030 | 20302 | ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S CC | 0,1380 |
| 2030 | 20303 | ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S MCC | 0,2822 |
| 2031 | 20311 | ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ BEZ CC | 1,1314 |
| 2031 | 20312 | ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ S CC | 1,7567 |
| 2031 | 20313 | ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ S MCC | 2,3453 |
| 2032 | 20321 | ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU BEZ CC | 0,5613 |
| 2032 | 20322 | ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU S CC | 0,6001 |
| 2032 | 20323 | ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU S MCC | 2,3879 |
| 2033 | 20331 | ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU BEZ CC | 0,3105 |
| 2033 | 20332 | ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S CC | 0,3899 |
| 2033 | 20333 | ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S MCC | 0,6362 |
| 2034 | 20341 | ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH BEZ CC | 0,5007 |
| 2034 | 20342 | ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH S CC | 0,6099 |
| 2034 | 20343 | ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH S MCC | 1,0924 |
| 2101 | 21011 | MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH BEZ CC | 1,6034 |
| 2101 | 21012 | MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH S CC | 1,9900 |
| 2101 | 21013 | MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH S MCC | 5,2659 |
| 2102 | 21021 | JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH BEZ CC | 1,2775 |
| 2102 | 21022 | JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH S CC | 2,3587 |
| 2102 | 21023 | JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH S MCC | 4,8452 |
| 2130 | 21301 | PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH BEZ CC | 0,6988 |
| 2130 | 21302 | PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH S CC | 0,8759 |
| 2130 | 21303 | PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH S MCC | 3,1769 |
| 2131 | 21311 | ALERGICKÉ REAKCE BEZ CC | 0,1973 |
| 2131 | 21312 | ALERGICKÉ REAKCE S CC | 0,2786 |
| 2131 | 21313 | ALERGICKÉ REAKCE S MCC | 0,5653 |
| 2132 | 21321 | OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) BEZ CC | 0,3304 |
| 2132 | 21322 | OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) S CC | 0,5590 |
| 2132 | 21323 | OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) S MCC | 1,4831 |
| 2133 | 21331 | KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ BEZ CC | 0,3874 |
| 2133 | 21332 | KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ S CC | 0,6431 |
| 2133 | 21333 | KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ S MCC | 1,2141 |
| 2134 | 21341 | SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO BEZ CC | 0,4195 |
| 2134 | 21342 | SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO S CC | 0,4195 |
| 2134 | 21343 | SYNDROM TÝRANÉHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO S MCC | 0,4195 |
| 2135 | 21351 | JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ BEZ CC | 0,2766 |
| 2135 | 21352 | JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ S CC | 0,4221 |
| 2135 | 21353 | JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ S MCC | 1,3023 |
| 2250 | 22501 | POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE BEZ CC | 0,3562 |
| 2250 | 22502 | POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE S CC | 0,3562 |
| 2250 | 22503 | POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PÉČE S MCC | 0,6095 |
| 2251 | 22510 | ROZSÁHLÉ POPÁLENINY S KOŽNÍM ŠTĚPEM | 7,7276 |
| 2252 | 22521 | NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM BEZ CC | 2,6813 |
| 2252 | 22522 | NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM S CC | 8,0092 |
| 2252 | 22523 | NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM S MCC | 12,8015 |
| 2253 | 22530 | ROZSÁHLÉ POPÁLENINY BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU | 1,4823 |
| 2254 | 22541 | POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ BEZ CC | 0,8374 |
| 2254 | 22542 | POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ S CC | 1,2200 |
| 2254 | 22543 | POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ S MCC | 5,3521 |
| 2255 | 22551 | POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE BEZ CC | 0,5662 |
| 2255 | 22552 | POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE S CC | 1,1063 |
| 2255 | 22553 | POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE S MCC | 3,0716 |
| 2301 | 23011 | OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI BEZ CC | 0,6449 |
| 2301 | 23012 | OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI S CC | 0,8772 |
| 2301 | 23013 | OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI S MCC | 2,1686 |
| 2330 | 23301 | REHABILITACE BEZ CC | 0,5817 |
| 2330 | 23302 | REHABILITACE S CC | 0,6733 |
| 2330 | 23303 | REHABILITACE S MCC | 0,9595 |
| 2331 | 23311 | SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY BEZ CC | 0,3113 |
| 2331 | 23312 | SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY S CC | 0,4474 |
| 2331 | 23313 | SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY S MCC | 0,7217 |
| 2332 | 23321 | JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV BEZ CC | 0,2568 |
| 2332 | 23322 | JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV S CC | 0,3583 |
| 2332 | 23323 | JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV S MCC | 0,8495 |
| 2333 | 23330 | REHABILITACE > 55 DNÍ | 4,9457 |
| 2334 | 23340 | REHABILITACE 49-55 DNÍ | 4,3032 |
| 2335 | 23351 | REHABILITACE 42-48 DNÍ BEZ CC | 3,8100 |
| 2335 | 23352 | REHABILITACE 42-48 DNÍ S CC | 3,8100 |
| 2335 | 23353 | REHABILITACE 42-48 DNÍ S MCC | 3,8100 |
| 2336 | 23361 | REHABILITACE 35-41 DNÍ BEZ CC | 2,7781 |
| 2336 | 23362 | REHABILITACE 35-41 DNÍ S CC | 2,7781 |
| 2336 | 23363 | REHABILITACE 35-41 DNÍ S MCC | 3,0086 |
| 2337 | 23371 | REHABILITACE 28-34 DNÍ BEZ CC | 2,1828 |
| 2337 | 23372 | REHABILITACE 28-34 DNÍ S CC | 2,2477 |
| 2337 | 23373 | REHABILITACE 28-34 DNÍ S MCC | 2,3075 |
| 2338 | 23381 | REHABILITACE 21-27 DNÍ BEZ CC | 1,5775 |
| 2338 | 23382 | REHABILITACE 21-27 DNÍ S CC | 1,6872 |
| 2338 | 23383 | REHABILITACE 21-27 DNÍ S MCC | 1,8542 |
| 2339 | 23391 | REHABILITACE 14-20 DNÍ BEZ CC | 1,2645 |
| 2339 | 23392 | REHABILITACE 14-20 DNÍ S CC | 1,3427 |
| 2339 | 23393 | REHABILITACE 14-20 DNÍ S MCC | 1,4991 |
| 2340 | 23401 | REHABILITACE 5-13 DNÍ BEZ CC | 0,7615 |
| 2340 | 23402 | REHABILITACE 5-13 DNÍ S CC | 0,7909 |
| 2340 | 23403 | REHABILITACE 5-13 DNÍ S MCC | 0,8634 |
| 2501 | 25011 | KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC | 4,7867 |
| 2501 | 25012 | KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC | 4,7867 |
| 2501 | 25013 | KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC | 9,1407 |
| 2502 | 25021 | JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC | 4,0659 |
| 2502 | 25022 | JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC | 4,0659 |
| 2502 | 25023 | JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC | 6,6018 |
| 2503 | 25030 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM | 48,5544 |
| 2504 | 25040 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 504 HODIN (22-42 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM | 37,3448 |
| 2505 | 25051 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC | 23,6816 |
| 2505 | 25052 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC | 23,6816 |
| 2505 | 25053 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC | 23,6816 |
| 2506 | 25061 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN BEZ CC | 17,3429 |
| 2506 | 25062 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN S CC | 17,3429 |
| 2506 | 25063 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN S MCC | 17,3429 |
| 2507 | 25071 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC | 14,1607 |
| 2507 | 25072 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC | 16,9420 |
| 2507 | 25073 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC | 16,9420 |
| 2530 | 25301 | DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC | 0,8919 |
| 2530 | 25302 | DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC | 0,8919 |
| 2530 | 25303 | DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC | 1,6237 |
| 2531 | 25311 | JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU BEZ CC | 1,3182 |
| 2531 | 25312 | JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU S CC | 1,3182 |
| 2531 | 25313 | JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU S MCC | 1,3182 |
| 2532 | 25320 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ) | 53,8925 |
| 2533 | 25330 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 504 HODIN (22-42 DNÍ) | 20,2698 |
| 2534 | 25341 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) BEZ CC | 15,4542 |
| 2534 | 25342 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S CC | 15,4542 |
| 2534 | 25343 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S MCC | 15,4542 |
| 2536 | 25361 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) BEZ CC | 9,2479 |
| 2536 | 25362 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S CC | 9,2479 |
| 2536 | 25363 | DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S MCC | 9,2479 |
| 2537 | 25370 | ÚMRTÍ DO 5 DNÍ OD PŘÍJMU PŘI POLYTRAUMATU | 3,1790 |
| 8887 | 88871 | ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC | 1,0028 |
| 8887 | 88872 | ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC | 2,2574 |
| 8887 | 88873 | ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC | 4,4207 |
| 8888 | 88881 | PROSTATICKÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC | 1,6993 |
| 8888 | 88882 | PROSTATICKÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC | 1,8388 |
| 8888 | 88883 | PROSTATICKÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC | 4,0919 |
| 8889 | 88891 | VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC | 0,6804 |
| 8889 | 88892 | VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC | 1,1490 |
| 8889 | 88893 | VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC | 2,4382 |
| 9998 | 99980 | HLAVNÍ DIAGNÓZA NEPLATNÁ JAKO PROPOUŠTĚCÍ DIAGNÓZA | 0,1100 |
| 9999 | 99990 | NEZAŘADITELNÉ | 0,1100 |

Příloha č. 11 k vyhlášce č. …./2018 Sb.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kód** | **Výkon** | **Regulační omezení** | **Výše**  **úhrady** |
| 00900 | Komplexní vyšetření zubním lékařem při registraci pojištěnce  Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení léčebného plánu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. Založení dokumentace se záznamem stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání včetně onkologické prohlídky, mezičelistních vztahů, anamnézy a individuálního léčebného postupu. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona*.* | Lze vykázat při první registraci pojištěnce nově přijatého do péče, to je kód 00900 nelze vykázat v případě, že poskytovatelem byly na pojištěnce v posledních 2 letech vykazovány kódy pravidelné péče – kódy 00901 a 00902, resp. 00946 a 00947. V témže kalendářním roce lze kód 00900 kombinovat pouze s kódem 00901, resp. 00946. Kombinaci kódů 00900 a 00901, resp. 00946 nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi jednotlivými vyšetřeními v roce je doporučeno dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést vyšetření dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce.  Odbornost 014. | 458 Kč |
| 00901 | Opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka  Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení, frekvence vykazování v souladu s přílohou č. 1 zákona), včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona. | Lze vykázat 2/1 kalendářní rok na pojištěnce v rámci individuální preventivní péče o chrup dětí a dorostu, 1/1 kalendářní rok na pojištěnce v rámci preventivní péče o dospělé, dvakrát v průběhu těhotenství (musí být uvedena diagnóza dohledu nad těhotenstvím), mezi vyšetřeními musí u těhotných uplynout nejméně 3 měsíce. U dětí a dorostu nelze vykázat kombinaci kódů 00901 a 00901, resp. 00946 v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi jednotlivými vyšetřeními v roce je doporučeno z odborného hlediska dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce.  Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů[[5]](#footnote-6)5). | 450 Kč |
| 00902 | Péče o registrovaného pojištěnce nad 18 let věku  Agregovaný výkon zahrnující: kontrolu ústní hygieny, interdentální hygieny, motivaci pojištěnce po orientačním vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní. Ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv | Lze vykázat 1/1 kalendářní rok. Lze vykázat pouze po vykázání kódu 00901, resp. 00946 v témže kalendářním roce a zároveň pokud není vykázán kód 00900, kód 00901, resp. 00946 a kód 00902, nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi vykázáním jednotlivých kódů 00901, resp. 00946 a 00902 v roce je doporučeno dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést ošetření dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce.  Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů5). | 323 Kč |
| 00903 | Vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou  Vyšetření odborníkem nebo specialistou na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření. Kód nelze vykázat  u pojištěnce registrovaného daným poskytovatelem. Kód se vykazuje 1x na jeden nesouvisející případ, v případě rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz maximálně 3/ 1 poj. / 1 rok. | Nelze kombinovat s kódem 00908, 00931, 00940, 00968 a 00981.  Lze vykázat 1/1 den.  Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE5); 015; 605. | 200 Kč |
| 00904 | Stomatologické vyšetřeníregistrovaného pojištěncedo 10 let v rámci registrace a preventivní péče | Lze vykázat 2/1 rok pouze v souvislosti s preventivní prohlídkou v daném kalendářním roce, tj. kódem 00901, resp. 00946 a s kódem 00900, pokud v daném rece byl pojištěnec u poskytovatele registrován. Je vykazováno s diagnózou Z 012 – zubní vyšetření.  Odbornost – 014. | 105 Kč |
| 00906 | Stomatologické ošetření pojištěncedo 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce  Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce. Kód lze vykazovat pouze v souvislosti se stomatologickými výkony, nikoliv s výrobky. U dětí lze vykázat i bez kurativního výkonu. | Lze vykázat 1/1 den.  Odbornost – 014.  Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE5) lze vykázat i při vyžádané péči neregistrovaného pojištěnce. | 95 Kč |
| 00907 | Stomatologické ošetření pojištěnceod 6 let do 15 let  Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce. | Lze vykázat 1/1 den.  Pouze při kurativní návštěvě (nelze  vykázat jen s kódy 00900,00901, 00903, 00909, 00946, a diagnózou Z 012 – zubní vyšetření).  Odbornost – 014.  Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE5) lze vykázat i při vyžádané péči neregistrovaného pojištěnce. | 68 Kč |
| 00908 | Akutní ošetření a vyšetření neregistrovaného pojištěnce – i v rámci pohotovostní služby  Akutní ošetření náhodného pojištěnce mimo rámec preventivní péče. Ošetření zahrnuje vyšetření, paliativní ošetření v endodoncii, amputaci a exstirpaci dřeně, provizorní výplň, lokální ošetření gingivy / sliznice, konzervativní ošetření dentitio difficilis nebo parodontálního abscesu, zavedení a výměnu drénu, nebo opravu / úpravu snímatelné náhrady v ordinaci a podobně. | Nelze kombinovat s kódem 00903 a 00909.  Lze vykázat 1/1 den.  Odbornost – 014. | 310 Kč |
| 00909 | Klinické stomatologické vyšetření  Vyšetření odborníkem na klinickém pracovišti na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření. | Nelze kombinovat s kódy 00900, 00901, 00902, 00903, 00908, 00945, 00946 a 00947. V kombinaci s kódem 00907 nelze vykázat samostatně s diagnózou Z 012 – zubní vyšetření. Kód lze nasmlouvat lůžkovým pracovištím a klinickým pracovištím, tj. společné pracoviště fakultní nemocnice a lékařské fakulty vysoké školy podle § 111 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb.  Lze vykázat 1/1 den  Při diagnóze vyžadující opakovanou návštěvu lze vykázat jen jedenkrát, včetně rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz.  Odbornost – 014; 015. | 410 Kč |
| 00910 | Zhotovení intraorálního rentgenového snímku  Zhotovení rentgenového snímku na speciálním dentálním rentgenovém přístroji, nebo další zobrazovací metodou (podmínkou je archivace snímku).  Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem). | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornost – 014; 015; 605. | 70 Kč |
| 00911 | Zhotovení extraorálního rentgenového snímku  Zhotovení skiagrafie lebky různých projekcí za každý snímek.  Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval, v případě odbornosti 015 i rentgenový snímek ruky (stanovení fáze růstu skeletu). | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornost – 014; 015;605. | 225 Kč |
| 00912 | Náplň slinné žlázy kontrastní látkou  Sondáž, dilatace, náplň slinných žláz a vývodů kontrastní látkou. Následné rentgenové vyšetření je vykazováno kódem 00911 nebo 00913 poskytovatelem, který snímek indikoval. | Lze vykázat – bez omezení  Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE5); 605. | 581 Kč |
| 00913 | Zhotovení ortopantomogramu  Zhotovení extraorálního panoramatického snímku na speciálním rentgenovém přístroji.  Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval. | Lze vykázat 1/2 kalendářní roky.  Pro odb. 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE a odbornost 015, 605 lze vykázat 2/1 kalendářní rok pouze v souvislosti se specializovanou péčí; v ostatních případech (např. u vlastních registrovaných pojištěnců) platí omezení kódu 1/2 kalendářní roky.  Omezení neplatí v případech, kdy je vyšetření vyžádáno kardiologem/kardiochirurgem, ortopedem, transplantologem či osteologem (např. z důvodu vyloučení fokální infekce nebo předoperačního vyšetření) s dg Z018 nebo v souvislosti s antiresorpční léčbou (dg M87.1). Pro LPS (lékařská pohotovostní služba) a v případě úrazové nebo onkologické diagnózy lze vykázat bez omezení. | 275 Kč |
| 00914 | Vyhodnocení ortopantomogramu  Vyhodnocení panoramatického rentgenového snímku zubních oblouků a skeletu čelistí nebo ostatních extraorálních snímků.  Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem); v případě odeslání pojištěnce k jinému zubnímu lékaři, kterýje držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů5) a lékaři odbornosti 015, může kód vykázat i tento zubní lékař. | Lze vykázat 1/1 snímek/1 poskytovatel.  Odbornost – 014; 015; 605. | 70 Kč |
| 00915 | Zhotovení telerentgenového snímku lbi  Zhotovení dálkového rentgenového snímku lbi na speciálním rentgenovém přístroji.  Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval. | Lze vykázat 1/1 kalendářní rok  Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH; PE5); 015; 605. | 270 Kč |
| 00916 | Anestézie na foramen mandibulae a infraorbitale  Aplikace injekční anestézie na foramen mandibulae (součástí je i aplikace na nervus buccalis) a foramen infraorbitale (součástí je i aplikace na nervus palatinus) ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem. | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornost – 014; 015; 605. | 105 Kč |
| 00917 | Anestézie infiltrační  Aplikace injekční anestézie pro každý sextant, včetně anestézie na foramen mentale, foramen palatinum maius a foramen incisivum. Počítá se anestezovaná oblast, nikoli počet vpichů; ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem. | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornost – 014; 015; 605. | 85 Kč |
| 00918 | Ošetření zubního kazu u dětí do 15 let, u těhotných a kojících žen – stálý zub  Bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu  - u dětí do dne dosažení 15 let věku v rozsahu řezáků a špičáků při použití samopolymerujícího kompozita,  - u dětí do dne dosažení 15 let věku nad rozsah řezáků a špičáků při použití skloionomerního cementu,  - u těhotných a kojících žen při použití skloionomerního cementu.  Není-li použití skloionomerního cementu možné z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, lze použít dózovaný amalgám a u těhotných a kojících žen v rozsahu řezáků a špičáků též samopolymerující kompozitum. | Lze vykázat 1 zub/365 dní.  Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu – v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 1 rok lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu.  Lokalizace – zub.  Odbornost – 014; 015; 605. | 495 Kč |
| 00920 | Ošetření zubního kazu – stálý zub – fotokompozitní výplň  Ošetření zubního kazu stálého zubu fotokompozitní výplní u pojištěnců do 18 let v rozsahu řezáků a špičáků , bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu. | Lze vykázat 1 zub/365 dní.  Lokalizace – zub.  Odbornost – 014; 015; 605. | 500 Kč |
| 00921 | Ošetření zubního kazu – stálý zub  Ošetření zubního kazu definitivní výplní, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu, standardním materiálem podle přílohy č. 1 zákona  (při použití samopolymerujících kompozitních materiálů v rozsahu řezáků a špičáků a dózovaného amalgámu v celém rozsahu v základním provedení). | Lze vykázat 1 zub/365 dní  Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu – v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 1 rok lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu.  Lokalizace – zub.  Odbornost – 014; 015; 605. | 495 Kč |
| 00922 | Ošetření zubního kazu – dočasný zub  Bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu: Ošetření zubního kazu dočasného zubu při použití skloionomerního cementu; není-li použití skloionomerního cementu možné z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, lze použít dózovaný amalgám a v rozsahu řezáků a špičáků též samopolymerující kompozitum. | Lze vykázat 1 zub/365 dní  Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu – v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 1 rok lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních.  Lokalizace – zub.  Odbornost – 014; 015; 605. | 390 Kč |
| 00923 | Konzervativní léčba komplikací zubního kazu – stálý zub  Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, chemickou a medikamentózní přípravu a provizorní výplně.  Po definitivním endodontickém ošetření zubu za každý zaplněný kořenový kanálek zinkoxydfosfátovým cementem. Počet návštěv nerozhoduje. | Nelze kombinovat s kódem 00925.  Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub  pouze tehdy, pokud následuje konzervačně – chirurgická léčba komplikací zubního kazu.  Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek.  Lokalizace – zub.  Odbornost – 014; 015; 605. | 181 Kč |
| 00924 | Konzervativní léčba komplikací zubního kazu – dočasný zub  Po definitivním endodontickém ošetření dočasného zubu metodou vitální nebo mortální amputace jedenkrát. Při případné exstirpaci každý zaplněný kořenový kanálek. Ošetření je možné, když je dočasný zub klinicky pevnýa na rentgenogramu dosahuje resorbce nejvýše do poloviny kořene. | Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub.  Lokalizace – zub.  Odbornost – 014; 015; 605. | 176 Kč |
| 00925 | Konzervativní léčba komplikací zubního kazu II.- stálý zub  Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, medikamentózní přípravu a provizorní výplně. Po definitivním endodontickém ošetření zubu za každý zaplněný kořenový kanálek při použití registrovaného materiálu metodou centrálního čepu. Počet návštěv nerozhoduje. I při ošetření zubu metodou apexifikace. | 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 | Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu  Odborné vyšetření parodontu, vyšetření pomocí parodontologického indexu CPITN, stanovení individuálního léčebného postupu, zahájení konzervativní léčby – odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), instruktáž a motivace orální hygieny. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče. Výkon komplexního vyšetření se vykazuje při vyšetření pojištěnce v rámci převzetí do pravidelné parodontologické péče a dále vždy, pokud dojde ke změně zdravotního stavu, a to maximálně s frekvencí 1x za jeden kal. rok. Podmínkou vykázání výkonu je vedení prokazatelné parodontologické dokumentace. | Lze vykázat 1/2 kalendářní roky a při změně zdravotního stavu maximálně 1/1 kalendářní rok.  Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE5). | 700 Kč |
| 00932 | Léčba chronických onemocnění parodontu  Vyšetření parodontu na základě zařazení onemocnění při vyšetření pomocí indexu CPITN, kdy je stanoven index CPI 2-3, případně dalších parodontologických indexů a vyšetřovacích metod v průběhu parodontologické léčby. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče. Pokračování konzervativní léčby (fáze iniciální nebo udržovací) – kontrola orální hygieny pomocí k tomu určených indexů (například PBI, API), jejichž hodnoty musí být zaznamenány v dokumentaci, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení*)*, remotivace a korekce konkrétní metody orální hygieny, odstranění lokálního dráždění parodontu. Věková hranice pro vykazování kódu 00932 není fixně stanovena (vykazování 00932 u dětí) – důraz na zdokumentování. Odstup mezi vykázáním kódů 00932 musí být v takovém intervalu, aby bylo možno prokázat účelnost léčby, lze vykázat minimálně v měsíčních odstupech. Podmínkou vykázání výkonu je vedení prokazatelné parodontologické dokumentace. Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem (kód 00938) a subgingivální ošetření (kód 00935) se vykazuje zvlášť. | Lze vykázat 3/1 kalendářní rok.  Při třetím vykázání kódu v roce nutno zhodnotit léčbu pomocí indexu CPITN.  Nelze vykázat s kódy 00900, 00901 a 00946.  Odbornost – 014. | 243 Kč |
| 00933 | Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu  Provedený chirurgický výkon v mukogingivální oblasti navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu (gingivektomie s plastikou) za každý zub. | Lze vykázat – bez omezení.  Lokalizace – zub.  Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE5). | 420 Kč |
| 00934 | Chirurgická léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu  Chirurgické výkony navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu vedoucí k prohloubení vestibula a výkony s odklopením mukoperiostálního laloku vedoucí k odstranění parodontálních sulků – za každý sextant. Nelze vykázat s chirurgickýmivýkony s řízenou tkáňovou regenerací a implantacemi. | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE5). | 1 000 Kč |
| 00935 | Subgingivální ošetření  Instrumentální odstranění obsahu parodontálního chobotu (subgingiválního zubního kamene a plaku), odstranění nekrotického cementu, ohlazení povrchu zubního kořene a jeho kontrola u zubů s parodontálními choboty (CP 3,4). Lze provést ručními nástroji, ultrazvukovými či laserovými přístroji či jejich kombinací. | Lze vykázat 1/1 zub/365 dní.  Lokalizace – zub.  Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE5). | 84 Kč |
| 00936 | Odebrání a zajištění přenosu transplantátu  Chirurgický výkon vedoucí k získání slizničního nebo kostního štěpu. | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE5); 605. | 600 Kč |
| 00937 | Artikulace chrupu  Po provedení celkového zábrusu okluze a artikulace chrupu na podkladě funkčního vyšetření stomatognátního systému. Nutno doložit modely před a po ošetření. | Lze vykázat 1/1 kalendářní rok  Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE5). | 433 Kč |
| 00938 | Přechodné dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem  Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem zhotovené podle přílohy č. 1 zákona (samopolymerující kompozitní pryskyřice).  Vykazuje se za každý zub. | Lze vykázat 1/1 zub/365 dní.  Lokalizace – zub.  Odbornost – 014; 015. | 44 Kč |
| 00940 | Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice  Při komplexním vyšetření ústní sliznice, stanovení diagnózy. Výkon komplexního vyšetření se vykazuje při vyšetření pojištěnce v rámci převzetí do pravidelné specializované péče a dále vždy, pokud dojde ke změně zdravotního stavu, a to maximálně s frekvencí 1/1 kal. rok. Podmínkou vykázání výkonu je vedení prokazatelné dokumentace onemocnění ústní sliznice a návrh léčby. | Lze vykázat 1/2 kalendářní roky a při změně zdravotního stavu maximálně 1/1 kalendářní rok.  Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE5). | 700 Kč |
| 00941 | Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice  Při kontrolním vyšetření v průběhu léčby. | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE5). | 300 Kč |
| 00943 | Měření galvanických proudů  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 školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;PE5); 605. | 88 Kč |
| 00945 | Cílené vyšetření  Vyšetření zaměřené na konkrétní obtíže registrovaného pojištěnce, v případě dohodnutých dlouhodobých zástupů a péče poskytované v rámci odbornosti 015 i u neregistrovaných pojištěnců. | Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00900,00901, 00902, 00903, 00908, 00909, 00931, 00932, 00940, 00941, 00946, 00947, 00968, 00981, 00983, 00984.  Lze vykázat – bez omezení, při ošetření v několika návštěvách (endodontické ošetření, zhotovení protetických náhrad a jiné) pouze jednou. Kód nelze vykázat při návštěvě, která vyplývá z plánu ošetření.  Odbornost – 014; 015. | 30 Kč |
| 00946 | Opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka I  Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené ZP. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení, frekvence vykazování v souladu s přílohou č. 1 zákona), včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona. | Lze vykázat 2/1 kalendářní rok na pojištěnce v rámci individuální preventivní péče o chrup dětí a dorostu, 1/1 kalendářní rok na pojištěnce v rámci preventivní péče o dospělé, dvakrát v průběhu těhotenství (musí být uvedena diagnóza dohledu nad těhotenstvím), mezi vyšetřeními musí u těhotných uplynout nejméně 3 měsíce. U dětí a dorostu nelze vykázat kombinaci kódů 00946 a 00901 v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi jednotlivými vyšetřeními v roce je doporučeno z odborného hlediska dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce.  Odbornost – 014. | 376 Kč |
| 00947 | Péče o registrovaného pojištěnce nad 18 let věku I  Agregovaný výkon zahrnující: kontrolu ústní hygieny, interdentální hygieny, motivace pojištěnce po orientačním vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní. Ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. | Lze vykázat 1/1 kalendářní rok. Lze vykázat pouze po vykázání kódu 00946, resp. 00901 v témže kalendářním roce a zároveň pokud není vykázán kód 00900, kód 00946, resp. 00901 a kód 00947 nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi vykázáním kódů 00946, resp. 00901 a kódu 00947 v roce je doporučeno dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést ošetření dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce.  Odbornost – 014. | 263 Kč |
| 00948 | Zajištění suturou v rámci výkonu extrakce  Provedení sutury po extrakci stálého zubu, resp. radixu nebo dočasného moláru bez resorpce kořenů (rentgenologicky prokazatelné) v indikovaných případech týkajících se stavění krvácení či jeho prevence u pojištěnců na antitrombotické léčbě a dále v indikovaných případech týkajících se pojištěnců na antiresorpční léčbě a pojištěnců imunosuprimovaných vykazuje se s dg. Z40.9 - Profylaktický operační výkon NS. Bez ohledu na použitý druh materiálu a počet stehů. Lze vykázat pouze s kódem 00950. | Lze vykázat 1/1 zub.  Lokalizace – zub.  Odbornost – 014; 015; 605. | 105 Kč |
| 00949 | Běžná extrakce dočasného zubu  Extrakce dočasného zubu nebo radixu (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací, sutury a stavění krvácení kompresivní tamponádou. | Lze vykázat 1/1 zub.  Lokalizace – zub.  Odbornost – 014; 015; 605. | 87 Kč |
| 00950 | Extrakce stálého zubu nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny  Extrakce stálého zubu nebo radixu (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací a stavění krvácení kompresivní tamponádou. Lze vykázat též při extrakci dočasného moláru bez resorpce kořenů (rentgenologicky prokazatelné). | Lze vykázat 1/1 zub.  Lokalizace – zub.  Odbornost – 014; 015; 605. | 200 Kč |
| 00951 | Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu  Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku a hemiextrakce nebo egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu do jednoho sextantu nebo chirurgická revize extrakční rány. | Lze vykázat – bez omezení.  Lokalizace – zub.  Odbornost – 014; 605. | 525 Kč |
| 00952 | Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu  Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku v blízkosti rizikových anatomických struktur nebo vyžadující snesení větší části kosti, primární uzávěr oroantrální komunikace, egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu větším než jeden sextant, exstirpace cysty nad 1 cm, odstranění sekvestru, artrocentéza temporomandibulárního kloubu nebo antrotomie a podobně. | Lze vykázat – bez omezení.  Lokalizace – zub v případě extrakce zubu nebo radixu.  Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE5); 605. | 1 155 Kč |
| 00953 | Chirurgické ošetřování retence zubů  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 školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH; PE5); 015; 605. | 630 Kč |
| 00954 | Konzervačně-chirurgická léčba komplikací zubního kazu  Odklopení mukoperiostálního laloku, snesení kosti periapikálně, amputace kořenového hrotu, exkochleace, toileta kořene a kosti, sutura (včetně případného peroperačního plnění), za každý ošetřený kořen.  Též periapikální exkochleace a exstirpace odontogenní cysty do 1 cm. | Lze vykázat – bez omezení.  Lokalizace – zub.  Odbornost – 014; 605. | 420 Kč |
| 00955 | Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí malého rozsahu  Provedení menších chirurgických výkonů, například dekapsulace, frenulektomie, odstranění rušivých vlivů vazivových pruhů, podjazyková frenulektomie, excize vlajícího hřebene – za každý sextant, odstranění léze do 2 cm, sutura rány sliznice nebo kůže do 5 cm nebo sondáž a výplach vývodu slinné žlázy. Nelze vykázat při gingivektomii. | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornost – 014; 015; 605. | 420 Kč |
| 00956 | Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí velkého rozsahu  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, sialolitotomie, přístrojová sialoendoskopie se zprůchodněním vývodu. | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE5); 605. | 900 Kč |
| 00957 | Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu  Ošetření následků úrazu zubů a alveolu malého rozsahu, včetně jednoduché fixace plastickým materiálem, popřípadě zkrácenou drátěnou dlahou. | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornost – 014; 015; 605. | 420 Kč |
| 00958 | Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu  Repozice a fixace zlomenin alveolu horní, dolní čelisti, zlomenin těla a krčku dolní čelisti bez výrazné dislokace (za každou ošetřenou čelist). | Lze vykázat – bez omezení.  Lokalizace – čelist .  Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH; PE5); 605. | 750 Kč |
| 00959 | Intraorální incize  Léčba zánětu intraorální incizí s případnou dilatací, vypuštěním exsudátu a zavedením drénu. | Lze vykázat – bez omezení.  Lokalizace – kvadrant.  Odbornost – 014; 015; 605. | 120 Kč |
| 00960 | Zevní incize  Léčba kolemčelistního zánětu zevní incisí, včetně dilatace, s vypuštěním exsudátu a zavedením drénu. | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH; PE5); 605. | 600 Kč |
| 00961 | Ošetření komplikací chirurgických výkonů v dutině ústní  Zavedení drénu či tamponády, přiložení plastického obvazu, výplachu rány lokálním léčebným prostředkem, dále stavění pozdního postextrakčního krvácení, revize extrakční rány, svalové rehabilitační cvičení a fyzikální terapie. | Lze vykázat 5/10 dnů.  Odbornost – 014; 015; 605. | 55 Kč |
| 00962 | Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch  Vyšetření temporomandibulárního kloubu, zdokumentování onemocnění a konzervativní léčba temporomandibulární poruchy (například mezičelistní fixací, fyzikální terapií nebo manuální repozicí). | Lze vykázat 2/1kalendářní rok (omezení frekvencí neplatí pro odbornost 605, 015 a 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH; PE5)).  Odbornost – 014; 015; 605. | 300 Kč |
| 00963 | Injekce i. m., i. v., i. d., s. c.  Zahrnuje injekční aplikaci léčiva, včetně ceny aplikace, není-li aplikovaná látka hrazena jiným způsobem. | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornost – 014; 015; 605. | 53 Kč |
| 00965 | Čas zubního lékaře strávený dopravou za imobilním pojištěncem | Nelze vykázat spolu s výkonem přepravy.  Odbornost – 014; 605.  Výkon je hrazen na podkladě doporučení praktického lékaře. | 210 Kč |
| 00966 | Signální výkon – informace o vydání Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti nebo Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)  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 | Signální výkon – informace o vydání Rozhodnutí o ukončenídočasné pracovní neschopnosti nebo Rozhodnutí o ukončenípotřebyošetřování (péče)  Výkon vykazuje ošetřující lékař, který Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti, případně Rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování (péče), vystavil. | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornost – 014. | 5 Kč |
| 00968 | Stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatochirurgem  Stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatochirurgem v ambulanci poskytovatele ambulantních hrazených služeb.  Ošetření na základě písemného doporučení jiného lékaře při neodkladných stavech. V souvislosti s léčením tohoto neodkladného stavu lze vykázat pouze 1x, písemná zpráva. V případě dalšího plánovaného ošetření daného pojištěnce již kód 00968 nelze znovu vykázat.  Kód nelze naúčtovat u pojištěnce registrovaného daným poskytovatelem v případě přeposlání od jednoho lékaře k druhému, kteří pracují v rámci daného poskytovatele (tj. mezi jednotlivými IČP daného poskytovatele).  Kód není určen pro ambulance poskytovatelů lůžkových služeb, tzn. že kód není určen ani pro ambulance, kdy je provozovatel současně provozovatelem lůžkových služeb jakékoliv odbornosti. | 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 školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH. Ošetření na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení). | 1 000 Kč |
| 00970 | Sejmutí fixní náhrady – za každou pilířovou konstrukci  Sejmutí fixní náhrady rázovým nástrojem nebo rozbroušením korunky a její deformací, v případě zkrácení mostu odseparování části mostu v místě mezičlenu (v tom případě se lokalizace vykazuje na tento mezičlen). | Lze vykázat 1/730 dní.  Nelze vykázat u provizorních náhrad.  Lokalizace – zub.  Odbornost – 014; 015; 605. | 115 Kč |
| 00971 | Provizorní ochranná korunka  Adaptace a fixace konfekční korunky k ochraně preparovaného, frangovaného nebo jinak destruovaného zubu, nebo individuální ochranná korunka zhotovená razidlovou metodou v ústech pacienta. Zahrnuje i opakované nasazení. | Lze vykázat 1/730 dní.  Lokalizace – zub.  Odbornost – 014; 015; 605. | 69 Kč |
| 00973 | Oprava nebo úprava snímatelné náhrady v ordinaci  Oprava nebo jednoduchá úprava snímatelné náhrady v ordinaci bez návaznosti na další laboratorní zpracování. | Lze vykázat 5/1kalendářní rok.  Nelze vykázat při odevzdání nové snímatelné náhrady (nejdříve dva měsíce po odevzdání nové snímatelné náhrady).  Lokalizace – čelist.  Odbornost – 014; 015; 605. | 39 Kč |
| 00974 | Odevzdání stomatologického výrobku  Poskytovatel vykazuje při odevzdání stomatologického výrobku (kód slouží pouze pro vykazování zvlášť účtovaných léčivých přípravků a stomatologických výrobků (dokladem 03s). | Lze vykázat – bez omezení.  Odbornost – 014; 015; 605. | 0 Kč |
| 00981 | Diagnostika ortodontických anomálií  Zahrnuje orientační stomatologické vyšetření, komplexní ortodontické vyšetření, založení zdravotnické dokumentace. Tímto kódem se zahajuje ortodontická léčba a vykazování kódů odbornosti 015.  Při převzetí již léčeného pojištěnce je nutné zahájit vlastní ortodontickou léčbu vstupním vyšetřením, založením vlastní dokumentace a vykázáním kódu 00981. | Lze vykázat 1/1 pojištěnce a poskytovatele.  Odbornost – 015. | 600 Kč |
| 00982 | Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk  Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem – na jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu včetně přípravy zubů. | Lze vykázat 1/1 čelist, v případě rozštěpových vad (Q 35 – Q38) max. 2/1 čelist.  Lokalizace – čelist.  Odbornost – 015. | 1 300 Kč |
| 00983 | Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu  Kontrola postupu léčby a úprav na fixním aparátu na jednom i obou zubních obloucích, a to po vykázání 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 kalendářní čtvrtletí, a to maximálně 16x na pojištěnce, v případě rozštěpových vad lze vykázat bez omezení.  Odbornost – 015. | 800 Kč |
| 00984 | Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu  Kontrola postupu léčby dle individuálního léčebného postupu a funkce snímacích aparátů včetně jejich úpravy. Pro sledování průběhu změn po ortodonticky indikovaných extrakcích bez aparátu.  Vztahuje se na všechny kontroly snímacího aparátu v daném čtvrtletí. | Lze vykázat 1/1 kalendářní čtvrtletí, a to maximálně 16x na pojištěnce, v případě rozštěpových vad lze vykázat bez omezení.  Nelze vykázat pro léčbu ve fázi retence nebo při sledování růstu a vývoje chrupu a čelisti bez aktivní léčby.  Odbornost – 015. | 210 Kč |
| 00985 | Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu  Po ukončení léčby ortodontických anomálií sejmutí fixního ortodontického aparátu na 1 zubní oblouk, zábrus zubů, včetně  případné analýzy modelů (nezahrnuje případné zhotovení a analýzu telerentgenu a ortopantomogramu). | Lze vykázat 2/1 čelist, v případě rozštěpových vad (Q 35 – Q 38) max. 3/1 čelist.  S časovým odstupem 3 let lze vykázat jedenkrát na čelist v návaznosti na kód 00982 a jedenkrát na čelist v návaznosti kódu 00994.  Lokalizace – čelist.  Odbornost – 015. | 700 Kč |
| 00986 | Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje  Kontrola pojištěnce před začátkem nebo po ukončení aktivní fáze ortodontické léčby snímacími nebo fixními aparáty podle individuálního léčebného postupu. Součástí může být i použití pevných, nebo snímacích dlah, retainerů nebo jiných retenčních aparátů. | Lze vykázat 1/1 kalendářní pololetí, a to maximálně 8x na pojištěnce.  Odbornost – 015. | 220 Kč |
| 00987 | Stanovení fáze růstu  Určení růstové fáze pojištěnce – skeletální věk, zhodnocením rentgenového snímku ruky nebo krčních obratlů. | Lze vykázat 2/1 pojištěnce.  Odbornost – 015. | 53 Kč |
| 00988 | Analýza telerentgenového snímku lbi  Vyhodnocení profilového, eventuálně zadopředního dálkového rentgenového snímku lbi pomocí speciálních měření. | Lze vykázat 1/1 kalendářní rok.  Odbornost – 015. | 116 Kč |
| 00989 | Analýza ortodontických modelů  Vyhodnocení ortodontických modelů zubních oblouků a přilehlých tkání, včetně případných dalších speciálních měření. | Lze vykázat 1/1 kalendářní rok.  Odbornost – 015. | 315 Kč |
| 00990 | Diagnostická přestavba ortodontického modelu  Přestavba zubů ortodontického modelu jedné čelisti z diagnostických důvodů nebo modelová operace čelistí k chirurgickým účelům. | Lze vykázat 1/1 čelist.  Lokalizace – čelist.  Odbornost – 015. | 473 Kč |
| 00991 | Nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku  Palatinální nebo linguální expanzní nebo kotevní drátěný oblouk nebo lip-bumper, továrně zhotovené, jejich adaptace a zasazení do zařízení na kroužcích. | Lze vykázat 1/1 čelist.  Lokalizace – čelist.  Odbornost – 015. | 173 Kč |
| 00992 | Nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky  Nasazení intra-extraorálního drátěného oblouku (uzdy), nebo bradové peloty a ortodontní čapky či krční pásky nebo obličejové masky typu Delaire, Hickham a podobně za účelem extraorálního kotvení, včetně poučení o způsobu použití a názorného předvedení. | Lze vykázat 1/1 pojištěnce.  Odbornost – 015. | 210 Kč |
| 00993 | Navázání parciálního oblouku  Příprava a navázání částečného drátěného oblouku v rozsahu do 6 zubů do zámků nebo kanyl jako součásti fixního aparátu. | Lze vykázat 4/1 kalendářní pololetí (1x na kvadrant).  Odbornost – 015. | 300 Kč |
| 00994 | Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk  Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk ve smíšeném chrupu pro protruzní vady s incizálním schůdkem 9 mm a více, zkřížený skus, diastema větší než 4 mm, zákus, retence nebo dystopie horního stálého řezáku.  Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu. | Lze vykázat 1/1 čelist do věku pacienta 10 let.  Lokalizace – čelist.  Odbornost – 015. | 900 Kč |

Vysvětlení zkratek:

PZL praktický zubní lékař

PA parodontolog

CH stomatochirurg

PE pedostomatolog

Příloha č. 12 k vyhlášce č. …./2018 Sb.

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

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

B02BB01

B02BD01

B02BD02

B02BD03

B02BD04

B02BD05

B02BD06

B02BD07

B02BD08

B02BD09

B02BD10

B05AA02

* 1. Tyto individuálně vyráběné léčivé přípravky:

Kryoprotein (0207926)

Plazma čerstvá, zmrazená pro klinické použití (0207921)

Příloha č. 13 k vyhlášce č. …./2018 Sb.

**Úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu – Skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace vyjmuté z platby případovým paušálem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Baze** | **IR-DRG4)** | **Název skupiny** | **Relativní váha 2019** |
| 0001 | 00011 | TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC BEZ CC | 20,2989 |
| 0001 | 00012 | TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC S CC | 22,6905 |
| 0001 | 00013 | TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC S MCC | 30,2884 |
| 0002 | 00021 | TRANSPLANTACE JATER BEZ CC | 13,6501 |
| 0002 | 00022 | TRANSPLANTACE JATER S CC | 13,6501 |
| 0002 | 00023 | TRANSPLANTACE JATER S MCC | 17,1323 |
| 1460 | 14601 | POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM BEZ CC | 1,3683 |
| 1460 | 14602 | POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S CC | 1,5837 |
| 1460 | 14603 | POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S MCC | 1,8567 |
| 1461 | 14611 | VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ BEZ CC | 1,0900 |
| 1461 | 14612 | VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S CC | 1,2166 |
| 1461 | 14613 | VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S MCC | 1,4471 |
| 1462 | 14621 | VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE BEZ CC | 0,9929 |
| 1462 | 14622 | VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE S CC | 1,4144 |
| 1462 | 14623 | VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE S MCC | 3,2277 |
| 1463 | 14631 | VAGINÁLNÍ POROD BEZ CC | 0,8435 |
| 1463 | 14632 | VAGINÁLNÍ POROD S CC | 0,9158 |
| 1463 | 14633 | VAGINÁLNÍ POROD S MCC | 0,9158 |
| 1561 | 15611 | NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ BEZ CC | 9,3056 |
| 1561 | 15612 | NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ S CC | 13,0304 |
| 1561 | 15613 | NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ S MCC | 20,7049 |
| 1562 | 15621 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC | 50,0790 |
| 1562 | 15622 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC | 50,0790 |
| 1562 | 15623 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC | 50,0790 |
| 1563 | 15631 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC | 7,5417 |
| 1563 | 15632 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC | 12,8439 |
| 1563 | 15633 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC | 30,0430 |
| 1564 | 15641 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC | 24,3548 |
| 1564 | 15642 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC | 29,2460 |
| 1564 | 15643 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC | 33,7999 |
| 1565 | 15651 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC | 7,1881 |
| 1565 | 15652 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC | 8,4345 |
| 1565 | 15653 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC | 15,0420 |
| 1566 | 15661 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC | 13,5777 |
| 1566 | 15662 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC | 16,6661 |
| 1566 | 15663 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC | 16,6661 |
| 1567 | 15671 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC | 3,0627 |
| 1567 | 15672 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC | 4,4440 |
| 1567 | 15673 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC | 7,6355 |
| 1568 | 15681 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC | 13,4980 |
| 1568 | 15682 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC | 13,5361 |
| 1568 | 15683 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC | 15,6434 |
| 1569 | 15691 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC | 0,5785 |
| 1569 | 15692 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC | 1,5193 |
| 1569 | 15693 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC | 3,7788 |
| 1570 | 15701 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC | 3,9308 |
| 1570 | 15702 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC | 5,2446 |
| 1570 | 15703 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC | 14,2240 |
| 1571 | 15711 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM BEZ CC | 0,3877 |
| 1571 | 15712 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM S CC | 0,8421 |
| 1571 | 15713 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM S MCC | 3,4708 |
| 1572 | 15720 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, SE SYNDROMEM DÝCHACÍCH POTÍŽÍ | 7,4464 |
| 1573 | 15731 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM BEZ CC | 0,5704 |
| 1573 | 15732 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM S CC | 1,4335 |
| 1573 | 15733 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM S MCC | 3,2601 |
| 1574 | 15741 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKCÍ BEZ CC | 0,9086 |
| 1574 | 15742 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKCÍ S CC | 0,9539 |
| 1574 | 15743 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKCÍ S MCC | 2,9314 |
| 1575 | 15751 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC | 0,2913 |
| 1575 | 15752 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC | 0,3763 |
| 1575 | 15753 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC | 0,5923 |
| 2401 | 24010 | HIV S VÝKONEM, S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV | 0,9390 |
| 2402 | 24020 | HIV S VÝKONEM, S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV | 1,5844 |
| 2403 | 24031 | HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV BEZ CC | 0,3839 |
| 2403 | 24032 | HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV S CC | 0,3839 |
| 2403 | 24033 | HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV S MCC | 0,3839 |
| 2430 | 24301 | HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU BEZ CC | 0,6206 |
| 2430 | 24302 | HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU S CC | 1,4459 |
| 2430 | 24303 | HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU S MCC | 5,1283 |
| 2431 | 24311 | HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ BEZ CC | 0,1349 |
| 2431 | 24312 | HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ S CC | 0,1349 |
| 2431 | 24313 | HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ S MCC | 0,1349 |
| 2432 | 24320 | HIV S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV | 0,8853 |
| 2433 | 24331 | HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU BEZ CC | 1,6980 |
| 2433 | 24332 | HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU S CC | 1,6980 |
| 2433 | 24333 | HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU S MCC | 1,6980 |
| 2434 | 24341 | HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY BEZ CC | 0,8683 |
| 2434 | 24342 | HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY S CC | 0,9266 |
| 2434 | 24343 | HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY S MCC | 0,9266 |
| 2435 | 24350 | HIV BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV | 1,2144 |

Příloha č. 14 k vyhlášce č. …./2018 Sb.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Okres** | **VZP** | **VoZP** | **ČPZP** | **OZP** | **ZPŠ** | **ZPMV** | **RBP** |
| **BENEŠOV** | 0,634 | 0,064 | 0,024 | 0,074 | 0,000 | 0,204 | 0,000 |
| **BEROUN** | 0,442 | 0,047 | 0,352 | 0,078 | 0,000 | 0,081 | 0,000 |
| **BLANSKO** | 0,647 | 0,043 | 0,015 | 0,027 | 0,000 | 0,267 | 0,001 |
| **BRNO-MĚSTO** | 0,555 | 0,101 | 0,068 | 0,061 | 0,000 | 0,209 | 0,006 |
| **BRNO-VENKOV** | 0,584 | 0,082 | 0,089 | 0,047 | 0,000 | 0,196 | 0,002 |
| **BRUNTÁL** | 0,439 | 0,085 | 0,135 | 0,063 | 0,000 | 0,206 | 0,073 |
| **BŘECLAV** | 0,590 | 0,046 | 0,139 | 0,036 | 0,000 | 0,186 | 0,003 |
| **ČESKÁ LÍPA** | 0,652 | 0,127 | 0,083 | 0,039 | 0,015 | 0,084 | 0,000 |
| **ČESKÉ BUDĚJOVICE** | 0,566 | 0,163 | 0,030 | 0,056 | 0,000 | 0,185 | 0,000 |
| **ČESKÝ KRUMLOV** | 0,642 | 0,122 | 0,033 | 0,033 | 0,000 | 0,169 | 0,000 |
| **DĚČÍN** | 0,625 | 0,057 | 0,153 | 0,047 | 0,001 | 0,117 | 0,000 |
| **DOMAŽLICE** | 0,754 | 0,067 | 0,028 | 0,041 | 0,000 | 0,110 | 0,000 |
| **FRÝDEK-MÍSTEK** | 0,312 | 0,008 | 0,425 | 0,016 | 0,000 | 0,046 | 0,193 |
| **HAVLÍČKŮV BROD** | 0,660 | 0,048 | 0,162 | 0,038 | 0,000 | 0,090 | 0,000 |
| **HODONÍN** | 0,456 | 0,029 | 0,216 | 0,024 | 0,000 | 0,146 | 0,128 |
| **HRADEC KRÁLOVÉ** | 0,528 | 0,178 | 0,047 | 0,057 | 0,001 | 0,189 | 0,000 |
| **CHEB** | 0,653 | 0,102 | 0,070 | 0,050 | 0,000 | 0,125 | 0,000 |
| **CHOMUTOV** | 0,716 | 0,037 | 0,134 | 0,023 | 0,000 | 0,088 | 0,002 |
| **CHRUDIM** | 0,735 | 0,063 | 0,060 | 0,048 | 0,000 | 0,094 | 0,000 |
| **JABLONEC NAD NISOU** | 0,816 | 0,059 | 0,004 | 0,032 | 0,003 | 0,085 | 0,000 |
| **JIČÍN** | 0,692 | 0,041 | 0,027 | 0,038 | 0,059 | 0,143 | 0,000 |
| **JIHLAVA** | 0,812 | 0,038 | 0,047 | 0,032 | 0,000 | 0,070 | 0,000 |
| **JINDŘICHŮV HRADEC** | 0,706 | 0,116 | 0,035 | 0,028 | 0,000 | 0,115 | 0,000 |
| **KARLOVY VARY** | 0,704 | 0,075 | 0,055 | 0,067 | 0,000 | 0,098 | 0,000 |
| **KARVINÁ** | 0,272 | 0,008 | 0,212 | 0,012 | 0,000 | 0,053 | 0,443 |
| **KLADNO** | 0,412 | 0,031 | 0,435 | 0,049 | 0,000 | 0,072 | 0,000 |
| **KLATOVY** | 0,634 | 0,090 | 0,141 | 0,040 | 0,000 | 0,095 | 0,000 |
| **KOLÍN** | 0,707 | 0,049 | 0,031 | 0,075 | 0,002 | 0,136 | 0,000 |
| **KROMĚŘÍŽ** | 0,440 | 0,047 | 0,077 | 0,032 | 0,000 | 0,121 | 0,282 |
| **KUTNÁ HORA** | 0,471 | 0,126 | 0,276 | 0,039 | 0,001 | 0,087 | 0,000 |
| **LIBEREC** | 0,719 | 0,125 | 0,010 | 0,060 | 0,005 | 0,081 | 0,000 |
| **LITOMĚŘICE** | 0,712 | 0,091 | 0,010 | 0,061 | 0,000 | 0,125 | 0,000 |
| **LOUNY** | 0,770 | 0,068 | 0,033 | 0,032 | 0,000 | 0,097 | 0,001 |
| **MĚLNÍK** | 0,655 | 0,049 | 0,037 | 0,121 | 0,015 | 0,123 | 0,000 |
| **MLADÁ BOLESLAV** | 0,218 | 0,012 | 0,003 | 0,015 | 0,731 | 0,021 | 0,000 |
| **MOST** | 0,827 | 0,010 | 0,037 | 0,018 | 0,000 | 0,099 | 0,009 |
| **NÁCHOD** | 0,669 | 0,073 | 0,078 | 0,036 | 0,002 | 0,141 | 0,000 |
| **NOVÝ JIČÍN** | 0,363 | 0,020 | 0,190 | 0,018 | 0,000 | 0,066 | 0,342 |
| **NYMBURK** | 0,613 | 0,057 | 0,069 | 0,079 | 0,050 | 0,132 | 0,000 |
| **OLOMOUC** | 0,234 | 0,157 | 0,420 | 0,037 | 0,000 | 0,144 | 0,008 |
| **OPAVA** | 0,376 | 0,015 | 0,273 | 0,032 | 0,000 | 0,080 | 0,225 |
| **OSTRAVA** | 0,226 | 0,009 | 0,390 | 0,026 | 0,000 | 0,088 | 0,260 |
| **PARDUBICE** | 0,682 | 0,098 | 0,062 | 0,056 | 0,001 | 0,101 | 0,000 |
| **PELHŘIMOV** | 0,804 | 0,034 | 0,031 | 0,034 | 0,000 | 0,096 | 0,000 |
| **PÍSEK** | 0,695 | 0,087 | 0,043 | 0,048 | 0,000 | 0,127 | 0,000 |
| **PLZEŇ-JIH** | 0,618 | 0,075 | 0,085 | 0,075 | 0,000 | 0,146 | 0,000 |
| **PLZEŇ-MĚSTO** | 0,486 | 0,094 | 0,126 | 0,087 | 0,000 | 0,206 | 0,000 |
| **PLZEŇ-SEVER** | 0,524 | 0,092 | 0,114 | 0,101 | 0,000 | 0,169 | 0,000 |
| **PRAHA** | 0,600 | 0,057 | 0,011 | 0,219 | 0,001 | 0,111 | 0,001 |
| **PRAHA-VÝCHOD** | 0,554 | 0,067 | 0,034 | 0,224 | 0,003 | 0,118 | 0,000 |
| **PRAHA-ZÁPAD** | 0,592 | 0,056 | 0,022 | 0,215 | 0,001 | 0,114 | 0,000 |
| **PRACHATICE** | 0,599 | 0,147 | 0,071 | 0,034 | 0,000 | 0,149 | 0,000 |
| **PROSTĚJOV** | 0,319 | 0,068 | 0,535 | 0,019 | 0,000 | 0,053 | 0,005 |
| **PŘEROV** | 0,591 | 0,098 | 0,076 | 0,039 | 0,000 | 0,150 | 0,045 |
| **PŘÍBRAM** | 0,737 | 0,062 | 0,039 | 0,047 | 0,000 | 0,115 | 0,000 |
| **RAKOVNÍK** | 0,579 | 0,041 | 0,216 | 0,043 | 0,000 | 0,121 | 0,000 |
| **ROKYCANY** | 0,529 | 0,134 | 0,146 | 0,067 | 0,000 | 0,125 | 0,000 |
| **RYCHNOV NAD KNĚŽNOU** | 0,572 | 0,091 | 0,018 | 0,035 | 0,154 | 0,131 | 0,000 |
| **SEMILY** | 0,755 | 0,043 | 0,016 | 0,046 | 0,057 | 0,082 | 0,000 |
| **SOKOLOV** | 0,618 | 0,066 | 0,171 | 0,040 | 0,000 | 0,105 | 0,000 |
| **STRAKONICE** | 0,671 | 0,114 | 0,038 | 0,048 | 0,000 | 0,129 | 0,000 |
| **SVITAVY** | 0,808 | 0,039 | 0,031 | 0,029 | 0,000 | 0,092 | 0,001 |
| **ŠUMPERK** | 0,492 | 0,027 | 0,359 | 0,030 | 0,000 | 0,091 | 0,002 |
| **TÁBOR** | 0,488 | 0,152 | 0,141 | 0,072 | 0,000 | 0,146 | 0,000 |
| **TACHOV** | 0,628 | 0,144 | 0,054 | 0,042 | 0,000 | 0,131 | 0,000 |
| **TEPLICE** | 0,713 | 0,083 | 0,064 | 0,042 | 0,000 | 0,097 | 0,001 |
| **TRUTNOV** | 0,451 | 0,046 | 0,118 | 0,052 | 0,145 | 0,188 | 0,000 |
| **TŘEBÍČ** | 0,728 | 0,056 | 0,113 | 0,019 | 0,000 | 0,084 | 0,000 |
| **UHERSKÉ HRADIŠTĚ** | 0,576 | 0,035 | 0,123 | 0,029 | 0,000 | 0,235 | 0,002 |
| **ÚSTÍ NAD LABEM** | 0,367 | 0,162 | 0,025 | 0,157 | 0,000 | 0,285 | 0,003 |
| **ÚSTÍ NAD ORLICÍ** | 0,540 | 0,084 | 0,108 | 0,042 | 0,001 | 0,225 | 0,000 |
| **VSETÍN** | 0,615 | 0,021 | 0,086 | 0,019 | 0,000 | 0,058 | 0,200 |
| **VYŠKOV** | 0,540 | 0,131 | 0,091 | 0,051 | 0,000 | 0,183 | 0,003 |
| **ZLÍN** | 0,768 | 0,019 | 0,138 | 0,036 | 0,000 | 0,035 | 0,004 |
| **ZNOJMO** | 0,556 | 0,053 | 0,124 | 0,018 | 0,000 | 0,248 | 0,001 |
| **ŽĎÁR NAD SÁZAVOU** | 0,647 | 0,023 | 0,119 | 0,022 | 0,000 | 0,189 | 0,000 |

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

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

   Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č.1231/2010, kterým se rozšiřuje působnost nařízení (ES) č. 883/2004 a nařízení (ES) č. 987/2009 na státní příslušníky třetích zemí, na které se tato nařízení dosud nevztahují pouze z důvodu jejich státní příslušnosti. [↑](#footnote-ref-2)
2. Například sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávií o sociálním zabezpečení, sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 135/2004 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení, sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 2/2007 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Republikou Makedonie o sociálním zabezpečení. [↑](#footnote-ref-3)
3. Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. [↑](#footnote-ref-4)
4. 4) Sdělení ČSÚ č. …/2018 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG). [↑](#footnote-ref-5)
5. 5) § 22 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. [↑](#footnote-ref-6)