



SBÍRKA ZÁKONŮ

ČESKÁ REPUBLIKA

Částka 129

Rozeslána dne 23. prosince 2014

Cena Kč 254,-

O B S A H:

- 324. Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015
 - 325. Vyhláška o nákladových indexech věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění pro rok 2015
 - 326. Vyhláška, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů
-

324**VYHLÁŠKA**

ze dne 17. prosince 2014

o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015

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

§ 1

Tato vyhláška stanoví pro rok 2015 hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb poskytovaných pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon“) a dále hrazených služeb poskytovaných pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarské konfederace podle přímo použitelných předpisů Evropské unie upravujících koordinaci systémů sociálního zabezpečení¹⁾ a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast hrazených služeb²⁾, (dále jen „zahraniční pojištěnec“), a regulační omezení pro úhrady uvedené v § 3 až 15, poskytované těmito smluvními poskytovateli zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel“):

- a) poskytovateli lůžkové péče a poskytovateli zvláštní lůžkové péče podle § 22a zákona,
- b) poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,
- c) poskytovateli specializované ambulantní péče, poskytovateli hemodialyzační zdravotní péče a poskytovateli v odbornostech 903, 905, 919 a 927 podle vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami³⁾ (dále jen „seznam výkonů“),
- d) poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů,
- e) poskytovateli v oboru zubního lékařství,
- f) poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen „vyjmenovaná odbornost“),
- g) poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 911, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů,
- h) poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů,
- i) poskytovateli zdravotnické záchranné služby, poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče, poskytovateli zdravotnické dopravní služby, poskytovateli lékařské pohotovostní

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

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

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

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

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

služby a poskytovateli pohotovostní služby v oboru zubní lékařství,

- j) poskytovateli lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravovnamí a
- k) poskytovateli lékařenské péče.

§ 2

(1) Referenčním obdobím se rozumí pro účely této vyhlášky rok 2013.

(2) Hodnoceným obdobím se rozumí pro účely této vyhlášky rok 2015.

(3) Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2013, poskytovatelem vykázané do 31. března 2014 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2014. Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2015, poskytovatelem vykázané do 31. března 2016 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2016.

(4) 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 byl tento 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. V případě sloučení zdravotních pojišťoven se počet unikátních pojištěnců spočte jako součet unikátních pojištěnců zdravotních pojišťoven, které se sloučily. Pokud byl pojištěnec v referenčním období pojištěncem více než jedné zdravotní pojišťovny, do počtu unikátních ošetřených pojištěnců se započítává pouze jednou.

(5) 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. Pokud byl tento pojištěnec poskytovatelem, bez ohledu na to v které odbornosti, ošetřen v hodnoceném období nebo referenčním období vícekrát, zahrnuje se do počtu globálních unikátních pojiš-

těnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených u daného poskytovatele pouze jednou. V případě sloučení zdravotních pojišťoven se počet globálních unikátních pojištěnců spočte jako součet globálních unikátních pojištěnců zdravotních pojišťoven, které se sloučily. Pokud byl pojištěnec v referenčním období pojištěncem více než jedné zdravotní pojišťovny, do počtu globálních unikátních ošetřených pojištěnců se započítává pouze jednou.

(6) Při výpočtu celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za zdravotní výkony (dále jen „výkon“) za referenční období podle příloh č. 1, 3, 5 až 8 k této vyhlášce se těmito body rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2015, do nichž nejsou započítány body za hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.

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

§ 3

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

§ 4

(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 až 14 k této vyhlášce.

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

§ 5

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost hrazené

kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnaním kapitace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce.

§ 6

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

§ 7

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

§ 8

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

(2) Výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství nehrazených podle odstavce 1 a příslušná regulační omezení se stanoví v příloze č. 11 k této vyhlášce.

(3) Zdravotní pojišťovna omezí výši úhrady poskytovatelům v oboru zubní lékařství tak, aby celková výše nákladů zdravotní pojišťovny vynaložených na hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství v roce 2015 nepřekročila celkovou výši těchto nákladů stanovenou ve zdravotně pojistném plánu zdravotní pojišťovny. Pokud by překročení celkové výše úhrady za hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství, stanovené ve zdravotně pojistném plánu zdravotní pojišťovny na tyto hrazené služby, bylo způsobeno poskytnutím většího objemu neodkladné péče oproti roku 2013, zdravotní pojišťovna tento větší objem uhradí.

§ 9

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli

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

§ 10

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

§ 11

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní zdravotní péče v 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.

§ 12

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické záchranné služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,11 Kč a pro hrazené služby poskytované poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč.

§ 13

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

§ 14

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

§ 15

(1) Pro komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána k 31. prosinci 2013,

navýšené o 100 Kč. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu k 31. prosinci 2013 sjednána, stanoví se úhrada ve výši 1 050 Kč.

(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, která byla sjednána k 31. prosinci 2013, navýšené o 300 Kč. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu k 31. prosinci 2013 sjednána, stanoví se úhrada ve výši 1 350 Kč.

(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, která byla sjednána k 31. prosinci 2013. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu k 31. prosinci 2013 sjednána, stanoví se úhrada ve výši 380 Kč.

(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, která byla sjednána k 31. prosinci 2013. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu k 31. prosinci 2013 sjednána, stanoví se úhrada ve výši 480 Kč.

(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 ozdravných se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši, která byla sjednána k 31. prosinci 2013, navý-

šené o 100 Kč. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu k 31. prosinci 2013 sjednána, stanoví se úhrada ve výši 740 Kč.

§ 16

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 referenčním období, vykázaných zdravotní pojišťovně v referenčním období. Tato úhrada se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby. Toto ustanovení se nevztahuje na poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče při poskytování příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče.

§ 17

Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09552 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 12 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09552 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí částku ve výši dvanáctinásobku počtu receptů v referenčním období, na jejichž základě byl vydán léčivý přípravek částečně nebo plně hrazený z veřejného zdravotního pojištění.

§ 18

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2015.

Ministr:

MUDr. Němeček, MBA, v. r.

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

A) Hrazené služby podle § 4 odst. 1

1. Úhrada poskytovateli v roce 2015 zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady, úhradu formou případového paušálu a úhradu za ambulantní péči (dále jen „ambulantní složka úhrady“). Pro výpočet individuální paušální úhrady jsou do výpočtu zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2014, poskytovatelem vykázané do 31. března 2015 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2015.

2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

2.1 Výše a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace hospitalizovaných pacientů⁴⁾ (dále jen „Klasifikace“) do bazí

a) 0501, 0507, 0511 a 0516,

b) 0522, 0523, 0524, 0526, 0527 a 0528

uvedených v příloze č. 9 k této vyhlášce (dále jen „vyjmenované baze“) se sjedná ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem. Pokud smluvně sjednaná složka úhrady zahrnuje i jiné hrazené služby, než je uvedeno ve větě první, nezapočítává se tato úhrada ani úhrada za hrazené služby zařazené podle Klasifikace do vyjmenovaných bazí do úhrady uvedené v bodě 3.

Nedojde-li k dohodě o výši úhrady individuálně smluvně sjednané složky úhrady mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou do 30. května 2015, zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu ve výši $\dot{U}HR_{ZZ}^{ho}$ vypočtené takto:

$$\dot{U}HR_{ZZ}^{ho} = \min \left(\sum_{i=1}^n \left\{ PP_{i,ZZ}^{ho} * \frac{\dot{U}HR_{i,ZZ}^{2014}}{PP_{i,ZZ}^{2014}} \right\}; \sum_{i=1}^n X * \dot{U}HR_{i,ZZ}^{2014} \right)$$

kde

$\dot{U}HR_{ZZ}^{ho}$ Úhrada poskytovateli v hodnoceném období.

$PP_{i,ZZ}^{ho}$ Počet případů u daného poskytovatele ve vyjmenované bazi v hodnoceném období, kde $i = 1$ až n , kde n je počet vyjmenovaných bazí.

X nabývá hodnoty 0,95 pro baze uvedené v bodě 2.1 písm. a) a hodnoty 0,75 pro baze uvedené v bodě 2.1 písm. b)

$\dot{U}HR_{i,ZZ}^{2014}$ Celková úhrada poskytovateli za vyjmenovanou bazi v roce 2014, kde $i = 1$ až n , kde n jsou baze vyjmenované v bodě 2.1 písm. a), resp. v bodě 2.1 písm. b).

⁴⁾ Sdělení ČSÚ č. 274/2014 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG).

- $PP_{i,zz}^{2014}$ Počet případů u daného poskytovatele ve vyjmenované bazi v roce 2014 kde $i = 1$ až n , kde n je počet vyjmenovaných bazí.
- min Funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejnižší.

2.2 Výše úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely (dále jen „léčivý přípravek“) označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění, se stanoví podle poskytovatelem vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného léčivého přípravku, maximálně však ve výši uvedené v bodech 2.2.1 až 2.2.5:

2.2.1 Pro onemocnění:

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

se stanoví maximální úhrada na jednoho unikátního pojištěnce ve výši 100 % dvanáctinásobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2014, během nichž byla léčba poskytována. Maximální úhrada na unikátního pojištěnce se vypočte takto:

$$Uhr_{max,i} = 12 * \frac{Uhr_{i,2014}}{M_{i,2014}}$$

kde:

- i nabývá hodnot 1 až n , kde n je počet výše uvedených onemocnění
- $Uhr_{max,i}$ je maximální úhrada v roce 2015 na jednoho unikátního pojištěnce pro onemocnění i
- $Uhr_{i,2014}$ je celková úhrada v roce 2014 za léčbu onemocnění i
- $M_{i,2014}$ je součet měsíců, po které byla léčba onemocnění i poskytována každému jednotlivému pojištěnci s tímto onemocněním v roce 2014.

2.2.2 Pro onemocnění:

- a) revmatoidní artritida,
- b) Bechtěrevova choroba,
- c) psoriatická artritida,
- d) Crohnova choroba,
- e) colitis ulcerosa,
- f) psoriáza těžká,
- g) plicní arteriální hypertenze,
- h) astma,
- i) Parkinsonova choroba a
- j) juvenilní artritida

se stanoví maximální úhrada ve výši 96 % dvanáctinásobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2014, během nichž byla léčba poskytována, vynásobené 108 % počtu unikátních pojištěnců léčených v roce 2014. Maximální úhrada se vypočte takto:

$$Uhr_{max} = \sum_{i=1}^n \left(0,96 * 12 * \frac{Uhr_{i,2014}}{M_{i,2014}} * UOP_{i,2014} * 1,08 \right)$$

i nabývá hodnot 1 až n , kde n je počet výše uvedených onemocnění

Uhr_{max} je maximální úhrada v roce 2015

$Uhr_{i,2014}$ je celková úhrada v roce 2014 za léčbu onemocnění i

$M_{i,2014}$ je součet měsíců, po které byla léčba onemocnění i poskytována každému jednotlivému pacientovi s tímto onemocněním v roce 2014

$UOP_{i,2014}$ je počet unikátních pojištěnců léčených v roce 2014 na příslušné onemocnění uvedené v písmenech a) až j).

2.2.3 Pro onemocnění roztroušená skleróza se stanoví maximální úhrada ve výši 96 % dvanáctinásobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2014, během nichž byla léčba poskytována, vynásobené 108 % počtu unikátních pojištěnců léčených v roce 2014. Maximální úhrada se vypočte takto:

$$Uhr_{max} = 0,96 * 12 * \frac{Uhr_{2014}}{M_{2014}} * UOP_{2014} * 1,08$$

Uhr_{max} je maximální úhrada v roce 2015

Uhr_{2014}	je celková úhrada v roce 2014 za léčbu onemocnění roztroušená skleróza
M_{2014}	je součet měsíců, po které byla léčba onemocnění roztroušená skleróza poskytována každému jednotlivému pacientovi s tímto onemocněním v roce 2014
UOP_{2014}	je počet unikátních pojištěnců léčených v roce 2014 na onemocnění roztroušená skleróza.

2.2.4 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 2014.

2.2.5 Pro onemocnění neuvedená v bodech 2.2.1 až 2.2.4 se stanoví maximální úhrada ve výši 96 % celkové úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou za rok 2014, vynásobené 104 %. Maximální úhrada se vypočte takto:

$$Uhr_{max} = \sum_{i=1}^n (0,96 * Uhr_{i,2014} * 1,04)$$

i nabývá hodnot 1 až n , kde n je počet onemocnění spadajících do bodu 2.2.5

Uhr_{max} je maximální úhrada v roce 2015

$Uhr_{i,2014}$ je celková úhrada v roce 2014 za léčbu onemocnění i

2.2.6 Úhrada za léčivé přípravky poskytnuté pojištěncům na léčbu v hodnoceném období nad celkový limit úhrady stanovený podle bodů 2.2.1 až 2.2.5 se uhradí po předchozí dohodě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem.

2.2.7 Do celkového limitu úhrady stanoveného podle bodů 2.2.1 až 2.2.5 se započítávají i léčivé přípravky předepsané v roce 2014 na recept v případě, že v hodnoceném období jsou tyto léčivé přípravky vykazovány jako zvlášť účtované léčivé přípravky a současně pokud v hodnoceném období dále splňují podmínky pro léčivé přípravky označené symbolem „S“ podle vyhlášky č. 376/2011 Sb.

3. Úhrada formou případového paušálu

3.1 Případy hospitalizací se při výpočtu $CM_{2015,012}$ a $CM_{2013,012}$ rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro Klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných pro rok 2015.

- 3.2 Pro výkony doprovodu č. 00031, 00032 a 31130 podle seznamu výkonů, vyjmuté z platby případovým paušálem, se stanoví paušální úhrada ve výši 100 Kč.
- 3.3 Léčivé přípravky vyjmuté z platby případovým paušálem a uvedené v příloze č. 14 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2014.
- 3.4 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 $CELK\ PU_{drg,2015}$ podle výrazu (i), kdy individuální paušální úhrada (IPU) je poměrně snížena, nedojde-li k dosažení alespoň 96 % produkce referenčního období ($CM_{2013,012}$) vážené koeficientem přechodu pojištěnců (Kp_{p13}), a od poměrně snížené individuální paušální úhrady je odečtena úhrada za vyžádanou extramurální péči v hodnoceném období (EM_{2015}).

Individuální paušální úhrada (IPU) se vypočte podle výrazu (ii) jako 103 % úhrady roku 2014 násobené koeficientem přechodu pojištěnců (Kp_{p14}).

Objem produkce hodnoceného období ($CM_{red,2015,012}$) se stanoví podle výrazu (iii) tak, že do výše 105 % průměrné referenční produkce na případ $\left(\frac{CM_{2013,012}}{PP_{drg,2013}}\right)$ násobené počtem případů v hodnoceném období ($PP_{drg,2015}$) je brána plná hodnota ($CM_{2015,012}$) a nad tuto hranici je objem produkce poměrně snížen v závislosti na výši nedosažení potřebného počtu případů ($PP_{drg,2015}$).

Výpočet všech výše uvedených složek úhrady se provede takto:

$$(i) \quad CELK\ PU_{drg,2015} = \min \left\{ 1; \frac{CM_{red,2015,012}}{0,96 * Kp_{p13} * CM_{2013,012}} \right\} * IPU - EM_{2015},$$

a kde IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

$$(ii) \quad IPU = 1,03 * (PU_{drg,2014} + RP_{hosp,2013}) * Kp_{p14}$$

Kp_{p14} koeficient změny podílu počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele na celkovém počtu pojištěnců čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele mezi 1. lednem 2015 a 1. lednem 2014. Tento koeficient se stanoví jako index změny počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v kraji poskytování hrazených služeb mezi 1. lednem 2014 a 1. lednem 2015, přičemž tyto koeficienty změny počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle krajů České republiky jsou uvedeny v příloze č. 12 k této vyhlášce.

$PU_{drg,2014}$ je celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v roce 2014, které jsou podle

Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, včetně vypořádání regulačních omezení s výjimkou regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, zvýšené o hodnotu vyžádané extramurální péče oceněné hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky snížená o úhradu léčivých přípravků uvedených v příloze č. 14 k této vyhlášce v roce 2014. Pokud je poskytovatel v průběhu celého hodnoceného období držitelem certifikátu kvality a bezpečí podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, může mu zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu IPU zvýšit $PU_{drg,2014}$ až o jedno procento.

- $RP_{hosp,2013}$ je objem regulačních poplatků za akutní lůžkovou péči, vybraných poskytovatelem v referenčním období, vykázaných zdravotní pojišťovně signálním výkonem č. 09544 podle seznamu výkonů platného v referenčním období.
- $CM_{2013,012}$ 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. 10 k této vyhlášce vynásobených indexy 2015.
- EM_{2015} je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.
- Kp_{p13} koeficient změny podílu počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele na celkovém počtu pojištěnců čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele mezi 1. lednem 2015 a 1. lednem 2013. Tento koeficient se stanoví jako index změny počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v kraji poskytování hrazených služeb mezi 1. lednem 2013 a 1. lednem 2015, přičemž tyto koeficienty změny počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle krajů České republiky jsou uvedeny v příloze č. 13 k této vyhlášce.
- min funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejnižší.

a kde:

(iii)

$$CM_{red,2015,012} = \min \left\{ CM_{2015,012}; (CM_{2015,012})^{0,2} * \left(1,05 * PP_{drg,2015} * \frac{CM_{2013,012}}{PP_{drg,2013}} \right)^{0,8} \right\},$$

a kde:

- $CM_{2015,012}$ 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, vynásobených indexy 2015.
- $PP_{drg,2015}$ 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.
- $PP_{drg,2013}$ 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.

4. V případě hrazených služeb poskytnutých zahraničním pojištěncům a dále v případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby 100 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč.
5. Ambulantní složka úhrady zahrnuje úhradu specializované ambulantní zdravotní péče, hrazených služeb v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství, hrazených služeb ve vyjmenovaných odbornostech, zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby a hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v odbornostech 902, 903, 905, 911, 914, 919, 921, 925 a 927 (dále jen „ambulantní péče“) s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje vyšetření pacienta při příjmu k hospitalizaci a při propuštění z hospitalizace.
 - 5.1. 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 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.
 - 5.2. Pro specializovanou ambulantní zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů a poskytovatele v odbornostech 903, 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů se výsledná hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle přílohy č. 3 k této vyhlášce, s výjimkou regulačních omezení uvedených v části B) přílohy č. 3 k této vyhlášce, která se pro specializovanou ambulantní zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů a poskytovatele v odbornostech 903, 905, 919 a 927 nepoužijí.
 - 5.3. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v části A) bodu 1 přílohy č. 4 k této vyhlášce, s výjimkou regulačních omezení uvedených v části B) přílohy č. 4 k této vyhlášce, která se pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 nepoužijí.

- 5.4. Pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů se výsledná hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodů 1 a 2 přílohy č. 5 k této vyhlášce.
- 5.5. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 911, 914, 921 a 925 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se výsledná hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodů 1 a 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce.
- 5.6. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se výsledná hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodů 1 a 2 přílohy č. 7 k této vyhlášce.
- 5.7. Pro výkony poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby hrazené podle seznamu výkonů se výsledná hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodu 1 přílohy č. 8 k této vyhlášce.
- 5.8. Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle § 8.
- 5.9. Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby se hradí podle § 14.
- 5.10. Maximální úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodů 5.1 až 5.9 se stanoví ve výši:

$$\dot{U}hr_amb_{max} = \dot{U}hr_amb_{2014} * 1,03 * Kp_{p14}$$

kde:

$\dot{U}hr_amb_{max}$ je maximální celková úhrada poskytovateli za hrazené služby, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaného materiálu, 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. 14 k této vyhlášce, poskytnuté v hodnoceném období podle odstavců 5.1 až 5.9.

$\dot{U}hr_amb_{2014}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v roce 2014 podle odstavců 5.1 až 5.9, 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. 14 k této vyhlášce.

Kp_{p14} koeficient změny podílu počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele na celkovém počtu pojištěnců čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele mezi 1. lednem 2015 a 1. lednem 2014. Tento koeficient se stanoví jako index změny počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v kraji poskytování hrazených služeb mezi 1. lednem 2014 a 1. lednem 2015, přičemž tyto koeficienty změny počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle krajů České republiky jsou uvedeny v příloze č. 12 k této vyhlášce;

- 5.11. Pro nasmlouvaný výkon č. 09563 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč a pro nasmlouvaný výkon č. 88101 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč. Výkony uvedené ve větě první zdravotní pojišťovna nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 5.1 až 5.10.

- 5.12. Léčivé přípravky uvedené v příloze č. 14 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich jednotkové ceny v roce 2014.
6. 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.
7. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši 103 % průměrné měsíční zálohy roku 2014, vynásobené koeficientem přechodu pojištěnců K_{p14} podle přílohy č. 12, zvýšené o jednu dvanáctinu objemu regulačních poplatků za ambulantní péči, vybraných poskytovatelem v roce 2013, vykázaných zdravotní pojišťovně výkonem č. 09543 podle seznamu výkonů platného v referenčním období. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zahrne změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb dohodnuté podle bodu 6, včetně změny počtu hospitalizací, počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Hrazené služby podle § 4 odst. 2

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

- a) Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetrovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného ošetrovacího dne včetně režie přiřazené k ošetrovacímu dni a kategorie pacienta podle seznamu výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, a výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření podle seznamu výkonů.
- b) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období se stanoví ve výši 109 % paušální sazby za jeden den hospitalizace, která byla sjednána pro rok 2014.
- c) 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. Úhrada ambulantní péče a zvláštní ambulantní péče s výjimkou úhrady takové péče poskytnuté poskytovatelem zvláštní lůžkové péče

- a) Pro ambulantní péči hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu (HB) stanoví ve výši 0,95 Kč.
- b) Pro zvláštní ambulantní péči poskytovanou podle § 22 písm. c) zákona hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví výsledná hodnota bodu (HB_{red}). Výsledná hodnota bodu je součtem variabilní složky úhrady a fixní složky úhrady:

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

kde

HB_{red} je výsledná hodnota bodu použitá v hodnoceném období pro ocenění poskytnutých zdravotních výkonů

FS je fixní složka úhrady podle písmene c)

VS je variabilní složka úhrady spočtená podle vzorce:

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

kde:

HB hodnota bodu podle písmene c)

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

PB_{ho} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období

UOP_{ref} počet unikátních pojištěnců v referenčním období

UOP_{ho} počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázan pouze výkon č. 09513

\min funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejmenší

- c) Pro zvláštní ambulantní péči poskytovanou podle § 22 písm. c) zákona hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,99 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,49 Kč.
- d) Pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb pojištěncům, na které vykázal více bodů, než je jeho referenční průměr na jednoho unikátního pojištěnce, na jejichž základě došlo v hodnoceném období k překročení referenčního průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce (PB_{ref}/UOP_{ref}), nezapočítá se pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu (HB_{red}) počet bodů za tyto hrazené služby do celkového počtu bodů v hodnoceném období (PB_{ho}).

3. Zvláštní lůžková péče

Pro zvláštní lůžkovou péči poskytovanou ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu podle § 22a zákona hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,95 Kč.

C) Regulační omezení

1. Regulační omezení úhrady formou případového paušálu

1.1. Regulační omezení uvedená v bodě 1.4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v těchto případech:

- a) Pokud zdravotní pojišťovna sdělila poskytovateli do 30. dubna 2015 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

- b) Pokud zdravotní pojišťovna oznámila poskytovateli nejpozději týden před započítáním revize, jestli se bude jednat o revizi náhodného vzorku případů či o revizi vybraných jednotlivých případů.

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

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

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

1.4. 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 hodnotou relativní váhy u konkrétního poskytovatele, sníží poskytovatelem vykázaný a pojišťovnou uznaný CM takto:

- a) při revizi jednotlivého případu sníží CM o:

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

nebo

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

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

nebo

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

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

kde:

CM baze součet relativních vah příslušné DRG baze

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

DRG skupina skupina ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace⁴⁾

Relativní váha index 2015, který je uvedený pro každou DRG skupinu v příloze č. 9 a 10 k této vyhlášce

Statisticky významný počet případů příslušné DRG base více než 5 % případů ze statisticky významného náhodného vzorku, minimálně však 30 případů v rámci příslušné DRG base u příslušného poskytovatele

Statisticky méně významný počet případů příslušné DRG base méně než 5 % případů ze statisticky významného náhodného vzorku, minimálně však 10 případů v rámci příslušné DRG base u příslušného poskytovatele

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

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

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

2.1 Regulační omezení uvedená v bodech 2.2 a 2.3 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2015 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:

- (i) Celková úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
- (ii) Celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, vyjma vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem;
- (iii) Počet globálních unikátních pojištěnců ošetřených v odbornostech uvedených v části A) bodu 5.1 až 5.3 přílohy č. 1 k této vyhlášce.

2.2 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v části A) bodu 5.1 až 5.3 přílohy č. 1 k této vyhlášce 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 části A) bodu 5.1 až 5.3 přílohy č. 1 k této vyhlášce, 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. Vystaví-li poskytovatel v hodnoceném období alespoň 50 % lékařských předpisů, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, v elektronické podobě, použije se jako hranice pro snížení celkové úhrady podle věty první částka 105 % průměrné úhrady v referenčním období za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v části A) bodu 5.1 až 5.3 přílohy č. 1 k této vyhlášce.

- 2.3 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, vyjma vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v části A) bodu 5.1 až 5.3 přílohy č. 1 k této vyhlášce vyšší než 100 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, vyjma vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v části A) bodu 5.1 až 5.3 přílohy č. 1 k této vyhlášce 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 55 % 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 a screeningu kolorektálního karcinomu 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 2015 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
- 2.4 Regulační omezení podle bodů 2.2 a 2.3 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2.2 a 2.3.
- 2.5 Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2.2 a 2.3 maximálně do výše odpovídající 15 % 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.
- 2.6 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.

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

A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba

1. Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní kapitační sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Základní kapitační sazba se stanoví ve výši:
 - a) 52 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, kteří poskytují hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu,
 - b) 49 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, kteří poskytují 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,
 - c) 47 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, kteří neposkytují hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a) nebo b),
 - d) 49 Kč pro poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, kteří neposkytují hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a),

Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte jako součin počtu poskytovatelem registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 7 a indexů podle bodu 7.

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

č. výkonu	Název
01023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM ²
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU

09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
44239	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ BÉRICOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BÉREC)
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

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

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

4. Pro 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 1,08 Kč.

5. Pro výkony č. 01021, 01022, 02021, 02022, 02031, 02032 a výkony očkování č. 02125 a 02130 se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč. Hodnota bodu výkonů pravidelného očkování č. 02100 a 02105 se stanoví ve výši 1,10 Kč.
6. Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
7. Věkové skupiny a indexy, které vyjadřují poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let:

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

B) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

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

3. Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se body 4 až 7 části A) použijí obdobně.

C) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

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

D) Regulační omezení

- 1.1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek skupiny 2 – Pomůcky pro inkontinentní, uvedených v oddíle C přílohy č. 3 zákona (dále jen „pomůcky pro inkontinentní“) předepsané poskytovatelem, vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v hodnoceném období, převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní předepsané poskytovatelem v roce 2014 a zároveň pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní, předepsané poskytovatelem v hodnoceném období převyší 100 % celkové úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovatelem v roce 2014, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 25 % z tohoto 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. Pokud poskytovatel doloží, že zvýšená průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců, použijí se regulační omezení podle věty první přiměřeně. Vystaví-li poskytovatel v hodnoceném období alespoň 50 % lékařských předpisů, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, v elektronické podobě, použije se jako hranice pro snížení celkové úhrady podle věty první částka 105 % celkové úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovatelem v roce 2014.
- 1.2. Pokud průměrná úhrada za pomůcky pro inkontinentní, předepsané poskytovatelem, vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v hodnoceném období, převyší 110 % celostátní průměrné úhrady za pomůcky pro inkontinentní a zároveň pokud celková úhrada za pomůcky pro inkontinentní, předepsané poskytovatelem v hodnoceném období převyší 100 % celkové úhrady za pomůcky pro inkontinentní předepsané poskytovatelem v roce 2014, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 50 % z tohoto překročení.
- 1.3. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů a za výkony CRP (č. 02230) a INR (č. 01443) podle seznamu

výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, s výjimkou výkonů mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděných poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu, vztážená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v roce 2015, převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů a zároveň pokud celková úhrada za poskytovatelem vyžádanou péči a za výkony CRP (č. 02230) a INR (č. 01443) podle seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, s výjimkou výkonů mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděných poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu, v hodnoceném období převýší 100% celkové úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů v roce 2014, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 30 % z překročení.

- 1.4. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902, podle seznamu výkonů, vztážená 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 a zároveň pokud celková úhrada za poskytovatelem vyžádanou péči v odbornosti 902 v hodnoceném období převýší 100% celkové úhrady za poskytovatelem vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2014, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 30 % z překročení.
2. Regulační omezení podle bodů 1.1 až 1.4 se nepoužije, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 1.1 až 1.4.
3. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužije, pokud celková úhrada za veškeré předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní nepřevýší předpokládanou výši úhrad na příslušný druh hrazených služeb na rok 2015 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
4. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužije, pokud celková úhrada za pomůcky pro inkontinentní v roce 2015 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2015 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
5. Regulační omezení podle bodu 1.3 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2015 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2015 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
6. Regulační omezení podle bodu 1.4 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2015 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2015 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

7. Regulační omezení podle bodů 1.1 až 1.4 se nepoužijí v případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům a v případě, že poskytovatel v roce 2015 registroval 50 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny.
8. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 1.1 až 1.4 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za kapitální platbu a výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2015.

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 6

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu (HB_{red}) ve výši hodnoty bodu (HB):
 - a) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů vykazující výkony odbornosti 910 – psychoterapie podle seznamu výkonů společně s ošetrovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů a pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 901 – klinická psychologie nebo v odbornosti 931 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 1,08 Kč.
 - b) Pro poskytovatele poskytující hemodialyzační péči se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,90 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 18530 a 18550 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,75 Kč.
 - c) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 927 – ortoptista podle seznamu výkonů, poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 903 – klinická logopedie 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 stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 1 Kč.
 - d) Pro výkony č. 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633 podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 – radiační onkologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,68 Kč.
 - e) 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 (HB) ve výši 0,68 Kč.
 - f) 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 (HB) ve výši 1,03 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 (HB) ve výši 1 Kč.
2. Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči neuvedenou v bodě 1 se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu (HB_{red}). Hodnota bodu (HB) se stanoví ve výši 1,03 Kč, fixní složka úhrady (FS) se stanoví ve výši 0,31 Kč a výsledná hodnota bodu (HB_{red}) se stanoví takto: .

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

kde

HB_{red} je výsledná hodnota bodu použitá v hodnoceném období pro ocenění poskytnutých výkonů

FS je fixní složka úhrady

VS je variabilní složka úhrady spočtená podle vzorce:

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

kde:

HB je hodnota bodu

PB_{ref} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období, do něhož se nezapočte 40 % bodů uhrazených v referenčním období ve snížené hodnotě bodu

PB_{ho} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období

UOP_{ref} počet unikátních pojištěnců v referenčním období

UOP_{ho} počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513

min funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejmenší

3. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo neposkytoval péči v dané odbornosti, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu průměrné počty bodů na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
4. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti k nárůstu průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se *PB_{ref}* podle bodu 2 navýší o počet bodů, který odpovídá poskytovatelem vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným nově nasmlouvaným výkonům.
5. Výpočet výsledné hodnoty bodu v dané odbornosti podle bodu 2 se nepoužije:
 - a. v případě poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 100 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost,
 - b. v případě hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům,
 - c. u výkonu č. 09555.

V těchto případech se výkony hradí výslednou hodnotou bodu (HB_{red}) ve výši 1,03 Kč.

6. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 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 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Regulační omezení

1. Regulační omezení uvedená v bodech 2 až 4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2015 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
 - (i) 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;
 - (ii) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
 - (iii) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.
2. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky 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 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.
3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513. Vystaví-li poskytovatel v hodnoceném období alespoň 50 % lékařských předpisů, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, v elektronické podobě, použije se jako hranice pro snížení celkové úhrady podle věty první částka 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období.
4. 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 v znění účinném k 1. lednu 2015 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

5. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.
6. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál u poskytovatelů specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevyší u příslušné zdravotní pojišťovny 100 % úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
7. 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 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2015 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
8. Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2015 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
9. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
10. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely 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.
11. 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.

12. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 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.
13. 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.
14. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodů 2 až 4 zdravotní pojišťovna vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 7

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,07 Kč.
2. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornosti 603 nebo 604 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

POPzpo x PUROo,

kde:

POPzpo počet unikátních pojištěnců 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 průměrná úhrada za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem v referenčním období.

3. Celková výše úhrady podle bodu 2 se při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem navýší stejným způsobem jako v referenčním období.
4. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se úhrada stanoví podle bodu 1.
5. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
6. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 2 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných 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.
7. Zdravotní pojišťovna při vyúčtování zohlední případy, kdy k nárůstu nákladů dojde v důsledku nárůstu počtu těhotných pojištěnek.
8. 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.
9. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do

výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 2. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost

10. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši jedné dvanáctiny 100 % 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 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Regulační omezení

1. Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech.
 - 1.1 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší, než 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. Vystaví-li poskytovatel v hodnoceném období alespoň 50 % lékařských předpisů, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, v elektronické podobě, použije se jako hranice pro snížení celkové úhrady podle věty první částka 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období.
 - 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 a kolorektálního karcinomu, 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 2015 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
3. Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1 nebo 1.2.
4. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.1, pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v roce 2015 nepřevyší na tento druh hrazených

služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2015 vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.

5. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.2, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2015 vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.
6. 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.
7. V případě, že poskytovatel v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, nebo neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, zdravotní pojišťovna použije pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
8. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za zdravotní výkony, snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
9. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, 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.
10. Pokud poskytovatel předepíše 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.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 9

1. Pro nasmlouvané výkony mamografického screeningu a screeningu děložního hrdla podle seznamu výkonů se stanoví výsledná hodnota bodu (HB_{red}) ve výši hodnoty bodu (HB) 1,03 Kč.
2. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu (HB):
 - a. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 809 a v odbornosti 810 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 1,05 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,37 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 89711 až 89725 a č. 89611 až 89619, podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,67 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,37 Kč.
 - b. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 815, 818, 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,70 Kč. V případě, že poskytovatel neprokáže, že je v hodnoceném období držitelem osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo osvědčení o auditu II NASKL, hodnota bodu (HB) podle věty první se stanoví ve výši 0,55 Kč. V případě, že poskytovatel získal osvědčení v průběhu hodnoceného období, stanoví se hodnota bodu podle věty první od prvního dne měsíce následujícího po měsíci, v němž osvědčení nabylo platnosti.
 - c. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 816 a 817 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,50 Kč. V případě, že poskytovatel neprokáže, že je v hodnoceném období držitelem osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo osvědčení o auditu II NASKL, hodnota bodu podle věty první se stanoví ve výši 0,40 Kč. V případě, že poskytovatel získal osvědčení v průběhu hodnoceného období, stanoví se hodnota bodu podle věty první od prvního dne měsíce následujícího po měsíci, v němž osvědčení nabylo platnosti.
3. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornostech uvedených v bodě 2 písm. a) se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu (HB_{red}). Výsledná hodnota bodu je součtem variabilní složky úhrady a fixní složky úhrady:

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

kde:

HB_{red} – je výsledná hodnota bodu, která je použita v hodnoceném období pro ocenění poskytnutých výkonů

FS – je fixní složka úhrady podle bodu 2 písm. a)

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

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

kde:

HB – hodnota bodu podle bodu 2 písm. a)

PB_{ref} – celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období, které nebyly uhrazeny ve snížené hodnotě bodu

PB_{ho} – celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období

UOP_{ref} – počet unikátních pojištěnců v referenčním období

UOP_{ho} – počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období

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

$$POP_{icz} \times PURO_{icz}$$

kde:

POP_{icz} počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodu 2 písm. b) resp. c) v hodnoceném období,

PURO_{icz} 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. b) resp. c) v referenčním období.

5. Jde-li o odbornosti uvedené v bodě 2, písm. b) a c), stanoví se celková výše úhrady podle bodu 4 souhrnně pro všechny odbornosti v daném písmenu uvedené.
6. U poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, neměl v referenčním období smlouvu se zdravotní pojišťovnou nebo pokud poskytovatel v dané odbornosti v referenčním období hrazené služby neposkytoval, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady podle bodů 3 a 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
7. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům a v případě, že poskytovatel v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil méně než 50 unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, se výpočet celkové výše úhrady podle bodů 3 a 4 nepoužije.
8. 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 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.

9. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 100 % objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 10

1. Pro výkony dopravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů se stanoví výsledná hodnota bodu (HB_{red}) ve výši hodnoty bodu (HB) 0,90 Kč.
2. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu (HB_{red}). Výsledná hodnota bodu je součtem variabilní složky úhrady a fixní složky úhrady:

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

kde

HB_{red} je výsledná hodnota bodu použitá v hodnoceném období pro ocenění poskytnutých zdravotních výkonů

FS je fixní složka úhrady podle písmen a) až b)

VS je variabilní složka úhrady spočtená podle vzorce:

$$VS = (HB - FS) * \min \left\{ 1; \left(1,05 * \frac{PB_{ref}}{UOP_{ref}} \right) \frac{PB_{ho}}{UOP_{ho}} \right\}$$

kde:

HB je hodnota bodu podle písmen a) a b)

PB_{ref} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období, které nebyly uhrazeny ve snížené hodnotě bodu

PB_{ho} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období

UOP_{ref} počet unikátních pojištěnců v referenčním období

UOP_{ho} počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázan pouze výkon č. 09513

min funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejnížší

- a) Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornosti 925 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 1,02 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,70 Kč.
 - b) Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornosti 911, 914, 916 a 921 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,90 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,63 Kč.
3. Pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb pojištěncům, na které vykázal více bodů, než je jeho referenční průměr na jednoho unikátního pojištěnce, na jejichž základě došlo v hodnoceném období k překročení referenčního průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce (PB_{ref}/UOP_{ref}), nezapočítá se pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu (HB_{red}) počet bodů za tyto hrazené služby do celkového počtu bodů v hodnoceném období (PB_{ho}).

4. 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.
5. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, nebo který ošetřil v referenčním období 50 a méně pojištěnců, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu podle bodu 2 průměrný počet bodů na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
6. 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, a to nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 11

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 výsledná hodnota bodu (HB_{red}) stanoví ve výši hodnoty bodu (HB) 0,90 Kč.
2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů se pro výkony neuvedené v bodě 1 výše úhrady stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu (HB_{red}). Hodnota bodu (HB) se stanoví ve výši 0,80 Kč, fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,40 Kč a výsledná hodnota bodu (HB_{red}) takto:

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

kde

HB_{red} je výsledná hodnota bodu použitá v hodnoceném období pro ocenění poskytnutých výkonů

FS je fixní složka úhrady

VS je variabilní složka úhrady spočtená podle vzorce:

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

kde:

HB je hodnota bodu

PB_{ref} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období, které nebyly uhrazeny ve snížené hodnotě bodu

PB_{ho} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období

UOP_{ref} počet unikátních pojištěnců v referenčním období

UOP_{ho} počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513

min funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejnižší

3. Pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb pojištěncům, na které vykázal více bodů, než je jeho referenční průměr na jednoho unikátního pojištěnce, na jejichž základě došlo v hodnoceném období k překročení referenčního průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce (PB_{ref}/UOP_{ref}), nezapočítá se pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu (HB_{red}) počet bodů za tyto hrazené služby do celkového počtu bodů v hodnoceném období (PB_{ho}).
4. 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.

5. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, nebo který ošetřil v referenčním období 50 a méně pojištěnců, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu podle bodu 2 průměrný počet bodů na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
6. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 13

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony přepravy s výslednou hodnotou bodu (HB_{red}). Výsledná hodnota bodu je součtem variabilní složky úhrady a fixní složky úhrady:

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

kde

HB_{red} je výsledná hodnota bodu použitá v hodnoceném období pro ocenění poskytnutých výkonů

FS je fixní složka úhrady podle písmen a) a b)

VS je variabilní složka úhrady spočtená podle vzorce:

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

kde:

HB je hodnota bodu podle písmen a) a b)

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

PB_{ho} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období

UOP_{ref} počet přepravených pojištěnců, kterým byla v referenčním období poskytnuta zdravotnická dopravní služba. Přepraveným pojištěncem se rozumí pojištěnec, na kterého byl vykázan výkon přepravy na základě příkazu ke zdravotnímu transportu

UOP_{ho} počet přepravených pojištěnců, kterým byla v hodnoceném období poskytnuta zdravotnická dopravní služba

min funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejnižší

- a) Pro poskytovatele poskytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,96 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,58 Kč.
- b) Pro poskytovatele neposkytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,81 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,40 Kč.
2. Pokud poskytovatel poskytl zdravotnickou dopravní službu méně než 50 přepraveným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, stanoví se výsledná hodnota bodu (HB_{red}) ve výši hodnoty bodu (HB) podle bodu 1 písm. a) a b).

3. 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.
4. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, nebo u kterého nelze objem celkové úhrady stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu podle bodu 1 průměrný počet bodů na jednoho přepraveného pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
5. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Příloha č. 9 k vyhlášce č. 324/2014 Sb.

Skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace s indexy těchto skupin

Baze	IR-DRG ⁴⁾	Název skupiny	Index 2015
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
0507	05070	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU U AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU	5,0907
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
0516	05161	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU BEZ CC	2,2852
0516	05162	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU S CC	2,4223
0516	05163	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU S MCC	2,4604
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

Příloha č. 10 k vyhlášce č. 324/2014 Sb.

Skupiny vztahené k diagnóze podle Klasifikace s indexy těchto skupin

IR-DRG⁴⁾	Název skupiny	Index 2015
00011	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC BEZ CC	20,2989
00012	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC S CC	22,6905
00013	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC S MCC	30,2884
00021	TRANSPLANTACE JATER BEZ CC	13,6501
00022	TRANSPLANTACE JATER S CC	13,6501
00023	TRANSPLANTACE JATER S MCC	17,1323
00031	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC	15,8635
00032	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC	27,5976
00033	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC	27,5976
00041	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) BEZ CC	13,4935
00042	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S CC	13,4935
00043	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S MCC	13,8681
00051	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) BEZ CC	7,0935
00052	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S CC	7,0935
00053	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S MCC	7,7703
00060	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1800 HODIN (VÍCE NEŽ 75 DNÍ)	81,2091
00070	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ) S TRANSPLANTACÍ SRDCE, PLIC, JATER, KOSTNÍ DŘENĚ	110,4444
00080	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (43-75 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	52,6309
00090	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 1008 HODIN (43-75 DNÍ)	37,8735
00100	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 504 HODIN (22-42 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	33,1500
00110	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 504 HODIN (22-42 DNÍ)	22,9223
00121	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	20,0536
00122	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	20,0536
00123	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	20,3392
00131	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	12,3761

00132	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	12,3761
00133	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	12,6480
00141	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC	5,4395
00142	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC	5,8183
00143	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC	7,2000
00151	SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ BEZ CC	2,2380
00152	SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ S CC	2,8840
00153	SEPARACE KOSTNÍ DŘENĚ S MCC	4,4022
00161	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM BEZ CC	60,1461
00162	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM S CC	60,1461
00163	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S EKONOMICKY ZÁVAŽNÝM VÝKONEM S MCC	60,1461
00171	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY BEZ CC	22,8077
00172	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S CC	22,8077
00173	ČASNÁ REHABILITACE PO PORANĚNÍ NEBO ONEMOCNĚNÍ MÍCHY S MCC	22,8077
00180	IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU PRO HLUBOKOU MOZKOVOU STIMULACI	25,4780
00181	IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU BEZ CC	0,0000
00182	IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU S CC	0,0000
00183	IMPLANTACE NEUROSTIMULÁTORU S MCC	0,0000
00190	IMPLANTACE JINÝCH NEUROSTIMULÁTORU A LÉKOVÉ PUMPY	11,3441
01011	KRANIOTOMIE BEZ CC	3,2886
01012	KRANIOTOMIE S CC	4,5995
01013	KRANIOTOMIE S MCC	6,4973
01021	SPINÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	2,4582
01022	SPINÁLNÍ VÝKONY S CC	3,2223
01023	SPINÁLNÍ VÝKONY S MCC	5,4600
01031	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH BEZ CC	1,6901
01032	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH S CC	2,2838
01033	VÝKONY NA EXTRAKRANIÁLNÍCH CÉVÁCH S MCC	3,1957
01041	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH BEZ CC	0,4486
01042	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH S CC	0,6146
01043	VÝKONY NA KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVECH S MCC	1,1317

01051	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU BEZ CC	0,2354
01052	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU S CC	0,3439
01053	UVOLNĚNÍ KARPÁLNÍHO TUNELU S MCC	0,3444
01061	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,2430
01062	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	2,5007
01063	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	5,4183
01070	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI MOZKOVÉM INFARKTU	7,1898
01080	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI JINÝCH ONEMOCNĚNÍCH NERVOVÉHO SYSTÉMU	3,9877
01301	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY BEZ CC	0,6232
01302	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY S CC	1,0922
01303	PORUCHY A PORANĚNÍ MÍCHY S MCC	2,3912
01311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,6053
01312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,7363
01313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ, NĚKTERÉ INFEKCE A DEGENERATIVNÍ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	1,1041
01321	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE BEZ CC	0,4302
01322	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE S CC	0,5644
01323	ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA A CEREBELÁRNÍ ATAXIE S MCC	0,7790
01331	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ BEZ CC	1,0829
01332	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ S CC	1,6121
01333	NETRAUMATICKÉ INTRAKRANIÁLNÍ KRVÁCENÍ S MCC	2,2204
01341	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM BEZ CC	0,8194
01342	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM S CC	1,1127
01343	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S INFARKTEM S MCC	1,7233
01351	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU BEZ CC	0,5962
01352	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S CC	0,6641
01353	NESPECIFICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A PRECEREBRÁLNÍ OKLUZE BEZ INFARKTU S MCC	1,0883
01361	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA BEZ CC	0,4700
01362	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S CC	0,5367
01363	TRANZITORNÍ ISCHEMICKÁ ATAKA S MCC	0,6739
01371	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ BEZ CC	0,4956
01372	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ S CC	0,5818

01373	PORUCHY KRANIÁLNÍCH A PERIFERNÍCH NERVŮ S MCC	0,7448
01381	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,0704
01382	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	2,4266
01383	BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	3,2842
01391	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY BEZ CC	0,9780
01392	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY S CC	1,3898
01393	NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY S MCC	2,2188
01401	VIROVÁ MENINGITIDA BEZ CC	0,9675
01402	VIROVÁ MENINGITIDA S CC	1,1444
01403	VIROVÁ MENINGITIDA S MCC	1,5141
01411	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA BEZ CC	0,4883
01412	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA S CC	0,6456
01413	NETRAUMATICKÁ PORUCHA VĚDOMÍ A KÓMA S MCC	1,2366
01421	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT BEZ CC	0,4924
01422	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S CC	0,6420
01423	EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT S MCC	1,1584
01431	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY BEZ CC	0,4129
01432	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY S CC	0,5330
01433	MIGRÉNA A JINÉ BOLESTI HLAVY S MCC	0,7168
01441	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ BEZ CC	0,6737
01442	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ S CC	1,1159
01443	KRANIÁLNÍ A INTRAKRANIÁLNÍ PORANĚNÍ S MCC	2,3755
01451	OTŘES MOZKU BEZ CC	0,2238
01452	OTŘES MOZKU S CC	0,2541
01453	OTŘES MOZKU S MCC	0,4775
01461	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3836
01462	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,5099
01463	JINÉ PORUCHY NERVOVÉHO SYSTÉMU S MCC	0,7590
02011	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI BEZ CC	1,1362
02012	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI S CC	1,6634
02013	ENUKLEACE A VÝKONY NA OČNICI S MCC	2,1766
02021	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE BEZ CC	0,4635
02022	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE S CC	0,5593
02023	EXTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ OČNICE S MCC	0,6752
02031	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY BEZ CC	0,9810
02032	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S CC	1,0816
02033	INTRAOKULÁRNÍ VÝKONY, KROMĚ ČOČKY S MCC	1,2448
02041	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE BEZ CC	0,5296
02042	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE S CC	0,5585

02043	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE S MCC	0,5585
02301	AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA BEZ CC	0,5678
02302	AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA S CC	0,7369
02303	AKUTNÍ A ZÁVÁŽNÉ INFEKCE OKA S MCC	0,8888
02311	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA BEZ CC	0,5396
02312	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA S CC	0,7254
02313	NEUROLOGICKÉ A CÉVNÍ PORUCHY OKA S MCC	0,7492
02321	JINÉ PORUCHY OKA BEZ CC	0,3416
02322	JINÉ PORUCHY OKA S CC	0,4081
02323	JINÉ PORUCHY OKA S MCC	0,6441
03011	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI BEZ CC	4,2319
03012	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI S CC	5,7766
03013	VELKÉ VÝKONY NA HRTANU A PRŮDUŠNICI S MCC	10,2548
03021	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU BEZ CC	2,1906
03022	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU S CC	4,2904
03023	JINÉ VELKÉ VÝKONY NA HLAVĚ A KRKU S MCC	6,8559
03031	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU BEZ CC	2,9525
03032	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU S CC	3,1009
03033	VÝKONY NA OBLIČEJOVÝCH KOSTECH, KROMĚ VELKÝCH VÝKONŮ NA HLAVĚ A KRKU S MCC	5,5757
03041	VÝKONY NA ÚSTECH BEZ CC	1,3632
03042	VÝKONY NA ÚSTECH S CC	2,1192
03043	VÝKONY NA ÚSTECH S MCC	2,3596
03051	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU BEZ CC	1,2995
03052	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU S CC	1,5963
03053	VÝKONY NA DUTINÁCH A MASTOIDU S MCC	1,6458
03061	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE BEZ CC	1,0863
03062	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S CC	1,3223
03063	VÝKONY NA SLINNÉ ŽLÁZE S MCC	1,6953
03071	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA BEZ CC	1,6889
03072	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA S CC	1,6889
03073	NÁPRAVA ROZŠTĚPU RTU A PATRA S MCC	1,8452
03081	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH BEZ CC	0,4620
03082	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S CC	0,5761
03083	VÝKONY NA KRČNÍCH A NOSNÍCH MANDLÍCH S MCC	0,6392
03091	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,5690
03092	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,8245
03093	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	1,4097
03100	KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT	22,2683
03301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,4519

03302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,5142
03303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ UCHA, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	0,8573
03311	PORUCHY ROVNOVÁHY BEZ CC	0,4311
03312	PORUCHY ROVNOVÁHY S CC	0,5064
03313	PORUCHY ROVNOVÁHY S MCC	0,6096
03321	EPISTAXE BEZ CC	0,2927
03322	EPISTAXE S CC	0,3851
03323	EPISTAXE S MCC	0,5019
03331	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS BEZ CC	0,3243
03332	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS S CC	0,4455
03333	EPIGLOTITIS, OTITIS MEDIA, INFEKCE HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH, LARYNGOTRACHEITIS S MCC	0,5815
03341	NEMOCI ZUBŮ A ÚST BEZ CC	0,9968
03342	NEMOCI ZUBŮ A ÚST S CC	1,0035
03343	NEMOCI ZUBŮ A ÚST S MCC	1,4948
03351	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA BEZ CC	0,3537
03352	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S CC	0,4179
03353	JINÉ PORUCHY UŠÍ, NOSU, ÚST A HRDLA S MCC	0,5478
04011	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY BEZ CC	3,3069
04012	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY S CC	4,1272
04013	VELKÉ HRUDNÍ VÝKONY S MCC	5,4514
04021	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY BEZ CC	2,8815
04022	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY S CC	2,9550
04023	MENŠÍ HRUDNÍ VÝKONY S MCC	4,4035
04031	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,8415
04032	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	1,2127
04033	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	2,4085
04301	CYSTICKÁ FIBRÓZA BEZ CC	1,2303
04302	CYSTICKÁ FIBRÓZA S CC	1,8685
04303	CYSTICKÁ FIBRÓZA S MCC	2,1578
04310	RESPIRAČNÍ SELHÁNÍ	1,6667
04321	PLICNÍ EMBOLIE BEZ CC	0,7345
04322	PLICNÍ EMBOLIE S CC	0,8339
04323	PLICNÍ EMBOLIE S MCC	1,0006
04331	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU BEZ CC	0,3645
04332	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU S CC	0,6141
04333	ZÁVAŽNÉ TRAUMA HRUDNÍKU S MCC	0,9741
04341	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4907
04342	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,6173
04343	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	0,8408

04351	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,7317
04352	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,9602
04353	INFEKCE A ZÁNĚTY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	1,5545
04361	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL BEZ CC	0,5767
04362	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL S CC	0,7310
04363	PROSTÁ PNEUMONIE A DÁVIVÝ KAŠEL S MCC	1,0580
04371	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC BEZ CC	0,4544
04372	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC S CC	0,6048
04373	CHRONICKÁ OBSTRUKTIVNÍ PLICNÍ NEMOC S MCC	0,9336
04381	ASTMA A BRONCHIOLITIDA BEZ CC	0,3981
04382	ASTMA A BRONCHIOLITIDA S CC	0,5508
04383	ASTMA A BRONCHIOLITIDA S MCC	0,8134
04391	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC BEZ CC	0,5808
04392	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S CC	0,7424
04393	INTERSTICIÁLNÍ CHOROBA PLIC S MCC	1,1181
04401	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK BEZ CC	0,7339
04402	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK S CC	0,8661
04403	PNEUMOTORAX A PLEURÁNÍ VÝPOTEK S MCC	1,2956
04411	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4171
04412	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S CC	0,5591
04413	PŘÍZNAKY, SYMPTOMY A JINÉ DIAGNÓZY DÝCHACÍHO SYSTÉMU S MCC	0,8203
05000	ÚMRTÍ DO 5 DNÍ OD PŘÍJMU PŘI HLAVNÍ DIAGNÓZE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU	0,4204
05021	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC	13,0696
05022	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC	13,0696
05023	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC	16,1010
05031	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA OTEVŘENÉM SRDCI BEZ CC	7,5532
05032	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA OTEVŘENÉM SRDCI S CC	9,3162
05033	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA OTEVŘENÉM SRDCI S MCC	10,8863
05041	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE BEZ CC	9,8039
05042	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC	10,7579
05043	VÝKONY NA SRDEČNÍ CHLOPNI BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC	13,1732
05051	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ BEZ CC	8,6451
05052	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S CC	9,3354
05053	KORONÁRNÍ BYPASS SE SRDEČNÍ KATETRIZACÍ S MCC	11,2100
05061	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE	7,2607

	BEZ CC	
05062	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S CC	7,3728
05063	KORONÁRNÍ BYPASS BEZ SRDEČNÍ KATETRIZACE S MCC	8,4928
05081	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA ZAVŘENÉM SRDCI BEZ CC	4,4077
05082	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA ZAVŘENÉM SRDCI S CC	5,5256
05083	OPERACE A ZÁKROKY PRO VROZENÉ SRDEČNÍ VADY NA ZAVŘENÉM SRDCI S MCC	6,7655
05091	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	5,4064
05092	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	7,2601
05093	VELKÉ ABDOMINÁLNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	9,3116
05101	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	3,0091
05102	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	3,3085
05103	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	4,2257
05121	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	6,6559
05122	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	7,0084
05123	VELKÉ HRUDNÍ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	10,3792
05131	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	2,4443
05132	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	2,8512
05133	JINÉ PERKUTÁNNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	3,8053
05141	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY BEZ CC	2,1221
05142	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY S CC	2,8592
05143	JINÉ VASKULÁRNÍ VÝKONY S MCC	3,8086
05151	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY BEZ CC	1,7841
05152	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S CC	2,3184
05153	AMPUTACE KVŮLI PORUŠE OBĚHOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ HORNÍCH KONČETIN A PRSTŮ U NOHY S MCC	3,5216
05171	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	1,1552
05172	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,3374
05173	AMPUTACE HORNÍ KONČETINY A PRSTU U NOHY PRO PORUCHU OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	1,7841
05181	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ BEZ CC	0,9637
05182	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ S CC	1,2788
05183	KONTROLA KARDIOSTIMULÁTORU A DEFIBRILÁTORU, KROMĚ VÝMĚNY ZAŘÍZENÍ S MCC	2,0263
05191	LIGATURA A STRIPPING CÉV BEZ CC	0,5257

05192	LIGATURA A STRIPPING CÉV S CC	0,5798
05193	LIGATURA A STRIPPING CÉV S MCC	0,5798
05201	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,8517
05202	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	1,2410
05203	JINÉ VÝKONY PŘI ONEMOCNĚNÍCH A PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	2,5273
05291	SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	6,3397
05292	SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S CC	6,4627
05293	SELEKTIVNÍ PERKUTÁNNÍ KATETRIZAČNÍ ABLACE BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S MCC	6,7695
05301	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU BEZ CC	0,7269
05302	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S CC	1,0691
05303	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU S MCC	1,9162
05311	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBE SRDEČNÍ BEZ CC	0,4182
05312	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBE SRDEČNÍ S CC	0,5460
05313	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI ISCHEMICKÉ CHOROBE SRDEČNÍ S MCC	0,6764
05321	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4947
05322	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,7905
05323	SRDEČNÍ KATETRIZACE PŘI JINÝCH PORUCHÁCH OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	1,6321
05331	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU BEZ CC	0,4270
05332	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S CC	0,7343
05333	AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU S MCC	1,3575
05341	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA BEZ CC	1,1678
05342	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA S CC	1,6814
05343	AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA S MCC	3,1145
05351	SRDEČNÍ SELHÁNÍ BEZ CC	0,5472
05352	SRDEČNÍ SELHÁNÍ S CC	0,6826
05353	SRDEČNÍ SELHÁNÍ S MCC	1,0408
05361	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA BEZ CC	0,4298
05362	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA S CC	0,5310
05363	HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA S MCC	0,6945
05371	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA BEZ CC	1,2284
05372	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA S CC	1,4484
05373	NEOBJASNĚNÁ SRDEČNÍ ZÁSTAVA S MCC	2,6918
05381	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY BEZ CC	0,4208
05382	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY S CC	0,5430
05383	PERIFERNÍ A JINÉ VASKULÁRNÍ PORUCHY S MCC	0,6242

05391	ATEROSKLERÓZA BEZ CC	0,3564
05392	ATEROSKLERÓZA S CC	0,4761
05393	ATEROSKLERÓZA S MCC	0,6549
05401	HYPERTENZE BEZ CC	0,3008
05402	HYPERTENZE S CC	0,3745
05403	HYPERTENZE S MCC	0,5103
05411	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY BEZ CC	0,3893
05412	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY S CC	0,5341
05413	VROZENÉ SRDEČNÍ A CHLOPENNÍ PORUCHY S MCC	0,9460
05421	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ BEZ CC	0,3660
05422	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ S CC	0,5577
05423	SRDEČNÍ ARYTMIE A PORUCHY VEDENÍ S MCC	0,9344
05431	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU BEZ CC	0,3173
05432	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU S CC	0,3943
05433	ANGINA PECTORIS A BOLEST NA HRUDNÍKU S MCC	0,5075
05441	SYNKOPA A KOLAPS BEZ CC	0,3533
05442	SYNKOPA A KOLAPS S CC	0,4458
05443	SYNKOPA A KOLAPS S MCC	0,6430
05451	KARDIOMYOPATIE BEZ CC	0,3933
05452	KARDIOMYOPATIE S CC	0,6641
05453	KARDIOMYOPATIE S MCC	1,0370
05461	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU BEZ CC	0,5586
05462	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU S CC	0,7782
05463	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE SRDEČNÍHO ČI VASKULÁRNÍHO PŘÍSTROJE ČI VÝKONU S MCC	0,7782
05471	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3202
05472	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S CC	0,4547
05473	JINÉ PORUCHY OBĚHOVÉHO SYSTÉMU S MCC	0,7765
05481	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO AKUTNÍ ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV BEZ CC	4,2656
05482	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO AKUTNÍ ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV S CC	4,6105
05483	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO AKUTNÍ ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV S MCC	4,6255
05491	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO KRITICKOU ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV BEZ CC	3,0547
05492	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO KRITICKOU ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV S CC	3,4453
05493	ENDOVASKULÁRNÍ VÝKONY PRO KRITICKOU ISCHÉMII V OBLASTI PERIFERNÍCH CÉV S MCC	4,0892
05501	ANGIOPLASTIKA NEBO ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍ CÉVY BEZ CC	2,0526
05502	ANGIOPLASTIKA NEBO ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍ CÉVY S CC	2,6484
05503	ANGIOPLASTIKA NEBO ZAVEDENÍ STENTU DO PERIFERNÍ CÉVY S MCC	2,7443
06011	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU	3,2925

	BEZ CC	
06012	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S CC	4,0857
06013	VELKÉ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S MCC	6,3652
06021	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU BEZ CC	3,0146
06022	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S CC	4,6451
06023	VELKÉ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S MCC	5,2952
06031	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU BEZ CC	1,6419
06032	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S CC	2,5544
06033	MENŠÍ VÝKONY NA TLUSTÉM A TENKÉM STŘEVU S MCC	4,1984
06041	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘIŠNICE BEZ CC	1,0368
06042	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘIŠNICE S CC	1,1915
06043	UVOLŇOVÁNÍ SRŮSTŮ POBŘIŠNICE S MCC	1,5580
06051	VÝKONY NA APENDIXU BEZ CC	0,9787
06052	VÝKONY NA APENDIXU S CC	1,2714
06053	VÝKONY NA APENDIXU S MCC	1,6333
06061	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE BEZ CC	1,1377
06062	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S CC	1,2121
06063	LAPAROSKOPICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S MCC	1,3958
06071	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU BEZ CC	2,0243
06072	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S CC	2,5404
06073	MENŠÍ VÝKONY NA ŽALUDKU, JÍCNU A DVANÁCTNÍKU S MCC	3,5693
06081	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE BEZ CC	0,6566
06082	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S CC	0,9568
06083	LAPAROTOMICKÉ VÝKONY PŘI TŘÍSELNÉ, STEHENNÍ, UMBILIKÁLNÍ NEBO EPIGASTRICKÉ KÝLE S MCC	1,4998
06091	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY BEZ CC	0,5256
06092	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY S CC	0,7340
06093	ANÁLNÍ A STOMICKÉ VÝKONY S MCC	0,9523
06101	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,9965
06102	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	1,7214
06103	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH	3,1797

	TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	
06111	VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE BEZ CC	1,1465
06112	VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE S CC	1,6645
06113	VÝKONY NA APENDIXU PŘI KOMPLIKUJÍCÍ HLAVNÍ DIAGNÓZE S MCC	2,5504
06301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,4206
06302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	0,5452
06303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	0,7551
06311	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA BEZ CC	0,3866
06312	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA S CC	0,5923
06313	PEPTICKÝ VŘED A GASTRITIDA S MCC	1,1186
06321	PORUCHY JÍCNU BEZ CC	0,4008
06322	PORUCHY JÍCNU S CC	0,5983
06323	PORUCHY JÍCNU S MCC	1,0942
06331	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA BEZ CC	0,3897
06332	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA S CC	0,5804
06333	DIVERTIKULITIDA, DIVERTIKULÓZA A ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEVA S MCC	0,7953
06341	VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,6143
06342	VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	0,8482
06343	VASKULÁRNÍ INSUFICIENCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,3119
06351	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3801
06352	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	0,5464
06353	OBSTRUKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,0540
06361	ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,7348
06362	ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S CC	0,8739
06363	ZÁVAŽNÉ INFEKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,4259
06371	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA BEZ CC	0,2808
06372	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA S CC	0,3896
06373	JINÁ GASTROENTERITIDA A BOLEST BŘICHA S MCC	0,5646
06381	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3067
06382	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU S CC	0,4618
06383	JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU S MCC	0,8560
07011	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY BEZ CC	4,1487
07012	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY S CC	5,3486
07013	VÝKONY NA PANKREATU, JÁTRECH A SPOJKY S MCC	8,5013

07021	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	3,3694
07022	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH S CC	3,9916
07023	VELKÉ VÝKONY NA ŽLUČOVÝCH CESTÁCH S MCC	5,7420
07031	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ BEZ CC	1,5229
07032	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S CC	2,1760
07033	CHOLECYSTEKTOMIE, KROMĚ LAPAROSKOPICKÉ S MCC	3,6797
07041	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE BEZ CC	1,2241
07042	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE S CC	1,4394
07043	LAPAROSKOPICKÁ CHOLECYSTEKTOMIE S MCC	1,9244
07051	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU BEZ CC	1,6010
07052	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S CC	2,0768
07053	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S MCC	3,7718
07301	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA BEZ CC	0,4940
07302	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA S CC	0,6106
07303	CIRHÓZA A ALKOHOLICKÁ HEPATITIDA S MCC	1,0593
07311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU BEZ CC	0,4715
07312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S CC	0,6116
07313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HEPATOBILIÁRNÍHO SYSTÉMU A PANKREATU S MCC	0,8213
07321	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,6332
07322	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S CC	0,8941
07323	PORUCHY PANKREATU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S MCC	2,2508
07331	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY BEZ CC	0,4370
07332	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY S CC	0,6473
07333	PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY S MCC	1,0614
07341	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST BEZ CC	0,4718
07342	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S CC	0,6590
07343	JINÉ PORUCHY ŽLUČOVÝCH CEST S MCC	1,0732
08011	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE BEZ CC	15,2061
08012	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE S CC	16,8329
08013	FÚZE PÁTEŘE PŘI DEFORMITÁCH A SKOLIÓZE S MCC	19,1709
08021	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN BEZ CC	2,8046
08022	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN S CC	3,5151
08023	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN S MCC	7,5570

08031	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY BEZ CC	4,9933
08032	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S CC	5,1798
08033	FÚZE PÁTEŘE, NE PRO DEFORMITY S MCC	7,4107
08041	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ BEZ CC	3,0220
08042	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S CC	3,1104
08043	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S MCC	3,7127
08051	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ BEZ CC	3,1175
08052	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ S CC	3,5307
08053	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY KRANIÁLNÍCH A OBLIČEJOVÝCH KOSTÍ S MCC	4,5648
08061	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ BEZ CC	5,5681
08062	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S CC	5,5681
08063	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE HORNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ S MCC	5,5681
08071	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	1,5904
08072	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	2,1614
08073	AMPUTACE PŘI PORUCHÁCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	4,1863
08081	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ BEZ CC	2,3786
08082	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S CC	2,7606
08083	VÝKONY NA KYČLÍCH A STEHENNÍ KOSTI, KROMĚ REPLANTACE VELKÝCH KLOUBŮ S MCC	3,7041
08091	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY BEZ CC	0,7853
08092	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY S CC	1,8407
08093	TRANSPLANTACE KŮŽE NEBO TKÁNĚ PRO PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU NEBO POJIVOVÉ TKÁNĚ KROMĚ RUKY S MCC	4,8230
08101	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE BEZ CC	1,6756
08102	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S CC	1,9702
08103	VÝKONY NA ZÁDECH A KRKU, KROMĚ FÚZE PÁTEŘE S MCC	3,7325
08111	VÝKONY NA KOLENU, BÉRCCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA BEZ CC	1,2205

08112	VÝKONY NA KOLENU, BÉRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA S CC	1,5762
08113	VÝKONY NA KOLENU, BÉRCI A HLEZNU, KROMĚ CHODIDLA S MCC	2,3685
08121	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ BEZ CC	0,3799
08122	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S CC	0,4689
08123	VYJMUTÍ VNITŘNÍHO FIXAČNÍHO ZAŘÍZENÍ S MCC	1,0504
08131	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,7434
08132	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU S CC	1,3508
08133	MÍSTNÍ RESEKCE NA MUSKULOSKELETÁLNÍM SYSTÉMU S MCC	2,6443
08141	VÝKONY NA CHODIDLE BEZ CC	0,6157
08142	VÝKONY NA CHODIDLE S CC	0,8113
08143	VÝKONY NA CHODIDLE S MCC	1,0674
08151	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH BEZ CC	0,8910
08152	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH S CC	1,3656
08153	VÝKONY NA HORNÍCH KONČETINÁCH S MCC	1,7649
08161	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI BEZ CC	0,5377
08162	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI S CC	0,8030
08163	VÝKONY NA MĚKKÉ TKÁNI S MCC	1,7579
08171	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	0,6093
08172	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	1,2509
08173	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	2,8362
08181	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU BEZ CC	3,4820
08182	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU S CC	3,5596
08183	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU S MCC	3,9120
08191	ARTROSKOPIE BEZ CC	0,6010
08192	ARTROSKOPIE S CC	0,6189
08193	ARTROSKOPIE S MCC	0,6912
08201	REIMPLANTACE ENDOPROTÉZ KLOUBŮ HORNÍCH A DOLNÍCH KONČETIN, TUMOROZNÍ ENDOPROTÉZY BEZ CC	4,5165
08202	REIMPLANTACE ENDOPROTÉZ KLOUBŮ HORNÍCH A DOLNÍCH KONČETIN, TUMOROZNÍ ENDOPROTÉZY S CC	5,0720
08203	REIMPLANTACE ENDOPROTÉZ KLOUBŮ HORNÍCH A DOLNÍCH KONČETIN, TUMOROZNÍ ENDOPROTÉZY S MCC	6,8116
08301	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ BEZ CC	0,4941
08302	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ S CC	0,6080
08303	ZLOMENINY KOSTI STEHENNÍ S MCC	1,1875

08311	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE BEZ CC	0,4735
08312	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE S CC	0,6284
08313	ZLOMENINA PÁNVE, NEBO DISLOKACE KYČLE S MCC	0,9721
08321	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE BEZ CC	0,3224
08322	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE S CC	0,4248
08323	ZLOMENINA NEBO DISLOKACE, KROMĚ STEHENNÍ KOSTI A PÁNVE S MCC	0,7207
08331	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY BEZ CC	0,5672
08332	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY S CC	0,6690
08333	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁŇĚ, PATOLOGICKÉ ZLOMENINY S MCC	1,0184
08341	OSTEOMYELITIDA BEZ CC	0,6764
08342	OSTEOMYELITIDA S CC	0,8917
08343	OSTEOMYELITIDA S MCC	1,6812
08351	SEPTICKÁ ARTRITIDA BEZ CC	0,8229
08352	SEPTICKÁ ARTRITIDA S CC	1,1104
08353	SEPTICKÁ ARTRITIDA S MCC	1,8598
08361	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁŇĚ BEZ CC	0,5554
08362	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁŇĚ S CC	0,7837
08363	PORUCHY POJIVOVÉ TKÁŇĚ S MCC	0,9826
08371	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY BEZ CC	0,4270
08372	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S CC	0,5031
08373	KONZERVATIVNÍ LÉČBA PROBLÉMŮ SE ZÁDY S MCC	0,7500
08381	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ BEZ CC	0,4191
08382	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ S CC	0,5198
08383	JINÁ ONEMOCNĚNÍ KOSTÍ A KLOUBŮ S MCC	0,6834
08391	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU BEZ CC	0,5071
08392	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU S CC	0,6734
08393	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE ORTOPEDICKÉHO PŘÍSTROJE NEBO VÝKONU S MCC	0,8714
08401	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MĚNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY BEZ CC	0,3477
08402	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MĚNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY S CC	0,4911
08403	MUSKULOSKELETÁLNÍ PŘÍZNAKY, SYMPTOMY, VÝRONY A MĚNĚ VÝZNAMNÉ ZÁNĚTLIVÉ CHOROBY S MCC	0,5448
08411	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A	0,3043

	POJIVOVÉ TKÁNĚ BEZ CC	
08412	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S CC	0,4633
08413	JINÉ PORUCHY MUSKULOSKELETÁLNÍHO SYSTÉMU A POJIVOVÉ TKÁNĚ S MCC	0,6814
09011	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT BEZ CC	0,7382
09012	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT S CC	1,2360
09013	KOŽNÍ ŠTĚP A/NEBO DEBRIDEMENT S MCC	2,4816
09021	VÝKONY NA PRSECH BEZ CC	0,9337
09022	VÝKONY NA PRSECH S CC	1,1864
09023	VÝKONY NA PRSECH S MCC	1,3089
09031	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU BEZ CC	0,4487
09032	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S CC	0,7222
09033	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S MCC	1,5221
09301	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE BEZ CC	0,5377
09302	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S CC	0,5969
09303	ZÁVAŽNÉ PORUCHY KŮŽE S MCC	0,8563
09311	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ BEZ CC	0,3315
09312	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ S CC	0,4845
09313	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ PRSŮ S MCC	0,6009
09321	FLEGMÓNA BEZ CC	0,4867
09322	FLEGMÓNA S CC	0,6470
09323	FLEGMÓNA S MCC	0,9716
09331	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU BEZ CC	0,2457
09332	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S CC	0,3114
09333	PORANĚNÍ KŮŽE, PODKOŽNÍ TKÁNĚ A PRSU S MCC	0,6223
09341	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU BEZ CC	0,3430
09342	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S CC	0,4804
09343	JINÉ PORUCHY KŮŽE A PRSU S MCC	0,5338
10011	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM BEZ CC	2,6665
10012	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM S CC	3,0916
10013	VÝKONY NA NADLEDVINKÁCH A PODVĚSKU MOZKOVÉM S MCC	7,0087
10021	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,5666
10022	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	1,5944
10023	KOŽNÍ ŠTĚP A DEBRIDEMENT RÁNY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	2,3728
10031	VÝKONY PRO OBEZITU BEZ CC	2,7160
10032	VÝKONY PRO OBEZITU S CC	2,7160

10033	VÝKONY PRO OBEZITU S MCC	5,7160
10041	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,8620
10042	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	1,9731
10043	AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	3,4348
10051	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	1,3031
10052	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S CC	1,5163
10053	VÝKONY NA ŠTÍTNÉ A PŘÍŠTITNÉ ŽLÁZE, THYROGLOSSÁLNÍ VÝKONY S MCC	2,1221
10061	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH BEZ CC	1,5552
10062	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S CC	2,2443
10063	JINÉ VÝKONY PŘI ENDOKRINNÍCH, NUTRIČNÍCH A METABOLICKÝCH PORUCHÁCH S MCC	3,7162
10301	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY BEZ CC	0,3837
10302	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S CC	0,5269
10303	DIABETES, NUTRIČNÍ A JINÉ METABOLICKÉ PORUCHY S MCC	0,9057
10311	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ BEZ CC	0,3777
10312	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ S CC	0,4210
10313	HYPOVOLÉMIE A PORUCHY ELEKTROLYTŮ S MCC	0,6425
10321	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU BEZ CC	0,4317
10322	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU S CC	0,5613
10323	VROZENÉ PORUCHY METABOLISMU S MCC	0,7483
10331	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY BEZ CC	0,3211
10332	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY S CC	0,4788
10333	JINÉ ENDOKRINNÍ PORUCHY S MCC	0,8712
11011	TRANSPLANTACE LEDVIN BEZ CC	6,2384
11012	TRANSPLANTACE LEDVIN S CC	6,2965
11013	TRANSPLANTACE LEDVIN S MCC	9,2160
11021	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI BEZ CC	5,6808
11022	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI S CC	7,4203
11023	VELKÉ VÝKONY NA MOČOVÉM MĚCHÝŘI S MCC	10,1105
11031	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	2,4029
11032	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S CC	2,9612
11033	VELKÉ VÝKONY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S MCC	4,5897
11041	DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY BEZ CC	1,2642
11042	DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY S CC	1,9074
11043	DIALÝZA A ELIMINAČNÍ METODY S MCC	3,3151

11051	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI BEZ CC	0,9877
11052	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S CC	1,1982
11053	MENŠÍ VÝKONY NA LEDVINÁCH, MOČOVÝCH CESTÁCH A MOČOVÉM MĚCHÝŘI S MCC	1,8847
11061	PROSTATEKTOMIE BEZ CC	1,2478
11062	PROSTATEKTOMIE S CC	1,5299
11063	PROSTATEKTOMIE S MCC	1,9595
11071	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY BEZ CC	0,6502
11072	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S CC	0,8037
11073	URETRÁLNÍ A TRANSURETRÁLNÍ VÝKONY S MCC	1,0402
11081	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,5458
11082	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,7873
11083	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	1,3480
11301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ BEZ CC	0,4608
11302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ S CC	0,6490
11303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST A LEDVINOVÉ SELHÁNÍ S MCC	1,0041
11311	NEFRITIDA BEZ CC	0,4749
11312	NEFRITIDA S CC	0,5036
11313	NEFRITIDA S MCC	1,1800
11321	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,4186
11322	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,5493
11323	INFEKCE LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	0,7672
11331	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU BEZ CC	1,0031
11332	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S CC	1,5538
11333	MOČOVÉ KAMENY S LITOTRYPSÍ MIMOTĚLNÍ ŠOKOVOU VLNOU S MCC	1,6581
11341	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE BEZ CC	0,3014
11342	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S CC	0,4511
11343	MOČOVÉ KAMENY BEZ EXTRAKORPORÁLNÍ LITOTRYPSE S MCC	0,7404
11351	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURĚTRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU BEZ CC	0,2800
11352	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURĚTRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU S CC	0,4357
11353	SELHÁNÍ, REAKCE A KOMPLIKACE GENITOURĚTRÁLNÍHO PŘÍSTROJE, ŠTĚPU NEBO TRANSPLANTÁTU S MCC	0,5607

11361	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH BEZ CC	0,3224
11362	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S CC	0,3962
11363	PŘÍZNAKY A SYMPTOMY NA LEDVINÁCH A MOČOVÝCH CESTÁCH S MCC	0,4648
11371	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST BEZ CC	0,3108
11372	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S CC	0,4628
11373	JINÉ PORUCHY LEDVIN A MOČOVÝCH CEST S MCC	0,7704
12011	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE BEZ CC	2,5254
12012	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE S CC	2,6161
12013	VELKÉ VÝKONY V OBLASTI PÁNVE U MUŽE S MCC	3,7871
12021	VÝKONY NA PENISU BEZ CC	0,5321
12022	VÝKONY NA PENISU S CC	0,8846
12023	VÝKONY NA PENISU S MCC	1,8571
12031	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE BEZ CC	1,2147
12032	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S CC	1,4319
12033	TRANSURETRÁLNÍ PROSTATEKTOMIE S MCC	1,8748
12041	VÝKONY NA VARLATECH BEZ CC	0,5326
12042	VÝKONY NA VARLATECH S CC	0,7539
12043	VÝKONY NA VARLATECH S MCC	1,2059
12051	CIRKUMCIZE BEZ CC	0,3639
12052	CIRKUMCIZE S CC	0,4074
12053	CIRKUMCIZE S MCC	0,4074
12061	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,7094
12062	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S CC	1,0389
12063	JINÉ VÝKONY NA MUŽSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S MCC	2,0499
12301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3160
12302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,5278
12303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,6899
12311	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,2579
12312	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S CC	0,3579
12313	PORUCHY MUŽSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU, KROMĚ MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ S MCC	0,5278
13011	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE BEZ CC	3,0379
13012	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S CC	3,8293
13013	EXENTERACE PÁNVE, RADIKÁLNÍ HYSTEREKTOMIE A RADIKÁLNÍ VULVEKTOMIE S MCC	5,5216
13021	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH BEZ CC	2,0407

13022	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S CC	2,5680
13023	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PRO MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ NA OVARIÍCH A ADNEXECH S MCC	4,6577
13031	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH BEZ CC	1,7836
13032	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH S CC	2,2158
13033	VÝKONY NA DĚLOZE A ADNEXECH PŘI MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍ JINDE NEŽ NA VAJEČNÍKU A ADNEXECH S MCC	3,0541
13041	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH BEZ CC	1,3289
13042	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH S CC	1,4619
13043	DĚLOŽNÍ A ADNEXÁLNÍ VÝKONY PŘI CA IN SITU A NEZHOUBNÝCH ONEMOCNĚNÍCH S MCC	1,5592
13051	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE BEZ CC	0,8250
13052	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S CC	1,0693
13053	GYNEKOLOGICKÁ LAPAROSKOPIE NEBO LAPAROTOMICKÁ STERILIZACE S MCC	1,0693
13061	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU BEZ CC	0,9385
13062	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S CC	1,2311
13063	REKONSTRUKČNÍ VÝKONY NA ŽENSKÉM REPRODUKČNÍM SYSTÉMU S MCC	1,2311
13071	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY BEZ CC	0,3066
13072	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S CC	0,4255
13073	VAGINÁLNÍ, CERVIKÁLNÍ A VULVOVÉ VÝKONY S MCC	0,5458
13081	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU BEZ CC	0,6500
13082	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S CC	0,7074
13083	ENDOSKOPICKÉ PŘERUŠENÍ VEJCOVODU S MCC	0,7074
13091	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE BEZ CC	0,3447
13092	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE S CC	0,3936
13093	DILATACE, KYRETÁŽ A KÓNIZACE S MCC	0,3937
13101	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,8450
13102	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	1,1841
13103	JINÉ VÝKONY PŘI PORUCHÁCH A ONEMOCNĚNÍCH ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	1,6880
13301	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3442
13302	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,4564

13303	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,5855
13311	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,3223
13312	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,4034
13313	INFEKCE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,6699
13321	MENSTRUUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU BEZ CC	0,1990
13322	MENSTRUUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S CC	0,2972
13323	MENSTRUUAČNÍ A JINÉ PORUCHY ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU S MCC	0,4106
14601	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM BEZ CC	1,3683
14602	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S CC	1,5837
14603	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM S MCC	1,8567
14611	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ BEZ CC	1,0900
14612	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S CC	1,2166
14613	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ S MCC	1,4471
14621	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE BEZ CC	0,9929
14622	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE S CC	1,4144
14623	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE S MCC	3,2277
14631	VAGINÁLNÍ POROD BEZ CC	0,8435
14632	VAGINÁLNÍ POROD S CC	0,9158
14633	VAGINÁLNÍ POROD S MCC	0,9158
14641	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ BEZ CC	0,2590
14642	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ S CC	0,3050
14643	POTRAT S DILATACÍ A KYRETÁŽÍ, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽÍ NEBO HYSTEREKTOMIÍ S MCC	0,3050
14651	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE BEZ CC	0,1556
14652	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S CC	0,2729
14653	POTRAT BEZ DILATACE A KYRETÁŽE, ASPIRAČNÍ KYRETÁŽE NEBO HYSTEREKTOMIE S MCC	0,2729
14661	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM BEZ CC	0,2633
14662	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM S CC	0,3622
14663	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY S VÝKONEM S MCC	0,4347
14671	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC	0,2385

14672	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC	0,3347
14673	POPORODNÍ A POPOTRATOVÉ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC	0,3347
14681	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM BEZ CC	1,0436
14682	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM S CC	1,1020
14683	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ S VÝKONEM S MCC	1,1020
14691	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU BEZ CC	0,4002
14692	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU S CC	0,4002
14693	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ BEZ VÝKONU S MCC	1,1829
14701	HROZÍCÍ POTRAT BEZ CC	0,3187
14702	HROZÍCÍ POTRAT S CC	0,4433
14703	HROZÍCÍ POTRAT S MCC	0,4598
14711	FALEŠNÝ POROD BEZ CC	0,1763
14712	FALEŠNÝ POROD S CC	0,1763
14713	FALEŠNÝ POROD S MCC	0,1763
14721	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM BEZ CC	0,3143
14722	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM S CC	0,5597
14723	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY S VÝKONEM S MCC	0,7452
14731	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU BEZ CC	0,2674
14732	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S CC	0,3734
14733	JINÉ PŘEDPORODNÍ DIAGNÓZY BEZ VÝKONU S MCC	0,3734
15601	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ BEZ CC	0,1206
15602	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ S CC	0,1786
15603	NOVOROZENEC, MRTVÝ NEBO PŘELOŽENÝ <= 5 DNÍ S MCC	0,3149
15611	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ BEZ CC	9,3056
15612	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ S CC	13,0304
15613	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ S MCC	20,7049
15621	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	38,1079
15622	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	38,1079
15623	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	38,1079
15631	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	7,5944
15632	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	12,7228
15633	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	23,1431
15641	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	12,1263
15642	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	12,1263

15643	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	23,9729
15651	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	4,2394
15652	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	4,2394
15653	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	9,8686
15661	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	6,1990
15662	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	18,5524
15663	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	18,5524
15671	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	1,9339
15672	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	2,5570
15673	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	4,9950
15681	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	6,2574
15682	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	6,4098
15683	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	14,8389
15691	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	0,4162
15692	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	1,0106
15693	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	2,7575
15701	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM BEZ CC	2,1849
15702	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S CC	4,0353
15703	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM S MCC	12,0015
15711	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM BEZ CC	0,2847
15712	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM S CC	0,6144
15713	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM S MCC	2,3282
15720	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, SE SYNDROMEM DÝCHACÍCH POTÍŽÍ	2,5181
15731	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM BEZ CC	0,4075
15732	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM S CC	1,3040
15733	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM S MCC	3,7282
15741	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S	0,6773

	VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKČÍ BEZ CC	
15742	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKČÍ S CC	0,6773
15743	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKČÍ S MCC	1,4581
15751	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU BEZ CC	0,2212
15752	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S CC	0,2690
15753	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU S MCC	0,3530
16011	VÝKONY NA SLEZINĚ BEZ CC	2,5831
16012	VÝKONY NA SLEZINĚ S CC	3,5818
16013	VÝKONY NA SLEZINĚ S MCC	4,4639
16021	JINÉ VÝKONY PRO KREVNÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH BEZ CC	0,6986
16022	JINÉ VÝKONY PRO KREVNÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH S CC	0,9601
16023	JINÉ VÝKONY PRO KREVNÍ ONEMOCNĚNÍ A NA KRVETVORNÝCH ORGÁNECH S MCC	2,1714
16301	AGRANULOCYTÓZA BEZ CC	0,5103
16302	AGRANULOCYTÓZA S CC	0,8315
16303	AGRANULOCYTÓZA S MCC	1,3856
16311	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI BEZ CC	0,5678
16312	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI S CC	0,7209
16313	PORUCHY SRÁŽLIVOSTI S MCC	1,2354
16321	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST BEZ CC	0,2248
16322	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST S CC	0,4884
16323	SRPKOVITÁ CHUDOKREVNOST S MCC	0,4884
16331	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI BEZ CC	0,5640
16332	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI S CC	0,7159
16333	PORUCHY ČERVENÝCH KRVINEK, KROMĚ SRPKOVITÉ CHUDOKREVNOSTI S MCC	1,0424
16341	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ BEZ CC	0,4928
16342	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ S CC	0,6705
16343	JINÉ PORUCHY KRVE A KRVETVORNÝCH ORGÁNŮ S MCC	1,0672
17011	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM BEZ CC	1,7897
17012	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM S CC	3,3699
17013	LYMFOM A LEUKÉMIE S VELKÝM VÝKONEM S MCC	7,8467
17021	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM BEZ CC	0,8605
17022	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM S CC	1,7740
17023	LYMFOM A LEUKÉMIE S JINÝM VÝKONEM S MCC	3,1025
17031	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM BEZ CC	3,0436

17032	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM S CC	4,8160
17033	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S VELKÝM VÝKONEM S MCC	8,1144
17041	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM BEZ CC	1,0321
17042	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM S CC	1,7348
17043	MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A ŠPATNĚ DIFERENCOVANÉ NÁDORY S JINÝM VÝKONEM S MCC	3,6732
17301	AKUTNÍ LEUKÉMIE BEZ CC	0,9098
17302	AKUTNÍ LEUKÉMIE S CC	0,9220
17303	AKUTNÍ LEUKÉMIE S MCC	3,0923
17311	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE BEZ CC	0,6622
17312	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE S CC	0,7631
17313	LYMFOM A NEAKUTNÍ LEUKÉMIE S MCC	1,8254
17321	RADIOTERAPIE BEZ CC	1,5243
17322	RADIOTERAPIE S CC	2,2609
17323	RADIOTERAPIE S MCC	2,3997
17331	CHEMOTERAPIE BEZ CC	0,4881
17332	CHEMOTERAPIE S CC	0,5542
17333	CHEMOTERAPIE S MCC	0,6857
17341	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ BEZ CC	0,5444
17342	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ S CC	0,6621
17343	JINÉ MYELOPROLIFERATIVNÍ PORUCHY A DIAGNÓZA NEDIFERENCOVANÝCH NÁDORŮ S MCC	1,0513
17351	CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII BEZ CC	0,8648
17352	CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII S CC	2,0211
17353	CHEMOTERAPIE PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII S MCC	10,6128
18011	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI BEZ CC	0,7285
18012	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S CC	2,9986
18013	VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S MCC	5,8894
18021	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE BEZ CC	1,4333
18022	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S CC	1,8081
18023	VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S MCC	3,7226
18301	SEPTIKÉMIE BEZ CC	0,9277
18302	SEPTIKÉMIE S CC	1,1065
18303	SEPTIKÉMIE S MCC	2,0205
18311	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE BEZ CC	0,5419

18312	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S CC	0,8245
18313	POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE S MCC	1,3070
18321	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU BEZ CC	0,4566
18322	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU S CC	0,6024
18323	HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU S MCC	0,7759
18331	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ BEZ CC	0,3822
18332	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S CC	0,5433
18333	VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ S MCC	0,6838
18341	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI BEZ CC	0,5928
18342	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S CC	0,8170
18343	JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI S MCC	1,2636
19011	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI BEZ CC	1,5132
19012	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI S CC	3,0382
19013	OPERAČNÍ VÝKONY S HLAVNÍ DIAGNÓZOU DUŠEVNÍ NEMOCI S MCC	4,3302
19301	SCHIZOFRENIE BEZ CC	1,3774
19302	SCHIZOFRENIE S CC	1,4171
19303	SCHIZOFRENIE S MCC	1,6429
19311	PSYCHÓZY BEZ CC	1,1844
19312	PSYCHÓZY S CC	1,1844
19313	PSYCHÓZY S MCC	1,2714
19321	PORUCHY OSOBNOSTI BEZ CC	0,9255
19322	PORUCHY OSOBNOSTI S CC	0,9589
19323	PORUCHY OSOBNOSTI S MCC	1,7865
19331	BIPOLÁRNÍ PORUCHY BEZ CC	1,5103
19332	BIPOLÁRNÍ PORUCHY S CC	1,5103
19333	BIPOLÁRNÍ PORUCHY S MCC	1,5103
19341	DEPRESE BEZ CC	0,9702
19342	DEPRESE S CC	0,9702
19343	DEPRESE S MCC	1,3653
19351	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH BEZ CC	0,5613
19352	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH S CC	0,5769
19353	AKUTNÍ REAKCE, PSYCHOSOCIÁLNÍ PORUCHY A NEURÓZY KROMĚ DEPRESIVNÍCH S MCC	0,6951
19361	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE BEZ CC	0,7475
19362	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE S CC	0,7475
19363	ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A MENTÁLNÍ RETARDACE S MCC	0,8436
19371	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY BEZ CC	0,9075
19372	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S CC	0,9075
19373	VÝVOJOVÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S MCC	0,9075
19381	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY BEZ CC	2,0875

19382	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY S CC	2,0875
19383	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY S MCC	2,0875
19391	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY BEZ CC	0,4043
19392	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S CC	0,5304
19393	JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S MCC	0,5743
19400	DUŠEVNÍ PORUCHY S ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIÍ NEBO S REPETITIVNÍ TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKOU STIMULACÍ	3,0227
20301	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE BEZ CC	0,1232
20302	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S CC	0,1380
20303	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU, LÉKŮ, DROG, ZÁVISLOST NA NICH, PROPUŠTĚNÍ PROTI DOPORUČENÍ LÉKAŘE S MCC	0,2822
20311	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ BEZ CC	1,1314
20312	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ S CC	1,7567
20313	ZÁVISLOST NA DROGÁCH A ALKOHOLU S REHABILITACÍ A/NEBO DETOXIKAČNÍ TERAPIÍ S MCC	2,3453
20321	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU BEZ CC	0,5613
20322	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU S CC	0,6001
20323	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA OPIÁTECH A/NEBO KOKAINU S MCC	2,3879
20331	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU BEZ CC	0,3105
20332	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S CC	0,3899
20333	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA ALKOHOLU S MCC	0,6362
20341	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH BEZ CC	0,5007
20342	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH S CC	0,6099
20343	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA JINÝCH DROGÁCH S MCC	1,0924
21011	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH BEZ CC	1,6034
21012	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH S CC	1,9900
21013	MIKROVASKULÁRNÍ PŘENOS TKÁNĚ NEBO KOŽNÍ ŠTĚP PŘI ÚRAZECH S MCC	5,2659
21021	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH BEZ CC	1,2775
21022	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH S CC	2,3587
21023	JINÉ VÝKONY PŘI ÚRAZECH A KOMPLIKACÍCH S MCC	4,8452

21301	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH BEZ CC	0,6988
21302	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH S CC	0,8759
21303	PORANĚNÍ NA NESPECIFIKOVANÉM MÍSTĚ NEBO NA VÍCE MÍSTECH S MCC	3,1769
21311	ALERGICKÉ REAKCE BEZ CC	0,1973
21312	ALERGICKÉ REAKCE S CC	0,2786
21313	ALERGICKÉ REAKCE S MCC	0,5653
21321	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) BEZ CC	0,3304
21322	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) S CC	0,5590
21323	OTRAVA A TOXICKÉ ÚČINKY LÉKŮ (DROG) S MCC	1,4831
21331	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ BEZ CC	0,3874
21332	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ S CC	0,6431
21333	KOMPLIKACE PŘI LÉČENÍ S MCC	1,2141
21341	SYNDROM TÝRANĚHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO BEZ CC	0,4195
21342	SYNDROM TÝRANĚHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO S CC	0,4195
21343	SYNDROM TÝRANĚHO DÍTĚTE NEBO DOSPĚLÉHO S MCC	0,4195
21351	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ BEZ CC	0,2766
21352	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ S CC	0,4221
21353	JINÉ DIAGNÓZY ZRANĚNÍ, OTRAVY A TOXICKÝCH ÚČINKŮ S MCC	1,3023
22501	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PĚČE BEZ CC	0,3562
22502	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PĚČE S CC	0,3562
22503	POPÁLENINY, PŘEVEDENÍ DO JINÉHO ZAŘÍZENÍ AKUTNÍ PĚČE S MCC	0,6095
22510	ROZSÁHLÉ POPÁLENINY S KOŽNÍM ŠTĚPEM	7,7276
22521	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM BEZ CC	2,6813
22522	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM S CC	8,0092
22523	NEROZSÁHLÉ POPÁLENINY SKRZ CELOU KŮŽI, S KOŽNÍM ŠTĚPEM NEBO INHAL. PORANĚNÍM S MCC	12,8015
22530	ROZSÁHLÉ POPÁLENINY BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU	1,4823
22541	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ BEZ CC	0,8374
22542	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ S CC	1,2200
22543	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU POSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE, BEZ KOŽNÍHO ŠTĚPU NEBO INHALAČNÍHO PORANĚNÍ S MCC	5,3521
22551	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE BEZ CC	0,5662

22552	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE S CC	1,1063
22553	POPÁLENINY OMEZENÉHO ROZSAHU NEPOSTIHUJÍCÍ VŠECHNY VRSTVY KŮŽE S MCC	3,0716
23011	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI BEZ CC	0,6449
23012	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI S CC	0,8772
23013	OPERAČNÍ VÝKON S DIAGNÓZOU JINÉHO KONTAKTU SE ZDRAVOTNICKÝMI SLUŽBAMI S MCC	2,1686
23301	REHABILITACE BEZ CC	0,5817
23302	REHABILITACE S CC	0,6733
23303	REHABILITACE S MCC	0,9595
23311	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY BEZ CC	0,3113
23312	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY S CC	0,4474
23313	SYMPTOMY A ABNORMÁLNÍ NÁLEZY S MCC	0,7217
23321	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV BEZ CC	0,2568
23322	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV S CC	0,3583
23323	JINÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ STAV S MCC	0,8495
23330	REHABILITACE > 55 DNÍ	4,9457
23340	REHABILITACE 49-55 DNÍ	4,3032
23351	REHABILITACE 42-48 DNÍ BEZ CC	3,8100
23352	REHABILITACE 42-48 DNÍ S CC	3,8100
23353	REHABILITACE 42-48 DNÍ S MCC	3,8100
23361	REHABILITACE 35-41 DNÍ BEZ CC	2,7781
23362	REHABILITACE 35-41 DNÍ S CC	2,7781
23363	REHABILITACE 35-41 DNÍ S MCC	3,0086
23371	REHABILITACE 28-34 DNÍ BEZ CC	2,1828
23372	REHABILITACE 28-34 DNÍ S CC	2,2477
23373	REHABILITACE 28-34 DNÍ S MCC	2,3075
23381	REHABILITACE 21-27 DNÍ BEZ CC	1,5775
23382	REHABILITACE 21-27 DNÍ S CC	1,6872
23383	REHABILITACE 21-27 DNÍ S MCC	1,8542
23391	REHABILITACE 14-20 DNÍ BEZ CC	1,2645
23392	REHABILITACE 14-20 DNÍ S CC	1,3427
23393	REHABILITACE 14-20 DNÍ S MCC	1,4991
23401	REHABILITACE 5-13 DNÍ BEZ CC	0,7615
23402	REHABILITACE 5-13 DNÍ S CC	0,7909
23403	REHABILITACE 5-13 DNÍ S MCC	0,8634
24010	HIV S VÝKONEM, S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV	0,9390
24020	HIV S VÝKONEM, S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV	1,5844
24031	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV BEZ CC	0,3839
24032	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV S CC	0,3839

24033	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV S MCC	0,3839
24301	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU BEZ CC	0,6206
24302	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU S CC	1,4459
24303	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU S MCC	5,1283
24311	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ BEZ CC	0,1349
24312	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ S CC	0,1349
24313	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ S MCC	0,1349
24320	HIV S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV	0,8853
24331	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU BEZ CC	1,6980
24332	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU S CC	1,6980
24333	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU S MCC	1,6980
24341	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY BEZ CC	0,8683
24342	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY S CC	0,9266
24343	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY S MCC	0,9266
24350	HIV BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV	1,2144
25011	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	4,7867
25012	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	4,7867
25013	KRANIOTOMIE, VELKÝ VÝKON NA PÁTEŘI, KYČLI A KONČ. PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	9,1407
25021	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	4,0659
25022	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	4,0659
25023	JINÉ VÝKONY PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	6,6018
25030	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	48,5544
25040	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 504 HODIN (22-42 DNÍ) S	37,3448

	EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM	
25051	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	23,6816
25052	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	23,6816
25053	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	23,6816
25061	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN BEZ CC	17,3429
25062	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN S CC	17,3429
25063	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU S KRANIOTOMIÍ > 96 HODIN S MCC	17,3429
25071	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM BEZ CC	14,1607
25072	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S CC	16,9420
25073	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S EKONOMICKY NÁROČNÝM VÝKONEM S MCC	16,9420
25301	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU BEZ CC	0,8919
25302	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S CC	0,8919
25303	DIAGNÓZY TÝKAJÍCÍ SE HLAVY, HRUDNÍKU A DOLNÍCH KONČETIN PŘI MNOHOČETNÉM ZÁVAŽNÉM TRAUMATU S MCC	1,6237
25311	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU BEZ CC	1,3182
25312	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU S CC	1,3182
25313	JINÉ DIAGNÓZY MNOHOČETNÉHO ZÁVAŽNÉHO TRAUMATU S MCC	1,3182
25320	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 1008 HODIN (VÍCE NEŽ 43 DNÍ)	53,8925
25330	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 504 HODIN (22-42 DNÍ)	20,2698
25341	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) BEZ CC	15,4542
25342	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S CC	15,4542
25343	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 240 HODIN (11-21 DNÍ) S MCC	15,4542
25361	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) BEZ CC	9,2479
25362	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S CC	9,2479

25363	DLOUHODOBÁ MECHANICKÁ VENTILACE PŘI POLYTRAUMATU > 96 HODIN (5-10 DNÍ) S MCC	9,2479
25370	ÚMRTÍ DO 5 DNÍ OD PŘÍJMU PŘI POLYTRAUMATU	3,1790
88871	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	1,0028
88872	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	2,2574
88873	ROZSÁHLÉ VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC	4,4207
88881	PROSTATICKE VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	1,6993
88882	PROSTATICKE VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	1,8388
88883	PROSTATICKE VÝKONY, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC	4,0919
88891	VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY BEZ CC	0,6804
88892	VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S CC	1,1490
88893	VÝKONY OMEZENÉHO ROZSAHU, KTERÉ SE NETÝKAJÍ HLAVNÍ DIAGNÓZY S MCC	2,4382
99980	HLAVNÍ DIAGNÓZA NEPLATNÁ JAKO PROPOUŠTĚCÍ DIAGNÓZA	0,1100
99990	NEZAŘADITELNÉ	0,1100

Výše úhrad hrazených služeb podle § 8 odst. 2

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00900	<p><u>Komplexní vyšetření zubním lékařem při registraci pojištěnce</u> Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení léčebného plánu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. 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, masáže, 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 snímání náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona.</p>	<p>Lze vykázat při první registraci pojištěnce nově přijatého do péče, to je kód 00900 nelze vykázat v případě, že poskytovatelem byly na pacienta v posledních dvou letech vykazovány kódy pravidelné péče - kódy 00901a 00902, resp. 00946 a 00947. V témže kalendářním roce lze kód 00900 kombinovat pouze s kódem 00901, resp. 00946. Kombinaci kódů 00900 a 00901, resp. 00946 nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi jednotlivými vyšetřeními v roce je doporučeno dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést vyšetření dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost 014</p>	398 Kč
00901	<p><u>Opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka</u> Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáže, 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 snímání náhradou aj.), ošetření dentitio difficilis bez ohledu</p>	<p>Lze vykázat 2/1 kalendářní rok na pojištěnce v rámci individuální preventivní péče o chrup dětí a dorostu, 1/1 kalendářní rok na pojištěnce v rámci preventivní péče o dospělé, dvakrát v průběhu těhotenství, mezi vyšetřeními musí u těhotných uplynout nejméně 3 měsíce. U dětí a dorostu nelze vykázat kombinaci kódů 00901 a 00901, resp. 00946 v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi jednotlivými vyšetřeními v roce je doporučeno z odborného hlediska dodržovat interval 5 měsíců, ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost – 014 s potvrzením</p>	410 Kč

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

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

		vyšetření. Odbornost – 014	
00906	<u>Stomatologické ošetření pojištěnce do 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce. Kód lze vykazovat pouze v souvislosti se 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, PE ⁵⁾ lze vykázat i při vyžádané péči neregistrovaného pojištěnce.	95 Kč
00907	<u>Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do 15 let</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce.	Lze vykázat 1/1 den Pouze při kurativní návštěvě (nelze vykázat jen s kódy 00900,00901, 00903, 00909, 00946, a diagnózou Z 012 – zubní vyšetření). Odbornost – 014 Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE ⁵⁾ lze vykázat i při vyžádané péči neregistrovaného pojištěnce.	68 Kč
00908	<u>Akutní ošetření a vyšetření neregistrovaného pojištěnce – v rámci pohotovostní služby</u> Akutní ošetření náhodného pojištěnce mimo rámec preventivní péče. Ošetření zahrnuje vyšetření, paliativní ošetření v endodoncii, amputaci a exstirpaci dřeně, provizorní výplň, lokální ošetření gingivy / sliznice, konzervativní ošetření dentitio difficilis nebo parodontálního abscesu, zavedení a výměnu drénu, nebo opravu / úpravu snímatelné náhrady v ordinaci a podobně.	Nelze kombinovat s kódem 00903 a 00909. Lze vykázat 1/1 den. Odbornost – 014	295 Kč

00909	<p><u>Klinické stomatologické vyšetření</u> Vyšetření odborníkem na klinickém pracovišti na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření.</p>	<p>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. Lze vykázat 1/1 den Při diagnóze vyžadující opakovanou návštěvu lze vykázat jen jedenkrát, u rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz lze vykázat pouze jednou, při zahájení léčby. Odbornost – 014; 015</p>	410 Kč
00910	<p><u>Zhotovení intraorálního rentgenového snímku</u> 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).</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605</p>	70 Kč
00911	<p><u>Zhotovení extraorálního rentgenového snímku</u> Zhotovení skiografie lebky různých projekcí za každý snímek. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval, v případě odbornosti 015 i rentgenový snímek ruky (stanovení fáze růstu skeletu).</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605</p>	225 Kč
00912	<p><u>Náplň slinné žlázy kontrastní látkou</u> Sondáž, dilatace, náplň slinných žláz a vývodů kontrastní látkou. Následné rentgenové vyšetření je vykazováno kódem 00911 nebo 00913 poskytovatelem, který snímek indikoval.</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE⁵⁾; 605</p>	581 Kč
00913	<p><u>Zhotovení ortopantomogramu</u> Zhotovení extraorálního panoramatického snímku na speciálním rentgenovém přístroji. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval.</p>	<p>Lze vykázat 1/ 2 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 1/1 rok pouze v souvislosti se specializovanou péčí; v ostatních případech (např. u vlastních registrovaných pacientů) platí omezení kódu 1/ 2 roky. Pro LSPP a v případě úrazové diagnózy lze vykázat bez omezení,</p>	275 Kč

00914	<p><u>Vyhodnocení ortopantomogramu</u> Vyhodnocení panoramatického rentgenového snímku zubních oblouků a skeletu čelistí nebo ostatních extraorálních snímků.</p> <p>Vyказuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem); v případě odeslání pojištěnce k jinému zubnímu lékaři, který je držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů⁵⁾, může kód vykazat i tento zubní lékař.</p>	<p>Lze vykazat 1/1 snímek/1 poskytovatel</p> <p>Odbornost – 014; 015; 605</p>	70 Kč
00915	<p><u>Zhotovení telerentgenového snímku lbi</u> Zhotovení dálkového rentgenového snímku lbi na speciálním rentgenovém přístroji. Vyказuje poskytovatel, který snímek indikoval.</p>	<p>Lze vykazat 1/1 kalendářní rok</p> <p>Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH; PE⁵⁾; 015; 605</p>	270 Kč
00916	<p><u>Anestézie na foramen mandibulae a infraorbitale</u> Aplikace injekční anestézie na foramen mandibulae (součástí je i aplikace na nervus buccalis) a foramen infraorbitale (součástí je i aplikace na nervus palatinus) ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem.</p>	<p>Lze vykazat – bez omezení.</p> <p>Odbornost – 014; 015; 605</p>	100 Kč
00917	<p><u>Anestézie infiltrační</u> 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.</p>	<p>Lze vykazat – bez omezení</p> <p>Odbornost – 014; 015; 605</p>	80 Kč
00920	<p><u>Ošetření zubního kazu – stálý zub – fotokompozitní výplň</u> Ošetření zubního kazu stálého zubu fotokompozitní výplní u pojištěnců do 18 let v rozsahu špičáků včetně, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu.</p>	<p>Lze vykazat 1 zub/6 měsíců</p> <p>Lokalizace – zub</p> <p>Odbornost – 014; 015; 605</p>	315 Kč
00921	<p><u>Ošetření zubního kazu – stálý zub</u> Ošetření zubního kazu definitivní výplní, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu, standardním materiálem podle přílohy č. 1 zákona (při použití samopolymerujících</p>	<p>Lze vykazat 1 zub/365 dní</p> <p>Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu - v takovém případě je výplň vykazána s jinou diagnózou. Dříve</p>	242 Kč

	kompozitních materiálů v rozsahu špičáků včetně a nedózovaného amalgámu v celém rozsahu).	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	
00922	<u>Ošetření zubního kazu – dočasný zub</u> Ošetření zubního kazu dočasného zubu definitivní výplní, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu a použitý materiál.	Lze vykázat 1 zub/6 měsíců Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu – v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 6 měsíců lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních. Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	126 Kč
00923	<u>Konzervativní léčba komplikací zubního kazu – stálý zub</u> Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, chemickou a medikamentózní přípravu a provizorní výplně. Po definitivním endodontickém ošetření zubu za každý zaplněný kořenový kanálek zinkoxydfosfátovým cementem. Počet návštěv nerozhoduje.	Nelze kombinovat s kódem 00925. Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub pouze tehdy, pokud následuje konzervačně – chirurgická léčba komplikací zubního kazu. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	181 Kč
00924	<u>Konzervativní léčba komplikací zubního kazu – dočasný zub</u> Po definitivním endodontickém ošetření dočasného zubu metodou vitální nebo mortální amputace jedenkrát. Při případné extirpaci každý zaplněný kořenový kanálek. Ošetření je možné, když je dočasný zub klinicky pevný. Dle rentgenové resorbce nejvýše do poloviny kořene.	Lze vykázat 1/1 kanálek/1 zub Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015; 605	176 Kč
00925	<u>Konzervativní léčba komplikací zubního kazu II.- stálý zub</u> Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, medikamentózní přípravu a provizorní výplně. Po definitivním endodontickém ošetření zubu 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	<u>Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu</u> Odborné vyšetření parodontu, vyšetření pomocí parodontologického indexu	Lze vykázat 1x za 2 kalendářní roky Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního	700 Kč

	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 pacienta v rámci převzetí do pravidelné parodontologické péče a dále vždy, pokud dojde ke změně zdravotního stavu, a to maximálně s frekvencí 1x za 2 kal. roky. Podmínkou vykázání výkonu je vedení prokazatelné parodontologické dokumentace	vzdělávání zubních lékařů PA; PE ⁵⁾	
00932	<u>Léčba chronických onemocnění parodontu</u> Vyšetření parodontu na základě zařazení onemocnění při vyšetření pomocí indexu CPITN, kdy je stanoven index CPI 2-3, případně dalších parodontologických indexů a vyšetřovacích metod v průběhu parodontologické léčby. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče. Pokračování konzervativní léčby (fáze iniciální nebo udržovací) – kontrola orální hygieny pomocí k tomu určených indexů (například PBI, API), jejichž hodnoty musí být zaznamenány v dokumentaci, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), remotivace a korekce konkrétní metody orální hygieny, odstranění lokálního dráždění parodontu. Odstup mezi vykázáním kódů 00932 musí být v takovém minimálním intervalu, aby bylo možno prokázat účelnost léčby, lze vykázat minimálně v měsíčních odstupech. Podmínkou vykázání výkonu je vedení prokazatelné parodontologické dokumentace. Přejícné 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	<u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu</u> Provedený chirurgický výkon v mukogingivální oblasti navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu (gingivektomie s plastikou) za každý zub.	Lze vykázat – bez omezení Lokalizace – zub Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE ⁵⁾	420 Kč

00934	<u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu</u> Chirurgické výkony navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu vedoucí k prohloubení vestibula a výkony s odklopením mukoperiostálního laloku vedoucí k odstranění parodontálních sulků – za každý sextant. Nelze vykázat s chirurgickými výkony s řízenou tkáňovou regenerací a implantacemi.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE ⁵⁾	1 000 Kč
00935	<u>Subgingivální ošetření</u> Instrumentální odstranění obsahu parodontálního chobotu (subgingiválního zubního kamene a plaku), odstranění nekrotického cementu, ohlazení povrchu zubního kořene a jeho kontrola u zubů s parodontálními choboty (CP 3,4). Lze provést ručními nástroji, ultrazvukovými či laserovými přístroji či jejich kombinací.	Lze vykázat 1/1 zub/365 dní Lokalizace – zub Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE ⁵⁾	84 Kč
00936	<u>Odebrání a zajištění přenosu transplantátu</u> Chirurgický výkon vedoucí k získání slizničního nebo kostního štěpu.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; CH; PE ⁵⁾ ; 605	600 Kč
00937	<u>Artikulace chrupu</u> Po provedení celkového zábrusu okluzy a artikulace chrupu na podkladě funkčního vyšetření stomatognathního systému. Nutno doložit modely před a po ošetření.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE ⁵⁾	433 Kč
00938	<u>Přechodné dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem</u> Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem zhotovené podle přílohy č. 1 zákona (samopolymerující kompozitní pryskyřice). Vykazuje se za každý zub.	Lze vykázat 1/1 zub/365 dní Lokalizace – zub Odbornost – 014; 015	44 Kč
00940	<u>Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice</u> Při komplexním vyšetření ústní sliznice, stanovení diagnózy. Výkon komplexního vyšetření se vykazuje při vyšetření pacienta v rámci převzetí do pravidelné specializované péče a dále vždy, pokud dojde ke změně zdravotního stavu, a to maximálně s frekvencí 1 za 2 kal. roky. Podmínkou vykázání výkonu je vedení	Lze vykázat 1x za 2 kalendářní roky. Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA; PE ⁵⁾	700 Kč

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

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

	měkkých tkání, podložení kostním štěpem, fixace drátěného tahu, nalepení ortodontického zámku).	vzdělávání zubních lékařů CH;PE ⁵⁾ ; 015; 605	
00954	<u>Konzervačně-chirurgická léčba komplikací zubního kazu</u> Odklopení mukoperiostálního laloku, snesení kosti periapikálně, amputace kořenového hrotu, exkochleace, toileta kořene a kosti, sutura (včetně případného peroperačního plnění), za každý ošetřený kořen. Též periapikální exkochleace a exstirpace odontogenní cysty do 1 cm.	Lze vykázat – bez omezení Lokalizace – zub Odbornost – 014; 605	420 Kč
00955	<u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí malého rozsahu</u> Provedení menších chirurgických výkonů, například dekapsulace, frenulektomie, odstranění rušivých vlivů vazivových pruhů, podjazyková frenulektomie, excize vlajícího hřebene – za každý sextant, odstranění léze do 2 cm, sutura rány sliznice nebo kůže do 5 cm nebo sondáž a výplach vývodu slinné žlázy.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	420 Kč
00956	<u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí velkého rozsahu</u> Odstranění podjazykové retenční slinné cysty, excize vlajícího hřebene většího rozsahu než jeden sextant, odstranění léze nad 2 cm, orální vestibuloplastika bez štěpu – za každý sextant, sutura rány sliznice nebo kůže nad 5 cm, exstirpace mukokely sliznice dutiny ústní nebo diagnostická excize, sialolitomie.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA;CH;PE ⁵⁾ ; 605	900 Kč
00957	<u>Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu</u> Ošetření následků úrazu zubů a alveolu malého rozsahu, včetně jednoduché fixace plastickým materiálem popřípadě zkrácenou drátěnou dlahou.	Lze vykázat – bez omezení Odbornost – 014; 015; 605	420 Kč
00958	<u>Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu</u> Repozice a fixace zlomenin alveolu horní, dolní čelisti, zlomenin těla a krčku dolní čelisti bez výrazné dislokace (za každou ošetřenou čelist).	Lze vykázat – bez omezení Lokalizace – čelist Odbornost – 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH;PE ⁵⁾ ; 605	750 Kč
00959	<u>Intraorální incize</u> Léčba zánětu intraorální incizí s případnou dilatací, vypuštěním exsudátu a zavedením drénu.	Lze vykázat – bez omezení Lokalizace – kvadrant Odbornost – 014; 015; 605	105 Kč
00960	<u>Zevní incize</u>	Lze vykázat – bez omezení	600 Kč

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

	<p>stomatochirurgem v ambulanci poskytovatele ambulantních hrazených služeb</p> <p>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 pacienta již kód 00968 nelze znovu vykázat.</p> <p>Kód nelze naučtovat 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).</p> <p>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..</p>	<p>00953, 00954, 00955, 00956, 00957, 00958, 00960, 00962.</p> <p>Odbornost - 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH. ' Ošetření na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení).</p>	
00970	<p><u>Sejmutí fixní náhrady – za každou pilířovou konstrukci</u></p> <p>Sejmutí fixní náhrady rázovým nástrojem nebo rozbroušením korunky a její deformací.</p>	<p>Lze vykázat 1/730 dní</p> <p>Nelze vykázat u provizorních náhrad.</p> <p>Lokalizace – zub</p> <p>Odbornost – 014; 015; 605</p>	91 Kč
00971	<p><u>Provizorní ochranná korunka</u></p> <p>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.</p>	<p>Lze vykázat 1/730 dní</p> <p>Lokalizace – zub</p> <p>Odbornost – 014; 015; 605</p>	69 Kč
00973	<p><u>Oprava nebo úprava snímatelné náhrady v ordinaci</u></p> <p>Oprava nebo jednoduchá úprava snímatelné náhrady v ordinaci bez návaznosti na další laboratorní zpracování.</p>	<p>Lze vykázat 5/1kalendářní rok</p> <p>Nelze vykázat při odevzdání nové snímatelné náhrady (nejdříve dva měsíce po odevzdání nové snímatelné náhrady).</p> <p>Lokalizace – čelist</p> <p>Odbornost – 014; 015; 605</p>	39 Kč
00974	<p><u>Odevzdání stomatologického výrobku</u></p> <p>Poskytovatel vykazuje při odevzdání stomatologického výrobku (kód slouží pouze pro vykazování zvlášť účtovaných léčivých přípravků a stomatologických výrobků (dokladem 03s).</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení</p> <p>Odbornost – 014; 015; 605</p>	0 Kč
00981	<p><u>Diagnostika ortodontických anomálií</u></p> <p>Zahrnuje orientační stomatologické vyšetření, komplexní ortodontické vyšetření, založení zdravotnické dokumentace. Tímto kódem se zahajuje</p>	<p>Lze vykázat 1/1 pojištěnce a poskytovatele</p> <p>Odbornost – 015</p>	600 Kč

	ortodontická léčba a vykazování kódů odbornosti 015. Při převzetí již léčeného pojištěnce je nutné zahájit vlastní ortodontickou léčbu vstupním vyšetřením, založením vlastní dokumentace a vykazáním kódu 00981.		
00982	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk</u> Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem – na jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu včetně přípravy zubů.	Lze vykázat 1/1 čelist Lokalizace – čelist Odbornost – 015	1 300 Kč
00983	<u>Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Kontrola postupu léčby a úprav na fixním aparátu na jednom i obou zubních obloucích, a to po vykazání kódu 00982 nebo 00994. Vztahuje se na všechny kontroly fixního aparátu v daném čtvrtletí a na kontrolu souběžně používaného snímacího aparátu.	Lze vykázat 1/1 čtvrtletí po dobu 4 let. Odbornost – 015	800 Kč
00984	<u>Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Kontrola postupu léčby dle individuálního léčebného postupu a funkce snímacích aparátů včetně jejich úpravy. Pro sledování průběhu změn po ortodonticky indikovaných extrakcích bez aparátu. Vztahuje se na všechny kontroly snímacího aparátu v daném čtvrtletí.	Lze vykázat 1/1 čtvrtletí po dobu 4 let. Nelze vykázat pro léčbu ve fázi retence nebo při sledování růstu a vývoje chrupu a čelisti bez aktivní léčby. Odbornost – 015	210 Kč
00985	<u>Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Po ukončení léčby ortodontických anomálií sejmutí fixního ortodontického aparátu na 1 zubní oblouk, zábrus zubů, včetně případné analýzy modelů (nezahrnuje případné zhotovení a analýzu telorentgenu a ortopantomogramu).	Lze vykázat 2/1 čelist S časovým odstupem 3 let lze vykázat jedenkrát na čelist v návaznosti na kód 00982 a jedenkrát na čelist v návaznosti kódu 00994. Lokalizace – čelist Odbornost – 015	700 Kč
00986	<u>Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje</u> Kontrola pojištěnce před začátkem nebo po ukončení aktivní fáze ortodontické léčby snímacími nebo fixními aparáty podle individuálního léčebného postupu. Součástí může být i použití pevných, nebo snímacích dlah,	Lze vykázat 1/1 kalendářní pololetí, maximálně po dobu 4 let. Odbornost – 015	220 Kč

	retainerů nebo jiných retenčních aparátů.		
00987	<u>Stanovení fáze růstu</u> Určení růstové fáze pojištěnce – skeletální věk, zhodnocením rentgenového snímku ruky nebo krčních obratlů.	Lze vykázat 2/1 pojištěnce Odbornost – 015	53 Kč
00988	<u>Analýza telerentgenového snímku lbi</u> Vyhodnocení profilového, eventuálně zadopředního dálkového rentgenového snímku lbi pomocí speciálních měření.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 015	116 Kč
00989	<u>Analýza ortodontických modelů</u> Vyhodnocení ortodontických modelů zubních oblouků a přilehlých tkání, včetně případných dalších speciálních měření.	Lze vykázat 1/1 kalendářní rok Odbornost – 015	315 Kč
00990	<u>Diagnostická přestavba ortodontického modelu</u> Přestavba zubů ortodontického modelu jedné čelisti z diagnostických důvodů nebo modelová operace čelistí k chirurgickým účelům.	Lze vykázat 1/1 čelist Lokalizace – čelist Odbornost – 015	473 Kč
00991	<u>Nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku</u> Palatinální nebo linguální expanzní nebo kotevní drátěný oblouk nebo lip-bumper, továrně zhotovené, jejich adaptace a zasazení do zařízení na kroužcích.	Lze vykázat 1/1 čelist Lokalizace – čelist Odbornost – 015	173 Kč
00992	<u>Nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky</u> Nasazení intra-extraorálního drátěného oblouku (uzdy), nebo bradové peloty a ortodontní čapky či krční pásky nebo obličejové masky typu Delaire, Hickham a podobně za účelem extraorálního kotvení, včetně poučení o způsobu použití a názorného předvedení.	Lze vykázat 1/1 pojištěnce Odbornost – 015	210 Kč
00993	<u>Navázání parciálního oblouku</u> Příprava a navázání částečného drátěného oblouku v rozsahu do 6 zubů do zámků nebo kanyl jako součásti fixního aparátu.	Lze vykázat 4/1kalendářní pololetí (1x na kvadrant). Odbornost – 015	300 Kč
00994	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk</u> Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk ve smíšeném chrupu pro protruzní vady s incizálním schůdkem 9 mm a více, zkřížený skus, diastema větší než 4 mm, zákus, retence nebo dystopie	Lze vykázat 1/1 čelist do věku 10 let. Lokalizace – čelist Odbornost – 015	900 Kč

	horního stálého řezáku. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu.		
--	---	--	--

Vysvětlení zkratk:

PZL praktický zubní lékař
PA parodontolog
CH stomatochirurg
PE pedostomatolog

Koeficienty změny počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle krajů České republiky

Index změny počtu pojištěnců mezi 1.1.2015 a 1.1.2014							
kraj / ZP	VZP ČR	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZPMV ČR	RBP
Hlavní město Praha	1.014	1.033	1.061	0.985	1.000	1.025	1.000
Jihočeský	0.991	1.016	1.031	0.977	1.000	1.012	1.000
Jihomoravský	0.994	1.031	1.006	0.990	1.000	1.007	1.014
Karlovarský	0.983	0.992	0.980	1.097	1.000	1.012	1.000
Kraj Vysočina	0.997	1.009	1.011	0.967	1.000	1.005	1.000
Královehradecký	0.984	1.032	0.998	1.014	0.998	1.031	1.000
Liberecký	0.993	1.010	0.977	1.066	0.997	1.022	1.000
Moravskoslezský	0.982	0.951	0.998	1.084	1.000	0.993	1.003
Olomoucký	0.988	1.006	1.002	1.082	1.000	0.993	1.062
Pardubický	0.990	1.030	1.009	1.046	1.000	1.021	1.000
Plzeňský	0.992	0.997	0.991	1.022	1.000	1.028	1.000
Středočeský	0.994	1.028	1.002	1.021	0.997	1.030	1.000
Ústecký	0.992	1.003	1.006	1.006	1.000	1.006	1.000
Zlínský	0.991	1.035	1.012	1.043	1.000	0.999	0.998

Vysvětlení zkratk:

VZP ČR – Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

VoZP – Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky

ČPZP – Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

OZP – Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

ZPŠ – Zdravotní pojišťovna Škoda

ZP MV ČR – Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky

RBP – Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

Příloha č. 13 k vyhlášce č. 324/2014 Sb.

Koefficienty změny počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle krajů České republiky

Index změny počtu pojištěnců mezi 1.1.2015 a 1.1.2013							
kraj / ZP	VZP ČR	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZPMV ČR	RBP
Hlavní město Praha	1.017	1.076	1.194	0.983	1.000	1.057	1.000
Jihočeský	0.973	1.014	1.119	1.015	1.000	1.040	1.000
Jihomoravský	0.971	1.138	1.039	0.994	1.000	1.033	1.015
Karlovarský	0.955	1.027	1.032	1.190	1.000	1.022	1.000
Kraj Vysočina	0.985	1.028	1.029	1.088	1.000	1.023	1.000
Královehradecký	0.962	1.046	1.013	1.129	1.020	1.057	1.000
Liberecký	0.980	1.025	0.990	1.207	1.065	1.059	1.000
Moravskoslezský	0.930	0.965	1.006	1.182	1.000	1.013	1.033
Olomoucký	0.957	1.036	1.007	1.164	1.000	1.026	1.057
Pardubický	0.974	1.064	1.034	1.151	1.000	1.048	1.000
Plzeňský	0.967	1.060	0.995	1.090	1.000	1.055	1.000
Středočeský	0.980	1.098	1.013	1.069	1.002	1.066	1.000
Ústecký	0.970	1.052	1.026	1.047	1.000	1.040	1.000
Zlínský	0.973	1.052	1.039	1.065	1.000	1.036	1.005

Vysvětlení zkratk:

VZP ČR – Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

VoZP – Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky

ČPZP – Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

OZP – Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

ZPŠ – Zdravotní pojišťovna Škoda

ZPMV ČR – Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky

RBP – Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

Léčivé přípravky vyjmuté z platby případovým paušálem

1. Z platby případovým paušálem jsou vyjmuty:

1.1. Léčivé přípravky obsahující tyto léčivé látky:

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

1.2. Tyto individuálně vyráběné léčivé přípravky:

Kryoprotein (0207926)
Plazma čerstvá, zmrazená pro klinické použití (0207921)

325**VYHLÁŠKA**

ze dne 17. prosince 2014

**o nákladových indexech věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění
pro rok 2015**

Ministerstvo zdravotnictví v dohodě s Ministerstvem financí stanoví podle § 20 odst. 6 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění zákona č. 438/2004 Sb.:

pro přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění pro rok 2015 jsou stanoveny v příloze k této vyhlášce.

§ 2

§ 1

Nákladové indexy věkových skupin pojištěnců

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2015.

Ministr:

MUDr. Němeček, MBA, v. r.

**Nákladové indexy pro přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění
pro rok 2015**

Věková skupina pojištěnců		Nákladové indexy podle pohlaví pojištěnců	
od	do	muži	ženy
0	5	1,4572	1,3104
5	10	0,8549	0,7337
10	15	0,8500	0,9178
15	20	0,7680	1,0000
20	25	0,6433	0,9771
25	30	0,7293	1,2726
30	35	0,8143	1,4144
35	40	0,9038	1,3463
40	45	1,0329	1,3542
45	50	1,2482	1,5727
50	55	1,5980	1,8583
55	60	2,1939	2,1331
60	65	2,8450	2,4374
65	70	3,6289	3,0240
70	75	4,2934	3,5835
75	80	4,8464	4,1361
80	85	4,9879	4,5522
85	a více	5,1021	4,9410

326**VYHLÁŠKA**

ze dne 17. prosince 2014,

kteřou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kteřou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 17 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 245/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 298/2011 Sb., zákona č. 369/2011 Sb. a nálezů Ústavního soudu, vyhlášeného pod č. 238/2013 Sb.:

Čl. I

Vyhláška č. 134/1998 Sb., kteřou se vydává

seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění vyhlášky č. 55/2000 Sb., vyhlášky č. 135/2000 Sb., vyhlášky č. 449/2000 Sb., vyhlášky č. 101/2002 Sb., vyhlášky č. 291/2002 Sb., vyhlášky č. 493/2005 Sb., vyhlášky č. 620/2006 Sb., vyhlášky č. 331/2007 Sb., vyhlášky č. 439/2008 Sb., vyhlášky č. 244/2009 Sb., vyhlášky č. 472/2009 Sb., vyhlášky č. 397/2010 Sb., vyhlášky č. 411/2011 Sb., vyhlášky č. 467/2012 Sb., nálezů Ústavního soudu, vyhlášeného pod č. 238/2013 Sb., a vyhlášky č. 421/2013 Sb., se mění takto:

1. V příloze v Kapitole 4 se bod 26.2 zrušuje.

Dosavadní bod 26.3 se označuje jako bod 26.2.

2. V příloze v Kapitole 4 bod 35 zní:

„35. 710 – ALGEZIOLOGIE – LÉČBA BOLESTI

Výkony

číslo	název
80025	Multidisciplinární konference o průběhu léčby
80111	Aplikace analgetických směsí do kontinuálních katetrů včetně IP portů jednorázově nebo dávkovací pumpou

mohou vykazovat také pracoviště paliativní medicíny.“.

3. V příloze v Kapitole 4 se za bod 49.6. doplňuje bod 49.7., kteřý zní:

„49.7. Výjimka z frekvenčního omezení

Výkon

číslo	název
09119	Odběr krve ze žily u dospělého nebo dítěte nad 10 let

Lze vykázat v kombinaci s výkonem číslo 81443 v jednom dni 3x pro screening gestačního diabetu, 2x v dalších indikacích výkonu číslo 81443.“.

4. V příloze v Kapitole 5 bodu 1 se za položku 39 vkládá položka 40, která zní:

„40. 00085 je Ošetřovací den zvýšené psychiatrické péče“.

Dosavadní položky 40 a 41 se označují jako položky 41 a 42.

5. V příloze v Kapitole 5 bodu 5.2 se za položku 00082 vkládá položka 00085, která zní:

„00085	4 059“.
--------	---------

6. V příloze v Kapitole 5 se za bod 7.1.6. doplňuje bod 7.1.7., který zní:

„7.1.7. Obligatorní obsah OD zvýšené psychiatrické péče

Jedná se o OD 00085.

Obligatorním obsahem OD 00085 je:

1. Trvalé monitorování kamerovým systémem se záznamovým zařízením, maximálně 3 pacienti na pokoji.
2. Neodkladné psychiatrické vyšetření, krizová intervence, emergentní psychoterapie a farmakoterapie, elektrokonvulzivní terapie, ošetřovatelský proces a psychiatrická rehabilitace.

OD je možné vykázat maximálně 7 dní v měsíci.“

7. V příloze v Kapitole 7 body 1 a 2 znějí:

„1. MINUTOVÁ REŽIJNÍ SAZBA PŘÍRAZENÁ K VÝKONU

K výkonům autorské odbornosti 001, 002, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108 (vyjma nefrologické hemoelimační metody), 109, 110, 116, 201, 202, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 222, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 308, 309, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 710, 720, 801, 802, 804, 805, 807, 808, 809, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 822, 823, 901, 902, 903, 904, 905, 910, 917, 925, 931, 999 je přiřazena minutová režijní sazba ve výši **3,00 bodu** za jednu minutu času výkonu.

K výkonům autorské odbornosti 115, 117, 215, 312, 413, 697, 806 a 810 je přiřazena minutová režijní sazba ve výši **4,51 bodu** za jednu minutu času výkonu.

K výkonům autorské odbornosti 108 (pouze nefrologické hemoelimační metody), 203, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 701, 702, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 780 je přiřazena minutová režijní sazba ve výši **3,60 bodu** za jednu minutu času výkonu.

K výkonům autorské odbornosti 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 711, 714, 715, 716 a 717 je přiřazena minutová režijní sazba ve výši **5,40 bodu** za jednu minutu času výkonu.

K výkonům autorské odbornosti 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 721, 724, 725, 726, 727 a 728 je přiřazena minutová režijní sazba ve výši **7,22 bodu** za jednu minutu času výkonu.

K výkonům autorské odbornosti 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 731, 734, 735, 736 a 737 je přiřazena minutová režijní sazba ve výši **10,82 bodu** za jednu minutu času výkonu.

K výkonům autorské odbornosti 911, 913, 914, 916, 919, 921, 927, je přiřazena minutová režijní sazba ve výši **2,19 bodu** za jednu minutu času výkonu.

K výkonům autorské odbornosti 014, 015 je přiřazena minutová režijní sazba ve výši **3,76 bodu** za jednu minutu času výkonu.

Minutová režijní sazba za jednu minutu času výkonu přiřazená touto vyhláškou k výkonům jednotlivých autorských odborností se vypočte vždy k 1. červenci kalendářního roku tak, že se k současné hodnotě přičte průměrná roční míra inflace (měřená indexem spotřebitelských cen) za uplynulý kalendářní rok publikovaná Českým statistickým úřadem. Takto vypočtené minutové režijní sazby se zaokrouhlují na dvě desetinná místa a použijí se v době od 1. ledna do 31. prosince následujícího kalendářního roku.

Ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem lze, na základě ekonomicky zdůvodněných nezbytných nákladů, dohodnout vyšší minutovou režijní sazbu, než je ve vyhlášce uvedena, nejvýše však do výše 300 % uvedené hodnoty.

Ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem lze, na základě ekonomicky zdůvodněných nezbytných nákladů, dohodnout nižší minutovou režijní sazbu, než je ve vyhlášce uvedena, nejvýše však do výše 30 % uvedené hodnoty.

2. REŽIE PŘÍRAZENÁ K OD

Další část režie vyplývající z rozdílných nákladů jednotlivých poskytovatelů lůžkové péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění ve formě režie přiřazené k výkonu ošetrovacího dne.

2.1 Poskytovatelé lůžkové péče poskytující akutní lůžkovou péči

V jednom nebo několika nasmlouvaných oborech nasmlouvávají hodnotu režijních nákladů přiřazenou k ošetrovacímu dni v bodech, a to v rozmezí **30,15 – 97,94**.

Režie přiřazená k ošetrovacímu dni se stanovuje pro poskytovatele jednotně.

2.2 Poskytovatelé poskytující jinou lůžkovou péči

Jedná se o poskytovatele následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče a zvláštní lůžkové péče., tedy o poskytovatele, kteří nevykazují s ošetrovacími dny, kromě vyšetření při příjmu a propuštění, žádné jiné zdravotní výkony. Hodnota režie přiřazená k ošetrovacímu dni je stanovena na **180,80 bodu**.

Hodnota režie přiřazená touto vyhláškou k ošetrovacímu dni se vypočte vždy k 1. červenci kalendářního roku tak, že se k současné hodnotě přičte průměrná roční míra inflace (měřená indexem spotřebitelských cen) za uplynulý rok publikovaná Českým statistickým úřadem. Takto vypočtené minutové režijní sazby se zaokrouhlují na dvě desetinná místa a použijí se v době od 1. ledna do 31. prosince následujícího kalendářního roku.

Ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem lze, na základě ekonomicky zdůvodněných nezbytných nákladů, dohodnout vyšší hodnotu režie přiřazené k OD, než je ve vyhlášce uvedena, nejvýše však do výše 400 %.

Ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem lze, na základě ekonomicky zdůvodněných nezbytných nákladů, dohodnout nižší hodnotu rezie přiřazené k OD, než je ve vyhlášce uvedena, nejvýše však do výše 30 %.“.

8. V příloze v Kapitole 8 bod 7 zní:

„ 7. VÝKONY PŘEPRAVY

číslo výkonu	Název výkonu Popis výkonu	body/1 km
10	Přeprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě	13,34
12	Přeprava lékaře v pohotovostní službě	13,55
20	Přeprava pacienta soukromým vozidlem	5,71
45	Přeprava pacienta v pásmu 1 – 30 km	22,46
46	Přeprava pacienta v pásmu 31 – 60 km	20,81
47	Přeprava pacienta v pásmu 61 – 130 km	19,18
48	Přeprava pacienta v pásmu 131 – 450 km	18,55
49	Přeprava pacienta v pásmu 451 a více km	10,04
50	Přeprava k pitvě a z pitvy	38,27
60	Přeprava transfuzních přípravků, speciálních léčivých přípravků, tkání, buněk a orgánů k transplantaci, přeprava lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu	31,74
70	Jízda vozidly ZZS	41,72
72	Přeprava patologického novorozence a novorozence s nízkou porodní hmotností k nejbližšímu specializovanému poskytovateli	41,72
74	Přeprava lékaře ZZS v setkávacím systému	31,74
77	Jízda vozidly PPNP	40,72
80	Přeprava infekčního pacienta	28,43“.

9. V příloze v Kapitole 101 – vnitřní lékařství – interna výkony č. 11022 a 11023 znějí:

„11022	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ INTERNISTOU					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		L3	3	40
	OM	bez omezení				
	Čas výkonu	40		ZUM	ne	
	Body	318		ZULP	ne	

11023	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ INTERNISTOU					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		L3	3	20
	OM	bez				

		omezení				
	Čas výkonu	20		ZUM	ne	
	Body	159		ZULP	ne“.	

10. V příloze v Kapitole 101 – vnitřní lékařství
– interna se za výkon č. 11111 vkládá výkon
č. 11112, který zní:

„11112	MĚŘENÍ RYCHLOSTI ŠÍŘENÍ PULZOVÉ VLNY					
	Měří se vzdálenost na povrchu těla mezi karotickým pulzem a pulzem na stehenní tepně a speciálním přístrojem se změří časový posun pulzové vlny mezi oběma místy. Čím vyšší je rychlost, tím tužší je aorta.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 rok		L3	3	10
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	10		ZUM	ne	
	Body	97		ZULP	ne“.	

11. V příloze v Kapitole 101 – vnitřní lékařství
– interna se za výkon č. 11511 vkládá výkon 11512,
který zní:

„11512	PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA PROVÁDĚNÁ VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ SPECIÁLNÍ MOBILNÍ PUMPOU					
	Jedná se o materiálový výkon, tedy o naplnění průměrných materiálových nákladů na podání parenterální výživy aplikované speciální mobilní pumpou pro jednoho pacienta na 1 týden. Hodnota výkonu zahrnuje současně náklady na materiál nutný pro provedení aplikace a opotřebení pomůcek a přístrojů, které lze používat vícekrát či dlouhodobě. Nezbytná je dosažitelnost lékaře telefonem.					
	Kategorie	P				
	OF	1/1 týden				
	OM	SA				
	Čas výkonu	0		ZUM	ano	
	Body	5200		ZULP	ne“.	

12. V příloze v Kapitole 102 – angiologie se za
výkon č. 12024 vkládá výkon č. 12026, který zní:

„12026	VYŠETŘENÍ KLAUDIKAČNÍHO INTERVALU					
	Neinvasivní vyšetření zaměřené na určení tolerance zátěže u pacientů s prokázanou ischemickou chorobou cév dolních končetin, slouží k objektivnímu sledování vývoje nemoci a k zhodnocení efektu konzervativní, endovaskulární či cévně chirurgické léčby.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den, 4/1 rok		L3	3	5
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				

	Čas výkonu	20		ZUM	ne	
	Body	52		ZULP	ne“.	

13. V příloze v Kapitole 102 – angiologie se za výkon č. 12234 vkládá výkon č. 12240, který zní:

„12240	LASEROVÉ ZOBRAZENÍ A MĚŘENÍ MIKROVASKULÁRNÍ PERFUSE					
	Plošné měření perfuse a parametrů mikrocirkulace tkáně v reálném čase, založené na registraci a analýze odraženého laserového paprsku. Záznam je prováděn v klidu a po aplikaci některého z provokačních faktorů - chladu, tepla, okluze kompresní manžetou nebo aplikací farmaka lokálně či systémově.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	2/1 den, 12/1 rok		L3	3	20
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	35		ZUM	ne	
	Body	215		ZULP	ne“.	

14. V příloze v Kapitole 103 – diabetologie se za výkon č. 13023 vkládají výkony č. 13024 a 13026, které znějí:

„13024	VYŠETŘENÍ RIZIKA SYNDROMU DIABETICKÉ NOHY					
	Vyšetření rizikových faktorů syndromu diabetické nohy – poruchy citlivosti nohou monofilamenty a ladičkou nebo obdobnou metodou, zvýšené kožní teploty na nohou a zhodnocení obuvi pacienta z hlediska zásad vhodné obuvi pro diabetiky. Indikace: pacienti s diabetem a vaskulárními komplikacemi (nefropatie, retinopatie, ICHDK, suspektní neuropatie) nebo se zvýšeným rizikem těchto komplikací (HbA1C nad 5,3 % dle IFCC norem).					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 rok		L3	3	10
	OM	A - pouze ambulantně				
	Čas výkonu	10		ZUM	ne	
	Body	78		ZULP	ne	

13026	VYHODNOCENÍ GLYKEMICKÝCH PROFILŮ Z GLUKOMETRU POMOCÍ POČÍTAČE					
	Grafy zobrazují dlouhodobou distribuci glykemií přesahující normální hodnoty i hypoglykémie. Na jejich základě je možné indikovat léčebná opatření.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	4/1 rok		L3	3	10
	OM	A - pouze ambulantně				
	Čas výkonu	10		ZUM	ne	
	Body	78		ZULP	ne“.	

15. V příloze v Kapitole 104 – endokrinologie se na konec doplňuje výkon č. 14220, který zní:

„14220	PERKUTÁNNÍ PUNKCE A TENKOJEHLOVÁ BIOPSIE ŠTÍTNÉ ŽLÁZY, ÚTVARŮ V OBLASTI KRKU A HLAVY POD SONOGRAFICKOU KONTROLOU					
	Invazivní odběr tkáně tenkou jehlou z patologických útvarů štítné žlázy, útvarů na krku a hlavě pod sonografickou kontrolou k cytologickému vyšetření a stanovení dalšího diagnosticko-terapeutického postupu.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		L3	3	30
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	30		ZUM	ne	
	Body	347		ZULP	ne“.	

16. V příloze v Kapitole 115 – gastroenterologie – skupina 1 se na začátek vkládají výkony č. 15024, 15026, 15028 a 15030, které znějí:

„15024	ENDOSKOPICKÁ SUBMUKÓZNÍ DISEKCE (ESD)					
	Snesení povrchové neoplastické léze v trávicí trubici řezem v submukóze s použitím jehlového IT nože nebo jiného typu diatermického nože.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	2/1 rok		L3	3	150
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	150		ZUM	ano	
	Body	17818		ZULP	ne	

15026	JICNOVÁ IMPEDANCE - 24 HODIN					
	Vyšetřovací metoda slouží především k diagnostice refluxní choroby jícnu a jejích mimojícnových projevů. Mezi prioritní indikace jícnové impedance řadíme:					
	1. pacienty s obrazem refluxní choroby bez makroskopického obrazu esofagitidy a s nejasným nálezem na 24 hodinové pH metrii jícnu,					
	2. pacienty s extraesofageální symptomatologií,					
	3. pacienty léčené blokátory protonové pumpy,					
	4. pediatrické pacienty k objektivizaci vlivu stravovacího režimu na změnu acidity v jícnu,					
	5. pacienty před laparoskopickou fundoplikací v případě, kdy nelze vyloučit funkční etiologii obtíží.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	2/1 rok		L3	3	40
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	40		ZUM	ano	
	Body	359		ZULP	ne	

15028	RADIOFREKVENČNÍ ABLACE (RFA) JÍCNU - HALO 360					
	RFA je endoskopický terapeutický výkon k léčbě dysplastických nebo časných neoplastických (karcinom) lézí jícnu. Výkon navazuje na esofagogastroduodenoskopii.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den, 3/1 rok		L3	3	60
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	60		ZUM	ne	
	Body	57755		ZULP	ne	

15030	RADIOFREKVENČNÍ ABLACE (RFA) JÍCNU – HALO 90					
	RFA je endoskopický terapeutický výkon k léčbě dysplastických nebo časných neoplastických (karcinom) lézí jícnu. Výkon navazuje na esofagogastroduodenoskopii.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den, 3/1 rok		L3	3	60
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	60		ZUM	ano	
	Body	1338		ZULP	ne“.	

17. V příloze v Kapitole 115 – gastroenterologie – skupina 1 se výkony č. 15032 a 15034 zrušují.

18. V příloze v Kapitole 115 – gastroenterologie – skupina 1 výkony č. 15101 a 15105 znějí:

„15101	KOLONOSKOPIE PŘI POZITIVNÍM NÁLEZU SPECIÁLNÍHO TESTU NA OKULTNÍ KRVÁCENÍ VE STOLICI - NÁLEZ NEGATIVNÍ					
	Endoskopické vyšetření tlustého střeva a konečníku u asymptomatických jedinců starších 50 let s pozitivním testem na okultní krvácení v rámci prevence kolorektálního karcinomu. Výsledek endoskopického vyšetření je negativní, pokud během výkonu nebyl diagnostikován polyp nebo nádor tlustého střeva a konečníku.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 rok		L3	3	40
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	55		ZUM	ne	
	Body	879		ZULP	ano	

15105	SCREENINGOVÁ KOLONOSKOPIE - NÁLEZ NEGATIVNÍ					
	Endoskopické vyšetření tlustého střeva a konečníku u asymptomatických jedinců starších 55 let v rámci prevence kolorektálního karcinomu. Výsledek endoskopického vyšetření je negativní, pokud během výkonu nebyl					

	diagnostikován polyp nebo nádor tlustého střeva a konečníku.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 rok		L3	3	40
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	55		ZUM	ne	
	Body	879		ZULP	ano“.	

19. V příloze v Kapitole 115 – gastroenterologie
– skupina 1 se za výkon č. 15101 vkládá výkon
č. 15103, který zní:

„15103	KOLONOSKOPIE PŘI POZITIVNÍM NÁLEZU SPECIÁLNÍHO TESTU NA OKULTNÍ KRVÁCENÍ VE STOLICI - NÁLEZ POZITIVNÍ					
	Endoskopické vyšetření tlustého střeva a konečníku u asymptomatických jedinců starších 50 let s pozitivním testem na okultní krvácení v rámci prevence kolorektálního karcinomu. Výsledek endoskopického vyšetření je pozitivní, pokud během výkonu byl diagnostikován polyp nebo nádor tlustého střeva a konečníku.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 rok		L3	3	40
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	55		ZUM	ne	
	Body	879		ZULP	ano“.	

20. V příloze v Kapitole 115 – gastroenterologie
– skupina 1 se za výkon č. 15105 vkládá výkon
č. 15107, který zní:

„15107	SCREENINGOVÁ KOLONOSKOPIE - NÁLEZ POZITIVNÍ					
	Endoskopické vyšetření tlustého střeva a konečníku u asymptomatických jedinců starších 55 let v rámci prevence kolorektálního karcinomu. Výsledek endoskopického vyšetření je pozitivní, pokud během výkonu byl diagnostikován polyp nebo nádor tlustého střeva a konečníku.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 rok		L3	3	40
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	55		ZUM	ne	
	Body	879		ZULP	ano“.	

21. V příloze za Kapitola 106 – geriatry se vkládá Kapitola 116 – medicína dlouhodobé péče, která zní:

„Kapitola 116 – medicína dlouhodobé péče

16024	KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ SPECIALISTOU MEDICÍNY DLOUHODOBÉ PÉČE					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		L3	3	60
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	60		ZUM	ne	
	Body	473		ZULP	ne	

16028	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ SPECIALISTOU MEDICÍNY DLOUHODOBÉ PÉČE					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/3 měsíce, při každé jiné akutní diagnóze		L3	3	30
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	30		ZUM	ne	
	Body	241		ZULP	ne	

16030	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ SPECIALISTOU MEDICÍNY DLOUHODOBÉ PÉČE					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den, 4/1 měsíc		L3	3	15
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	15		ZUM	ne	
	Body	120		ZULP	ne	

16032	EVALUACE STAVU PACIENTA S OHLEDEM NA GERIATRICKÉ SYNDROMY					
	Posouzení stavu pacienta ohroženého či manifestujícího významnými geriatrickými syndromy (křehkost, instabilita s pády, sarkopenie, kognitivní porucha akutní či chronická, deprese a ztráta motivace) prostřednictvím standardizovaných testů užívaných v geriatry a medicíně dlouhodobé péče. Při provedení výkonu v ambulanci hrazen 1x za 3 měsíce, v rámci lůžkové péče hrazen při přijetí a propuštění.					

	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		L3	3	45
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	45		ZUM	ne	
	Body	349		ZULP	ne	
16034	STANOVENÍ KOMPLEXNÍHO PLÁNU LÉČBY ODBORNÍKEM MEDICÍNY DLOUHODOBÉ PÉČE (KONFERENCE DLOUHODOBÉ PÉČE)					
	Odborník medicíny dlouhodobé péče na základě zjištěných skutečností při společné konferenci odborníků komplexně zhodnotí aktuální stav chronicky nemocného pacienta. S ohledem na jeho onemocnění, rychlost progresu stavu stanoví pravděpodobnou zdravotní a životní prognózu. Navrhne komplex zdravotní, ošetrovatelské, rehabilitační péče a režimových opatření jako optimální způsob dlouhodobého řešení jeho zdravotní a životní situace, vedoucí ke stabilizaci stavu a minimalizaci důsledků chronického onemocnění (soběstačnost pacienta).					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 čtvrtletí; při propuštění z hospitalizace		L3	3	45
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	45		ZUM	ne	
	Body	349		ZULP	ne“.	

22. V příloze v Kapitole 107 – kardiologie se za výkon č. 17220 vkládá výkon č. 17223, který zní:

„17223	STANOVENÍ, VEDENÍ, KONTROLA A VYHODNOCENÍ KARDIOVASKULÁRNÍ REHABILITACE NA PŘÍSTROJÍCH V SEKUNDÁRNÍ PREVENCI					
	Kardiolog se zdravotní sestrou napojí nemocného prostřednictvím elektrod k rehabilitačnímu systému, zhodnotí klidový EKG záznam, změří krevní tlak a zahájí řízenou kardiorehabilitaci na přístroji, průběžně monitoruje EKG záznam, tepovou frekvenci, arytmie, ischemické změny, jsou registrovány změny tlaku a respirace. Test končí opětovným závěrečným hodnocením EKG, krevního tlaku, zároveň dosaženého stupně zátěže ve watech (METS). Na konci je nemocný odpojen od kardiorehabilitačního systému a je určena další fáze rehabilitace.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	20/1 rok		L3	3	10
	OM	SA - pouze na spec. prac. ambulantně				
	Čas výkonu	45		ZUM	ne	
	Body	129		ZULP	ne“.	

23. V příloze v Kapitole 117 – kardiologie – skupina 1 se výkony č. 17119, 17250, 17252 a 55223 zrušují.

24. V příloze v Kapitole 117 – kardiologie – skupina 1 se za výkon č. 17633 vkládá výkon č. 17697, který zní:

„17697	KATETRIZAČNÍ IMPLANTACE AORTÁLNÍ CHLOPNĚ U PACIENTŮ, U KTERÝCH NENÍ MOŽNÉ PROVÉST STANDARDNÍ CHIRURGICKOU NÁHRADU					
	Výkon navazuje na levostrannou nebo oboustrannou srdeční katetrizaci. Po predilataci balónkem je implantována biologická chlopeň do aortální pozice. Výkon se provádí pod RTG a ultrasonografickou kontrolou - transthorakální nebo jícnovou (jsou součástí výkonu a nelze je vykázat samostatně). Součástí výkonu je průběžné monitorování EKG, měření tlaků a intermitentní sledování základních hemokoagulačních parametrů. Nezbytnou součástí je rychlá stimulace komor. Průběh výkonu je dokumentován na digitální záznam. Výkon je indikován u nemocných s významnou aortální stenozou, kteří nemohou podstoupit chirurgickou náhradu aortální chlopně, nebo je provedení chirurgické náhrady zatíženo vysokým rizikem pro pacienta.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 rok		L3	3	120
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti		L3	3	45
	Čas výkonu	120		ZUM	ano	
	Body	11955		ZULP	ano“.	

25. V příloze v Kapitole 108 – nefrologie se za výkon č. 18023 vkládají výkony č. 18024, 18026 a 18028, které znějí:

„18024	VYŠETŘENÍ MORFOLOGIE ERYTROCYTŮ V MOČI FÁZOVÝM KONTRASTEM					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den, 2/1 rok		L3	3	15
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	25		ZUM	ne	
	Body	133		ZULP	ne	

18026	VYŠETŘENÍ TĚLESNÉHO SLOŽENÍ A STAVU HYDRATACE					
	Diagnostická metoda ke změření tělesného složení z hlediska svalové a tukové hmoty a stavu hydratace u pacientů s akutním či pokročilým chronickým onemocněním ledvin, u pacientů dialyzovaných a u pacientů s multiorgánovým selháním léčených hemoelimačními metodami.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den, 24/1 rok		L3	3	10

	OM	BOM - bez omezení				
	Čas výkonu	15		ZUM	ne	
	Body	184		ZULP	ne	

18028	MĚŘENÍ PRŮTOKU A RECIRKULACE KRVE V CÉVNÍM PŘÍSTUPU PRO DIALÝZU					
	Diagnostická metoda ke změření průtoku krve a recirkulace krve v cévním přístupu pro dialýzu.					
	Kategorie	P				
	OF	1/1 den, 12/1 rok				
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	0		ZUM	ne	
	Body	477		ZULP	ne“.	

26. V příloze v Kapitole 108 – nefrologie se za výkon č. 18522 vkládají výkony č. 18523, 18524, 18525, 18526 a 18529, které znějí:

„18523	CHRONICKÁ HEMODIALÝZA PROVÁDĚNÁ MIMO DIALYZAČNÍ STŘEDISKO					
	Jde o chronickou hemodialýzu prováděnou buď s denní frekvencí (5x – 7x týdně dle stavu, možností a motivace pacienta) po splnění indikačních kritérií, nebo o chronickou hemodialýzu prováděnou mimo dialyzační centrum s maximální frekvencí 3x týdně u pacientů s pohybovým omezením, kteří jsou léčeni doma, nebo v ústavech sociální péče a dalších zařízeních jako domovy důchodců.					
	Kategorie	P				
	OF	1/1 den, 365/1 rok				
	OM	BOM – bez omezení				
	Čas výkonu	0		ZUM	ne	
	Body	3797		ZULP	ne	

18524	AMBULANTNÍ KONTROLA NEMOCNÉHO LÉČENÉHO CHRONICKOU HEMODIALÝZOU MIMO HEMODIALYZAČNÍ STŘEDISKO					
	Jde o vyšetření lékařem – nefrologem v nefrologické ambulanci při hemodialyzačním centru u nemocných léčených chronickou hemodialýzou mimo hemodialyzační středisko.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas

	OF	1/1 den, 12/1 rok		L3	3	30
	OM	SA - pouze na spec. prac. ambulantně				
	Čas výkonu	30		ZUM	ne	
	Body	233		ZULP	ne	

18525	EDUKACE PACIENTA K VÝKONU CHRONICKÉ HEMODIALÝZY PROVÁDĚNÉ MIMO HEMODIALYZAČNÍ STŘEDISKO					
	Edukace pacienta a osoby pečující o pacienta ve specializovaném centru před zahájením výkonu chronická hemodialýza prováděná mimo dialyzační středisko je systematické a strukturované proškolení a trénink v délce 3 týdnů. Výkon je možné vykázat pouze 1x při zahájení léčby chronickou hemodialýzou mimo dialyzační středisko.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den, 21/život		L3	3	30
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti		S3	3	90
	Čas výkonu	0		ZUM	ne	
	Body	500		ZULP	ne	

18526	KONTROLA NEMOCNÉHO LÉČENÉHO CHRONICKOU HEMODIALÝZOU PROVÁDĚNOU MIMO DIALYZAČNÍ STŘEDISKO SESTROU DOMA					
	Kontrola nemocného léčeného chronickou hemodialýzou prováděnou mimo dialyzační středisko zdravotní sestrou doma nebo v ústavu sociální péče.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den, 12/1 rok		S3	3	30
	OM	A - pouze ambulantně				
	Čas výkonu	30		ZUM	ne	
	Body	113		ZULP	ne	

18529	AKUTNÍ HEMODIALÝZA S POUŽITÍM HCO MEMBRÁNY					
	Metoda patří do souboru nefrologických hemoelimačních metod, které nelze v jednom dni u jednoho pacienta navzájem kombinovat. Nelze kombinovat s klinickým vyšetřením. Lze vykázat na hemodialyzačním středisku, JIP, ARO. Je indikována u pacientů s mnohočetným myelomem a dalších diagnóz, při kterých dochází v těle nemocného k hromadění látek s velkou molekulou (v rozsahu molekulových hmotností 20000 až 50000).					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1den, 25/1		L3	3	120

		čtvrtletí, 25/1 rok				
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	480		ZUM	ano	
	Body	2513		ZULP	ano“.	

27. V příloze v Kapitole 108 – nefrologie se výkony č. 18540 a 18570 zrušují.

28. V příloze za Kapitolu 109 – revmatologie se vkládá Kapitola 110 – klinická osteologie, která zní:

„Kapitola 110 – klinická osteologie

10021	KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ KLINICKÝM OSTEOLOGEM					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		L3	3	60
	OM	BOM – bez omezení				
	Čas výkonu	60		ZUM	ne	
	Body	473		ZULP	ne	

10022	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ KLINICKÝM OSTEOLOGEM					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		L3	3	30
	OM	BOM – bez omezení				
	Čas výkonu	30		ZUM	ne	
	Body	241		ZULP	ne	

10023	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ KLINICKÝM OSTEOLOGEM					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		L3	3	15
	OM	BOM – bez omezení				
	Čas výkonu	15		ZUM	ne	
	Body	120		ZULP	ne“.	

29. V příloze v Kapitole 203 – infekční lékařství se na konec doplňuje výkon č. 23101, který zní:

„23101	KONSULTACE K ANTIINFEKČNÍ LÉČBĚ INFEKČNISTOU					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		L3	3	15
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	15		ZUM	ne	
	Body	116		ZULP	ne“.	

30. V příloze v Kapitole 205 – pneumologie a ftizeologie se za výkon č. 25135 vkládají výkony č. 25136 a 25137, které znějí:

„25136	ZHODNOCENÍ CYTOLOGICKÉHO NÁLEZU V PRŮBĚHU DIAGNOSTICKÉHO A LÉČEBNÉHO ZÁKROKU (ROSE-RAPID ON-SITE EVALUATION)					
	Výkon slouží k rychlé cytodiagnostice materiálu získaného při invazivním diagnostickém a léčebném zákroku (punktáty tkání, orgánů a uzlin, aspiráty, otisky excizi, kartáče), aby bylo zajištěno, že diagnostický zákrok, obvykle v celkové anestezii či analgosedaci, bude výtěžný a případný léčebný zákrok (obvykle resekce nádorů) bude radikální.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	4/1 den		L3	3	8
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	10		ZUM	ne	
	Body	74		ZULP	ne	

25137	POTNÍ TEST: STIMULACE POCENÍ A SBĚR POTU DO KAPILÁRY					
	Spočívá (i) ve stimulaci pocení pacienta pomocí pilokarpinové iontoforézy, (ii) v následném sběru potu v místě stimulace a (iii) ve stanovení koncentrace chloridů v potu (tato část je vedena jako samostatný výkon č. 81221).					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	4/1 rok		S2	2	25
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	45		ZUM	ne	
	Body	801		ZULP	ne“.	

31. V příloze v Kapitole 205 – pneumologie a ftizeologie se za výkon č. 25245 vkládá výkon č. 25260, který zní:

„25260	DOMÁCÍ MĚŘENÍ FLOW A SATURACE KYSLÍKU					
	Jednoduchá noční monitorace pomocí flow sensoru a oxymetru v domácím prostředí. Výkon lze považovat za screeningový před případným vyšetřením ve					

	spánkové laboratoři.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		L3	3	30
	OM	A - pouze ambulantně				
	Čas výkonu	30		ZUM	ne	
	Body	583		ZULP	ne ⁶⁶ .	

32. V příloze v Kapitole 215 – pneumologie a ftizeologie – skupina 1 se na začátek vkládají výkony č. 25097, 25098 a 25099, které znějí:

„25097	DILATACE STENÓZY ČI STENTU					
	Dilatace stenózy či stentu prostřednictvím tlaku dilatačního balónku je jednou z méně invazivních metod intervenční bronchologie. Výkon je přičítací k výkonu rigidní a flexibilní bronchoskopie. Přes rigidní bronchoskop se zavede flexibilní bronchoskop a jeho pracovním kanálem dilatační balónek k dilataci stenózy či stentu.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		L3	3	25
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	25		ZUM	ano	
	Body	701		ZULP	ano	

25098	URGENTNÍ RIGIDNÍ BRONCHOSKOPIE S TERAPEUTICKÝM ZÁMĚREM					
	Jde o neodkladně provedenou rigidní bronchoskopii v nestandardních podmínkách. Výkon se provádí při ohrožení života nemocného, a to závažnou dušností s podezřením na překážku v dýchacích cestách nebo hemoptýzou.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
				L3	3	30
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	30		ZUM	ne	
	Body	431		ZULP	ano	

25099	URGENTNÍ FLEXIBILNÍ BRONCHOSKOPIE S TERAPEUTICKÝM ZÁMĚREM					
	Jde o neodkladně provedenou flexibilní bronchoskopii v nestandardních podmínkách. Výkon se provádí při ohrožení života nemocného, a to závažnou dušností při podezření na obstrukci dýchacích cest nebo hemoptýzou.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		L3	3	30
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				

	Čas výkonu	30		ZUM	ne	
	Body	679		ZULP	ano“.	

33. V příloze v Kapitole 215 – pneumologie a ftizeologie – skupina 1 se za výkon č. 25111 vkládá výkon č. 25112, který zní:

„25112	ENDOSKOPICKÉ ZAVEDENÍ ENDOBRONCHIÁLNÍ CHLOPNĚ					
	Endoskopické zavedení endobronchiální chlopně je indikováno v případě indikace volumredukčního zákroku u emfyzému, nebo v případě snahy o zaslepení nežádoucí komunikace dýchacích cest a pleurálního prostoru (nejčastěji bronchopleurální či pleuroparenchymatózní píštěle) případně zabránění ventilace a docilení kolapsu patologické dutiny v plicí. Může v indikovaných případech zcela nahradit dražší a pro pacienta rizikové chirurgické výkony.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den, může být zaveden různý počet chlopní		L3	3	120
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	120		ZUM	ano	
	Body	2775		ZULP	ano“.	

34. V příloze v Kapitole 215 – pneumologie a ftizeologie – skupina 1 se za výkon č. 25115 vkládá výkon č. 25116, který zní:

„25116	STAVĚNÍ KRVÁCENÍ V BRONCHOLOGII S POUŽITÍM BALONKU					
	Jedná se o výkon, který je na standardně vybaveném bronchoskopickém pracovišti prováděn z indikace hemoptýzy, a to za účelem kurativním či paliativním v závislosti na biologické povaze, velikosti a zdroji krvácení.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	BOM - bez omezení		L3	3	90
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	90		ZUM	ano	
	Body	1803		ZULP	ano“.	

35. V příloze v Kapitole 215 – pneumologie a ftizeologie – skupina 1 se za výkon č. 25119 vkládá výkon č. 25120, který zní:

„25120	STANOVENÍ PŘÍTOMNOSTI KOLATERÁLNÍ VENTILACE PŘED BRONCHOSKOPICKOU VOLUMREDUKCÍ					
	Stanovení přítomnosti kolaterální ventilace je prováděno u pacientů s emfyzémem indikovaných k bronchoskopické volumredukci pomocí chlopní. Výsledek měření kolaterální ventilace pak rozhodne o tom, zda bude endoskopická volumredukce v daných lokalitách provedena.					

	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den, 2/1 rok		L3	3	20
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	20		ZUM	ne	
	Body	18221		ZULP	ne ⁴ .	

36. V příloze v Kapitole 215 – pneumologie a ftizeologie – skupina 1 se za výkon č. 25123 vkládá výkon č. 25124, který zní:

„25124	ENDOBRONCHIÁLNÍ VÝKON ARGONBEAMEREM - ARGONBEAMERTERAPIE					
	Argonbeamer terapie je alternativou k terapeutickým intervenčním výkonům v bronchologii jako je laserterapie, elektrokoagulace a kryoterapie. Je určena pro ošetření patologické tkáně a krvácení v dýchacích cestách metodou předávané energie proudem ionizovaného plynu argonu. Výhodou je nekontaktní ošetření tkáně s nižším rizikem nežádoucího poškození.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	3x v jednom sezení		L3	3	30
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	30		ZUM	ano	
	Body	715		ZULP	ne ⁴ .	

37. V příloze v Kapitole 215 – pneumologie a ftizeologie – skupina 1 se za výkon č. 25125 vkládá výkon č. 25126, který zní:

„25126	BRONCHOSKOPICKÁ POLYPEKTOMIE					
	Na standardně vybaveném bronchoskopickém pracovišti prováděn za účelem kurativním či paliativním v závislosti na biologické povaze, velikosti a uložení polypu. Je možné jej provést v lokální i v celkové anestezii, v závislosti na rozsahu a době trvání výkonu. Pro výkon je typické použití několika bronchoskopických technik a modalit.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		L3	3	90
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	90		ZUM	ano	
	Body	2961		ZULP	ano ⁴ .	

38. V příloze v Kapitole 215 – pneumologie a fizeologie – skupina 1 se za výkon č. 25129 vkládá výkon č. 25130, který zní:

„25130	KLINICKÁ PLEUROSKOPIE					
	Klinická pleuroskopie semiflexibilním či rigidním videopleuroskopem/pleuroskopem je pneumologickou vyšetřovací metodou spočívající v zavedení pleuroskopu do pohrudniční dutiny s následnou aspekcí a odběrem materiálu na vyšetření. V průběhu pleuroskopie je možné také provést pleurodézou talkem.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
				L3	3	60
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	60		ZUM	ne	
	Body	2284		ZULP	ano“.	

39. V příloze v Kapitole 301 – dětské lékařství se výkon č. 31110 zrušuje.

40. V příloze v Kapitole 305 – psychiatrie se za výkon č. 35113 vkládá výkon č. 35115, který zní:

„35115	CHRONOBIOLOGICKÁ LÉČBA					
	Metody chronobiologické léčby jsou fototerapie, spánková deprivace a řízené posuny cyklu spánku/bdění.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	6/1 den		S1	1	30
	OM	SH - pouze na spec. prac. při hospitalizaci				
	Čas výkonu	60		ZUM	ne	
	Body	44		ZULP	ne“.	

41. V příloze v Kapitole 305 – psychiatrie výkonů č. 35201, 35203 a 35205 znějí:

„35201	VYHODNOCENÍ RIZIKA RELAPSU U PSYCHOTICKÉHO ONEMOCNĚNÍ SPECIALIZOVANÝM PRACOVÍŠTĚM					
	Výkon umožňuje předcházet rehospitalizacím u psychotických onemocnění a zprostředkuje optimalizaci dlouhodobého léčebného plánu. Zahrnuje v rámci indukované péče vyhodnocení aktuálního rizika relapsu u pacienta zařazeného do preventivního telemonitoringu u psychóz s využitím výpočetní techniky a softwaru, který predikuje relaps s pomocí specifického matematického algoritmu získaného z rozsáhlé kohortové studie.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 měsíc, 12/1 rok		L3	3	15
	OM	SA - pouze na spec. prac. ambulantně				
	Čas výkonu	15		ZUM	ne	

	Body	137		ZULP	ne	
35203	PREVENTIVNÍ INTERVENCE A DÁLKOVÁ KONTROLA U PSYCHÓZ					
	<p>Výkon zahrnuje preventivní intervenci v časných stádiích prodromů, detekovaných programem prevence relapsu psychotických onemocnění (ITAREPS). Tento telemonitorovací systém je založen na vzdálené kontrole nemocného pomocí týdně vyhodnocených SMS dotazníků, odesílaných pacientem a rodinným příslušníkem. Zasláné údaje mapují výskyt časných varovných příznaků. Získané SMS program vyhodnocuje pomocí speciálního matematického predikčního algoritmu a stanovuje riziko relapsu v následujících týdnech. Při výskytu specifické konfigurace prodromů informuje e-mailem lékaře. Ten kontaktuje telefonicky nemocného, mapuje současný klinický stav a upravuje dávku antipsychotické medikace. Účinnou terciární prevenci a úspěšné dlouhodobé ambulantní vedení zprostředkují informace o dlouhodobém průběhu, dostupné na webovém rozhraní programu. Tato data jsou anonymizovaná. Lékař identifikuje nemocného podle přiřazeného kódového čísla.</p>					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 měsíc		L3	3	20
	OM	A - pouze ambulantně				
	Čas výkonu	20		ZUM	ne	
	Body	164		ZULP	ne	

35205	ROČNÍ ZHODNOCENÍ PROVOZU PREVENTIVNÍHO TELEMONITORINGU					
	<p>Jedná se o výkon, který zahrnuje:</p> <p>a) ověření účinnosti preventivního programu pomocí získaných dat o hospitalizacích,</p> <p>b) kontrolu provedených farmakologických intervencí v uplynulém ročním období.</p> <p>Výkon přinese údaje pro vyhodnocení klinické účinnosti a ekonomické návratnosti programu ITAREPS u daného pacienta a umožní sledovat dodržování závazných postupů v rámci daného výkonu.</p>					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 rok		L3	3	50
	OM	A - pouze ambulantně				
	Čas výkonu	50		ZUM	ne	
	Body	409		ZULP	ne ⁴⁴ .	

42. V příloze v Kapitole 404 – dermatovenerologie se za výkon č. 44023 vkládá výkon č. 44024, který zní:

„44024	MĚŘENÍ PACIENTA PŘED VÝROBOU KOMPRESIVNÍCH ELASTICKÝCH PUNČOCH A PAŽNÍCH NÁVLEKŮ NA MÍRU					
	Měření pacienta, kterému nelze nalézt v rozměrových tabulkách sériově vyráběných kompresivních elastických punčoch a pažních návleků odpovídající velikost.					

	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/6 měsíců		L3	3	30
	OM	BOM – bez omezení				
	Čas výkonu	30		ZUM	ne	
	Body	233		ZULP	ne“.	

43. V příloze v Kapitole 407 – nukleární medicína se za výkon č. 47275 vkládají výkony č. 47303 a 47304, které znějí:

„47303	TERAPIE NÁDORŮ POMOCÍ PARENTERÁLNÍ APLIKACE RADIOFARMAKA 131 I-MIBG					
	Parenterální aplikace léčebné aktivity 131I-MIBG u pacientů s nádory vycházejícími z neuroektodermy, které mají schopnost tuto látku akumulovat, včetně lokálních i vzdálených metastáz, za monitorování vitálních funkcí včetně léčby akutních komplikací v prostředí vysoké radiační zátěže.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den, 3/1 čtvrtletí, 8/1 rok		L3	3	90
	OM	SH - pouze na spec. prac. při hospitalizaci		L2	2	180
				J2	2	60
	Čas výkonu	240		ZUM	ne	
	Body	6976		ZULP	ano	

47304	PÉČE O PACIENTA LÉČENÉHO 131 I MIBG					
	Celodenní monitorování pacienta v prvních dnech po léčbě 131I-MIBG, kontroly vitálních funkcí, krevního tlaku, pulzu v intervalech 15-60 minut, trvalé sledování audiovizuálním systémem a léčba komplikací terapie otevřeným zářičem (hypertenzní krize, sufokace, edém mozku). Zásahy u lůžka pacienta v prostředí s vysokou radiační zátěží, ošetřování centrálního žilního vstupu. Infúzní terapie rehydratační s aplikací hypotenziv a antiemetik.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		L3	3	30
	OM	SH - pouze na spec. prac. při hospitalizaci		L2	2	120
				J2	2	30
				S1	1	1440
	Čas výkonu	1440		ZUM	ne	
	Body	10569		ZULP	ano“.	

44. V příloze v Kapitole 501 – chirurgie výkon
č. 51871 zní:

„51871	FIXACE ZLOMENINY KLÍČKU DELBETOVÝMI KRUHY					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		L2	2	15
	OM	bez omezení				
	Čas výkonu	15		ZUM	ne	
	Body	172		ZULP	ne“.	

45. V příloze v Kapitole 606 – ortopedie se za
výkon č. 66023 vkládá výkon č. 66024, který zní:

„66024	KOMPLEXNÍ ANALÝZA POHYBOVÝCH PORUCH U DĚTÍ A MLADISTVÝCH DO 18 LET					
	Vyšetření trojrozměrnou optickou analýzou pohybu s 8 optickými kamerami a dvěma tlakovými plotnami umožňuje komplexní diagnostiku pohybu. Indikací jsou dětská mozková obrna a funkčně závažné vrozené a získané pohybové vady u dětí a mladistvých do 18 let věku jako součást předoperačního a v odstupu 1 roku pooperačního vyšetření.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
				L3	3	30
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti		K2	2	120
				K1	1	90
	Čas výkonu	120		ZUM	ne	
	Body	2915		ZULP	ne“.	

46. V příloze v Kapitole 702 – foniatrie se vý-
kony č. 72021, 72022 a 72023 zrušují.

47. V příloze v Kapitole 702 – foniatrie se na
začátek vkládá výkon č. 72024, který zní:

„72024	VYŠETŘENÍ FONIATREM					
	Výkon začíná anamnézou. Následuje vyšetření komunikačních schopností vyšetřovaného (řeč, hlas, sluch). Výkon zahrnuje administrativní úkony. Výkon se přičítá ke klinickému ORL vyšetření.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		L3	3	10
	OM	BOM - bez omezení				
	Čas výkonu	10		ZUM	ne	
	Body	78		ZULP	ne“.	

48. V příloze v Kapitole 705 se výkony č. 75171 a 75173 zrušují.

49. V příloze v Kapitole 708 – anesteziologie a intenzivní medicína se za výkon č. 78830 vkládá výkon č. 78840, který zní:

„78840	ELIMINAČNÍ METODA PRO NÁHRADU FUNKCE AKUTNĚ SELHÁVAJÍCÍCH JATER					
	Frakcionovaná plazmaseparace a adsorpce (FPSA) je metodou, při které se provádí současně hemodialyzační léčba a plazmaferetická filtrace s nescifickou adsorpcí toxinů a bilirubinu v pryskyřičném iontoměničce a návratem očištěné plazmy zpět do dialyzačního okruhu. Krev, zbavená pomocí adsorpce nežádoucích látek, se vrací zpět do krevního oběhu pacienta. Pomocí přístroje je možné udržovat vodní a elektrolytovou rovnováhu s odstraňováním nejvýznamnějších toxických produktů při selhání jater (např. bilirubin).					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		L3	3	60
	OM	SH - pouze na spec. prac. při hospitalizaci		S3	3	120
	Čas výkonu	600		ZUM	ne	
	Body	88744		ZULP	ne	

50. V příloze v Kapitole 709 – urgentní medicína se za výkon č. 06713 vkládají výkony č. 06714, 06715 a 06716, které znějí:

„06714	APLIKACE MEDICINÁLNÍHO KYSLÍKU					
	Aplikace medicínálního kyslíku při výjezdu posádky zdravotnické záchranné služby nebo posádky přepravy pacientů neodkladné péče.					
	Kategorie	P				
	OF	1/1 pacient a 1 výjezd				
	OM	BOM - bez omezení				
	Čas výkonu	0		ZUM	ne	
	Body	450		ZULP	ne	
06715	PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÁ PÉČE, SLEDOVÁNÍ EV. TRANSPORT PACIENTA ZDRAVOTNICKÝM ZÁCHRANÁŘEM NEBO VŠEOBECNOU SESTROU SE SPECIALIZACÍ V ARIP A 15 MINUT-SETKÁVACÍ SYSTÉM					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
				S3	3	15
	OM	BOM - bez omezení				
	Čas výkonu	15		ZUM	ne	

	Body	98		ZULP	ne	
06716	TELEFONICKY ASISTOVANÁ PRVNÍ POMOC					
	Výkon pracovníka zdravotnického operačního střediska zdravotnické záchranné služby podle § 4 písm. e) zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	2/1 den		S3	3	5
	OM	BOM - bez omezení				
	Čas výkonu	5		ZUM	ne	
	Body	15		ZULP	ne“.	

51. V příloze v Kapitole 720 – paliativní medicína se na konec doplňují výkony č. 80053, 80054 a 80055, které znějí:

„80053	KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ SPECIALISTOU V OBORU PALIATIVNÍ MEDICÍNA					
	Výkon je určený pro komplexní zhodnocení stavu a vytvoření plánu paliativní péče u pacienta v pokročilém stádiu nevyléčitelného onemocnění.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/život		L3	3	60
	OM	A - pouze ambulantně				
	Čas výkonu	60		ZUM	ne	
	Body	473		ZULP	ne	

80054	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ SPECIALISTOU V OBORU PALIATIVNÍ MEDICÍNA					
	Výkon je určený pro cílené zhodnocení stavu pacienta a vytvoření plánu paliativní léčby dominantních obtíží.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		L3	3	30
	OM	A - pouze ambulantně				
	Čas výkonu	30		ZUM	ne	
	Body	241		ZULP	ne	

80055	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ SPECIALISTOU V OBORU PALIATIVNÍ MEDICÍNA					
	Výkon je určený pro zhodnocení stavu pacienta, vývoje zdravotních obtíží, posouzení účinnosti dosavadní paliativní léčby a provedení její úpravy.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		L3	3	15
	OM	A - pouze				

		ambulantně				
	Čas výkonu	15		ZUM	ne	
	Body	120		ZULP	ne ⁶⁶ .	

52. V příloze v Kapitole 697 – algeziologie – léčba bolesti – skupina 1 se na konec doplňuje výkon č. 80200, který zní:

„80200	RADIOFREKVENČNÍ MINIMÁLNĚ INVAZIVNÍ VÝKON V LÉČBĚ BOLESTIVÝCH STAVŮ					
	Výkon se vykazuje při provedení: 1) radiofrekvenční léčby vertebrogenní bolesti termoablací nervové tkáně, 2) radiofrekvenční horní hrudní nebo bederní sympatektomie, nebo 3) pulzní radiofrekvence s využitím neuromodulačního efektu radiofrekvenčního pole na nervovou tkáň Výkon je prováděn pod kontrolou zobrazovacími metodami. Výkon je indikován u diagnóz bolesti: 1) facetový syndrom 2) radikulopatie a periferní neuropatie 3) diskogenní bolest 4) vázoneurózy a poruchy perfuze 5) sympatikem udržovaná bolest					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	3/1 den, 6/1 rok		L3	3	45
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	45		ZUM	ano	
	Body	1057		ZULP	ano ⁶⁶ .	

53. V příloze v Kapitole 801 – klinická biochemie se výkon č. 81647 zrušuje.

54. V příloze v Kapitole 801 – klinická biochemie se na konec doplňují výkony č. 81753, 81755 a 81757, které znějí:

„81753	VYŠETŘENÍ AKTIVITY BIOTINIDÁZY V RÁMCI NOVOROZENECKÉHO SCREENINGU S FLUORESCENČNÍ DETEKČÍ					
	Stanovení aktivity biotinidázy v suché krevní kapce speciálním kitem. Jedná se o semikvantitativní fluorimetrickou metodu, kdy enzym biotinidáza v krvi katalyzuje přeměnu biotin 6-aminoquinolin na fluorescenční produkt 6-aminoquinolin, jehož excitace je měřena na destičkovém readeru s fluorescenční detekcí.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/život		J2	2	5
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	5		ZUM	ne	
	Body	75		ZULP	ne	
81755	VYŠETŘENÍ METABOLITŮ KAPALINOVOU CHROMATOGRÁFIÍ S TANDEMOVOU HMOTNOSTNÍ SPEKTROMETRIÍ PRO SELEKTIVNÍ A					

DRUHOSTUPŇOVÝ NOVOROZENECKÝ SCREENING DĚDIČNÝCH METABOLICKÝCH PORUCH						
Stanovení koncentrace vybraných metabolitů kapalinovou chromatografií s tandemovou hmotnostní spektrometrií pro diagnostiku a monitorování léčby některých dědičných metabolických nemocí a pro snížení falešné positivity novorozeneckého screeningu.						
Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas	
OF	2/1 den		J2	2	30	
OM	S - pouze na specializovaném pracovišti					
Čas výkonu	30		ZUM	ne		
Body	727		ZULP	ne		

81757 SEMIKVANTITATIVNÍ FLUORIMETRICKÉ STANOVENÍ BIOTINIDÁZY						
Semikvantitativní fluorimetrické stanovení aktivity biotinidázy v suché krevní kapce u pacientů s podezřením na deficit biotinidázy.						
Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas	
OF	4/život		J2	2	5	
OM	S - pouze na specializovaném pracovišti					
Čas výkonu	5		ZUM	ne		
Body	75		ZULP	ne		

55. V příloze v Kapitole 806 – mamografický screening se na začátek vkládají výkony č. 89178, 89223 a 89225, které znějí:

„89178 SCREENINGOVÁ MAMOGRAFIE DIGITÁLNÍ V DISPENZÁRNÍ PĚČI (OBĚ STRANY, KAŽDÁ VE DVOU PROJEKČÍCH)						
Výkonem se vykazují vyhledávací mamografická vyšetření asymptomatických žen s konkrétním rizikovým faktorem. Vyšetření je prováděno pouze na screeningových pracovištích (centrech) na základě doporučení dispenzarizujícího lékaře (obvykle onkolog, chirurg, registrující praktický lékař nebo registrující gynekolog). Vyhledávací mamografické vyšetření pro ženy v dispenzární péči dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči: u asymptomatických žen s velmi vysokým rizikem vzniku karcinomu prsu – s hereditární nádorovou predispozicí k nádorům prsu prokázanou genetickým testováním nebo s celoživotním kumulativním rizikem vyšším než 20 % (včetně žen s histologickým nálezem atypické hyperplazie nebo lobulárního karcinomu in situ a po prodělané radioterapii na oblast hrudníku do 18. roku věku). Vyšetření žen léčených pro karcinom prsu se vykazuje výkonem 89180 – Diagnostická digitální mamografie.						
Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas	
OF	1/6 měsíců		L3	3	20	
OM	S - pouze na specializovaném pracovišti					

	Čas výkonu	30		ZUM	ne	
	Body	590		ZULP	ne	
89223	SCREENINGOVÁ MAMOGRAFIE DIGITÁLNÍ (OBĚ STRANY, KAŽDÁ VE DVOU PROJEKcích)					
	Vyhledávací mamografické vyšetření asymptomatických žen v rámci screeningu s použitím digitální technologie.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/2 roky		L3	3	20
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	30		ZUM	ne	
	Body	590		ZULP	ne	
89225	DOPLŇUJÍCÍ MAMOGRAFIE KE SCREENINGOVÉ MAMOGRAFII DIGITÁLNÍ					
	Doplnění screeningové digitální mamografie dalšími snímky při nejednoznačném nálezu.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	2/1 rok		L3	3	10
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	15		ZUM	ne	
	Body	295		ZULP	ne ⁴ .	

56. V příloze v Kapitole 806 – mamografický screening se výkony č. 89221 a 89222 zrušují.

57. V příloze v Kapitole 809 – radiologie a zobrazovací metody se výkony č. 89179, 89221 a 89439 zrušují.

58. V příloze v Kapitole 809 – radiologie a zobrazovací metody se za výkon č. 89177 vkládá výkon č. 89180, který zní:

„89180	DIAGNOSTICKÁ DIGITÁLNÍ MAMOGRAFIE NEBO DUKTOGRAFIE					
	Vyšetření pacientů s klinickými příznaky, které ukazují na vysokou pravděpodobnost zhoubného nádoru (hmatná rezistence v prsu nebo axile, krvácení z bradavky, jiné významné změny bradavky, difuzní změny kůže prsu, retrakce kůže apod.), nebo pacientů s již diagnostikovaným zhoubným nádorem. Jedna strana. Používá se rovněž při snímkování vzorku tkáně (specimen mammography). Duktografie se indikuje v případě krvavé nebo jiné patologické sekrece z bradavky.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	2/1 den		L3	3	10
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				

	Čas výkonu	15		ZUM	ne	
	Body	299		ZULP	ano“.	

59. V příloze v Kapitole 809 – radiologie a zobrazovací metody se za výkon č. 89813 vkládá výkon č. 89815, který zní:

„89815	TERMOABLACE DĚLOŽNÍHO MYOMU FOKUSOVANÝM ULTRAZVUKEM NAVIGOVANÝM MAGNETICKOU REZONANCÍ					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den, 2/čtvrtletí		L3	3	240
	OM	SH - pouze na spec. prac. při hospitalizaci		J2	2	240
	Čas výkonu	240		ZUM	ne	
	Body	37 470		ZULP	ano“.	

60. V příloze v Kapitole 902 – fyzioterapeut se za výkon č. 21003 vkládá výkon č. 21004, který zní:

„21004	VYŠETŘENÍ S VYUŽITÍM POSTUROGRAFU					
	Vyšetření slouží k detekci rizika pádu, rozlišení deficitu instability s následnou možností cílené terapie, k objektivizaci balančních schopností pacienta a schopnosti aktivního přenosu zatížení na dolní končetiny a k objektivizaci efektu terapie. Indikačními skupinami jsou: pacienti ohrožení rizikem pádu, s poruchou vnímání střední osy těla, neschopností aktivního přenosu zatížení na některou dolní končetinu, pacienti po amputacích dolních končetin, s poruchou stability vestibulární etiologie.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den, 2/1 čtvrtletí		K3	3	45
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	45		ZUM	ne	
	Body	548		ZULP	ne“.	

61. V příloze v Kapitole 902 – fyzioterapeut se za výkon č. 21019 vkládá výkon č. 21020, který zní:

„21020	TERAPIE NA PŘÍSTROJÍCH S VYUŽITÍM PRINCIPU BIOLOGICKÉ ZPĚTNÉ VAZBY					
	Terapie je založena na biologické, většinou vizuální zpětné vazbě. Změna polohy pacienta je prostřednictvím pohybových senzorů snímána a přenášena na obrazovku před pacientem. To umožňuje pacientovi lépe koordinovat trénovaný pohyb, který je možné v rámci terapeutické jednotky vždy předem definovat v softwaru přístroje. Pacient tak může sledovat zprostředkovaně vlastní pohyby v reálném čase a korigovat volně pohyby dílčích tělesných segmentů. Možnost zrakové kontroly pohybu představuje významný motivační prvek. Terapie je					

	vždy řízená a vedená terapeutem. K této terapii jsou indikováni především pacienti s poruchou vnímání střední osy těla, s neschopností aktivního přenosu zatížení, s neschopností identifikace částečné zátěže, s neschopností funkčního dosahu a úchopu, s poruchami balančních schopností vestibulární etiologie. Terapie je primárně určena pro neurologické pacienty (např. po iktu, RSM, polyradikuloneuritidy, mozečkové sy – s funkční ztrátou dosahových a úchopových schopností, s neschopností aktivního přenosu zatížení na paretickou DK, s neschopností identifikace střední osy těla), traumatologicko – ortopedické pacienty (po frakturách DKK a pánve, po TEP – nácvik přenosu zatížení na postiženou DK, kontrolovaný nácvik částečné zátěže, nácvik lokomočních schopností), traumatologicko – chirurgické pacienty (amputace DKK – nácvik přenosu zatížení na protézu, výcvik balančních a lokomočních schopností v protéze), ORL pacienti s verifikovanou lézí vestibulárního systému (vestibulární trénink). Indikovat tuto terapii může: lékař REH, NEU, ORT, NCH, TRAUM, ORL.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	4/1 den		K2	2	15
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	15		ZUM	ne	
	Body	140		ZULP	ne“.	

62. V příloze v Kapitole 902 – fyzioterapeut se za výkon č. 21115 vkládá výkon č. 21116, který zní:

„21116	LOKÁLNÍ PŘÍSTROJOVÁ KRYOTERAPIE					
	Lokální kryoterapie s využitím přístrojové techniky je založená na využití negativního termálního šoku a následnými pozitivními účinky, které v léčebné terapii pacienta představují snížení svalových spasmů, působí protizánětlivě myorelaxačně, antiedematozně, zmenšují bolest, zlepšují pohyblivost kloubů.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den, 10/3 měsíce		K2	2	10
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	20		ZUM	ne	
	Body	62		ZULP	ne“.	

63. V příloze v Kapitole 905 – zrakový terapeut se na konec doplňují výkony č. 75200, 75202, 75204, 75208 a 75210, které znějí:

„75200	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ ZRAKOVÉ OSTROTI (DETEKCE, RESOLUCE, REKOGNICE) METODOU BEHAVIORÁLNÍ					
	Kontrolní vyšetření zrakové ostroty (detekce, resoluce, rekognice) metodou behaviorální u pacientů v preverbálním věku, pacientů s těžkým zrakovým postižením, pacientů slovně nekomunikujících a pacientů s vícečetným postižením.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas

	OF	6/1 den (obou, pravého, levého bez a s korekcí)		K1	1	13
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	13		ZUM	ne	
	Body	53		ZULP	ne	

75202	DIAGNOSTIKA, REHABILITACE A KOMPENZACE CENTRÁLNÍCH PORUCH VIDĚNÍ					
	Diagnostika a rehabilitace oblastí centrálních poruch zraku: obtíže s rozpoznáním tvarů, velikostí, znaků, písmen, čísel, charakteristických znaků obličeje, poruch prostorové orientace, koordinace oko - ruka, metodami: stimulace, reedukace a kompenzace při použití materiálu pro rehabilitaci uvedených obtíží. Stanovení úkolů pro rehabilitaci a domácí trénink do následné kontroly. Na základě doporučení neurologem, oftalmologem, praktickým lékařem pro děti a dorost a lékařem rehabilitační a fyzikální medicíny.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		K3	3	60
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	60		ZUM	ne	
	Body	595		ZULP	ne	

75204	DIAGNOSTIKA A REHABILITACE ZRAKOVÝCH DOVEDNOSTÍ					
	Diagnostika a nácvik zrakových dovedností s optimální korekcí: lokalizace, fixace, spotting, tracing, tracking, scanning.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		K2	2	60
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	60		ZUM	ne	
	Body	445		ZULP	ne	

75208	VYŠETŘENÍ ZORNÉHO POLE U DĚTÍ V PREVERBÁLNÍM VĚKU, PACIENTŮ S TĚŽKÝM ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM A S VÍCEČETNÝM POSTIŽENÍM VŠECH VĚKOVÝCH KATEGORIÍ					
	Vyšetření provádíme ručním perimetrem. Sledujeme chování pacienta při zachycení světelného zdroje prezentovaného vyšetřujícím z periferie zorného pole pacienta pro každé oko zvlášť, s optimální korekcí.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	3/1 den		K3	3	25
	OM	S - pouze na specializovaném				

		pracovišti				
	Čas výkonu	25		ZUM	ne	
	Body	206		ZULP	ne	

75210	FUNKČNÍ VYŠETŘENÍ ZRAKU II (ZVLÁŠŤ NÁROČNÉ U OSOB S TĚŽKÝM ZRAKOVÝM A S VÍCEČETNÝM POSTIŽENÍM)					
	Využití metod subjektivního vyšetření zraku bez přímé spolupráce pacienta: využití metody preferenčního vidění pomocí testového materiálu Lea Gratings, Teller Acuity Cards, Cardiff test, LEA Gratings, Hiding Heidi, Vision Efficiency test N. Baraga, LH Symbol tests, stimulačních desek, Optocinetic Drum.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		K3	3	60
	OM	BOM – bez omezení				
	Čas výkonu	60		ZUM	ne	
	Body	529		ZULP	ne“.	

64. V příloze v Kapitole 911 – všeobecná sestra se za výkon č. 06129 vkládají výkony č. 06130 a 06132, které znějí:

„06130	OŠETŘENÍ HYPERKERATÓZ A PREULCERATIVNÍCH LÉZÍ U DIABETIKŮ					
	Preventivní ošetření dolních končetin u diabetiků s odstraněním hyperkeratóz a preulcerativních lézí (např. ragády, puchýře, abnormality nehtů) zabráňující následnému rozvoji diabetických ulcerací. Indikováno ošetřujícím lékařem u nemocných se syndromem diabetické nohy v anamnéze nebo u pacientů vysoce rizikových pro syndrom diabetické nohy.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	6/1 rok		S2	2	45
	OM	SA - pouze na spec. prac. ambulantně				
	Čas výkonu	45		ZUM	ano	
	Body	110		ZULP	ne	

06132	EDUKACE PACIENTA V INHALAČNÍ LÉČBĚ, VČETNĚ NÁCVIKU A KONTROLY SPRÁVNÉ INHALAČNÍ TECHNIKY					
	Výkon bude prováděn na pneumologických a alergologických pracovištích všeobecnou sestrou s osvědčením o výkonu práce bez odborného dohledu na základě indikace lékařem za účelem výběru vhodného inhalačního systému pro pacienta, nácviku správné inhalační techniky a její opakované kontroly. Výkon lze vykazovat 1x za rok a dále při změně inhalačního systému.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 rok; při změně		S2	2	10

		inhalačního systému				
	OM	SA - pouze na spec. prac. ambulantně				
	Čas výkonu	10		ZUM	ne	
	Body	24		ZULP	ne ⁴⁴ .	

65. V příloze v Kapitole 911 – všeobecná sestra se za výkon č. 06141 vkládá výkon č. 06142, který zní:

„06142	PROVÁDĚNÍ CHRONICKÉ HEMODIALÝZY MIMO DIALYZAČNÍ STŘEDISKO SESTROU					
	Provedení výkonu chronické hemodialýzy mimo dialyzační středisko je zajištěno sestrou. Výkon je indikován v případě, že nemocný či jeho rodinný příslušník nejsou schopni si hemodialýzu provádět sami bez pomoci, ať již z důvodu snížení zdravotní způsobilosti či jiných. Přičítá se k výkonu chronická hemodialýza prováděná mimo dialyzační středisko (18523). Přístrojové a materiálové náklady se vykazují zvlášť.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den, 365/1 rok		S2	2	300
	OM	A – pouze ambulantně				
	Čas výkonu	300		ZUM	ne	
	Body	713		ZULP	ne ⁴⁴ .	

66. V příloze v Kapitole 911 – všeobecná sestra se výkon č. 06133 zrušuje.

67. V příloze v Kapitole 913 – všeobecná sestra v sociálních službách výkony č. 06645 a 06649 znějí:

„06645	BONIFIKAČNÍ VÝKON ZA PRÁCI ZDRAVOTNÍ SESTRY V DOBĚ OD 22:00 DO 06:00 HODIN					
	Kategorie	P				
	OM	A – pouze ambulantně				
	OF	18/1 den				
	Čas výkonu	0		ZUM	ne	
	Body	8		ZULP	ne	

06649	BONIFIKAČNÍ VÝKON ZA PRÁCI SESTRY V DOBĚ PRACOVNÍHO VOLNA NEBO PRACOVNÍHO KLIDU					
	Kategorie	P				

	OM	A – pouze ambulantně				
	OF	18/1 den				
	Čas výkonu	0		ZUM	ne	
	Body	8		ZULP	ne“.	

68. V příloze Kapitola 917 – ergoterapeut zní:

„Kapitola 917 – ergoterapeut

21609	SPECIALIZOVANÉ ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ PŘI ZAHÁJENÍ ERGOTERAPIE					
	Analýza funkčních schopností pacienta pomocí specializovaných metod či standardizovaných testů/hodnocení (např. ACE-R, MEAMS, Rivermead Behaviorální paměťový test, LOTCA, hodnocení dle Jacobsové, FIM, FAM, A-ONE, funkční test horní končetiny - např. Jebsen-Taylor, Purdue pegboard, JAMAR, AMPS, PEDI). Slouží ke stanovení cíle a plánu ergoterapie.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		S3	3	45
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	45		ZUM	ne	
	Body	134		ZULP	ne	

21610	SPECIALIZOVANÉ KONTROLNÍ ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ					
	Kontrolní vyšetření funkčních schopností pacienta pomocí specializovaných metod či standardizovaných testů/hodnocení za účelem monitorace změn funkčních schopností pacienta v průběhu terapie (např. MEAMS, ACE-R, Rivermead Behaviorální paměťový test, LOTCA, hodnocení dle Jacobsové, FIM, FAM, A- ONE, funkční test HK- např. Jebsen- Taylor, Purdue pegboard, JAMAR, AMPS, PEDI). Slouží k optimalizaci úprav ergoterapeutického cíle a plánu podle aktuálních potřeb pacienta.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den, 4/1 čtvrtletí		S3	3	45
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	45		ZUM	ne	
	Body	134		ZULP	ne	

21611	VYŠETŘENÍ ERGOTERAPEUTEM PŘI ZAHÁJENÍ ERGOTERAPIE					
	Analýza zbylých funkčních schopností pomocí ergoterapeutického vyšetření či nestandardizovaných hodnocení/testů. Možno vykázat pouze 1x při zahájení ergoterapie.					

	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		S2	2	45
	OM	BOM – bez omezení				
	Čas výkonu	45		ZUM	ne	
	Body	107		ZULP	ne	

21612	KLASIFIKOVÁNÍ PODLE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE FUNKČNÍCH SCHOPNOSTÍ, DISABILITY A ZDRAVÍ					
	Klasifikování funkčního stavu osoby s disabilitou z bio-psycho-sociálního pohledu především v oblasti tělesných funkcí, aktivit a participací a faktorů prostředí. Určení výše kvalifikátoru výkonu a kapacity v oblasti komponent aktivit a participací u osoby s disabilitou. A dále určení výše kvalifikátoru u bariéry a facilitátoru v oblasti faktorů prostředí u osoby s disabilitou pomocí škály MKF.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den, 3/1 čtvrtletí		S3	3	30
	OM	BOM – bez omezení				
	Čas výkonu	30		ZUM	ne	
	Body	89		ZULP	ne	

21613	VYŠETŘENÍ ERGOTERAPEUTEM KONTROLNÍ					
	Kontrolní vyšetření slouží k monitorování změn funkčních schopností pacienta/klienta v průběhu terapie a přispívá k optimalizaci úprav terapeutického plánu podle aktuálních potřeb. Při ukončení terapie vypracuje ergoterapeut závěrečnou zprávu o výstupech terapie pro ošetřujícího lékaře, v průběhu terapie zprávu o aktuálním stavu a postupu terapie.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den, 4/čtvrtletí		S2	2	30
	OM	BOM – bez omezení				
	Čas výkonu	30		ZUM	ne	
	Body	71		ZULP	ne	

21614	ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ PRO NAVRŽENÍ VHODNÝCH TECHNOLOGIÍ A PRODUKTŮ					
	Vyšetření prováděné ergoterapeutem za účelem doporučení vhodných produktů a technologií pro překonání bariér v aktivitách a participaci denního života. Ergoterapeut při vyšetření posuzuje aktuální schopnost provedení denní činnosti v porovnání s jeho výkonem za předpokladu dostupnosti vhodných technologií					

	a produktů k usnadnění denních činností. Na základě zjištění doporučuje vhodné facilitátory.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	2/1 den, 6/1 čtvrtletí		S2	2	20
	OM	BOM – bez omezení				
	Čas výkonu	20		ZUM	ne	
	Body	48		ZULP	ne	

21621	INDIVIDUÁLNÍ ERGOTERAPIE ZÁKLADNÍ					
	Výkon zahrnuje vhodné specifické činnosti a techniky podle typu postižení. Využívá terapeutické a pracovní činnosti s použitím různého materiálu, pomůcek a náčiní za účelem zlepšení nebo zachování senzomotorických, kognitivních, percepčních a funkčních schopností pacienta.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	2/1 den, 36/1 čtvrtletí		S2	2	30
	OM	S – pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	30		ZUM	ne	
	Body	105		ZULP	ne	

21622	ERGOTERAPEUTICKÉ METODY NA NEUROFYZIOLOGICKÉM PODKLADĚ					
	Aplikace metod a přístupů založených na neurofyziologickém podkladě do ergoterapeutické intervence (např. Bobath koncept, metoda Affolterové, Orofaciální stimulace, Bazální stimulace, PANat koncept, PNF, Spirální dynamika, Neurodynamika, Senzomotorická stimulace, Senzorická stimulace, atp.), včetně příslušného vyšetření.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	1/1 den		S3	3	45
	OM	S - pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	45		ZUM	ne	
	Body	134		ZULP	ne	

21623	INDIVIDUÁLNÍ ERGOTERAPIE S VYUŽITÍM DÍLEN					
	Zahrnuje cílené terapeutické činnosti a techniky podle typu postižení. Využívá kreativní a pracovní činnosti s použitím různého materiálu, pracovního náčiní a nářadí. K terapeutickým činnostem se řadí zejména výroba keramiky, rukodělné práce se dřevem a kovem. Pro výkon terapeutických činností je nutné odpovídající technické vybavení pracovních dílen, popř. vyčlenění pracovního					

	prostoru v místnosti ergoterapie k zajištění potřebných bezpečnostních opatření při terapeutické činnosti.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	2/1 den, 24/1 čtvrtletí		S2	2	30
	OM	S – pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	30		ZUM	ne	
	Body	99		ZULP	ne	

21625	NÁCVIK VŠEDNÍCH DENNÍCH ČINNOSTÍ - ADL					
	Trénink všedních denních činností personálních a instrumentálních, pod vedením ergoterapeuta.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	2/1 den, 48/1 čtvrtletí		S2	2	30
	OM	BOM – bez omezení				
	Čas výkonu	30		ZUM	ne	
	Body	79		ZULP	ne	

21627	ERGOTERAPIE SKUPINOVÁ ZÁKLADNÍ					
	Skupina 3-5 osob. Zahrnuje činnosti aplikované za účelem zlepšení a udržení fyzického, mentálního a psychického stavu s cílem obnovení poškozených funkcí.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	2/1 den, 24/1 čtvrtletí		S2	2	11
	OM	S – pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	11		ZUM	ne	
	Body	49		ZULP	ne	

21629	ERGOTERAPIE SKUPINOVÁ S VYUŽITÍM DÍLEN					
	Skupina 3-5 osob. Zahrnuje činnosti aplikované za účelem zlepšení a udržení fyzického, mentálního a psychického stavu s cílem obnovení poškozených funkcí a tréninku tolerance pracovní zátěže. K výkonu je nutné odpovídající technické vybavení pracovního místa, popř. samostatných pracovních dílen. K možným terapeutickým zaměstnáním v tomto výkonu patří práce se dřevem, kovem, výroba keramiky.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	2/1 den, 24/1 čtvrtletí		S2	2	11

	OM	S – pouze na specializovaném pracovišti				
	Čas výkonu	11		ZUM	ne	
	Body	49		ZULP	ne	

21631	CÍLENÁ ERGOTERAPIE RUKY					
	Cílená ergoterapie zaměřená na ruku, zápěstí, loket, pletenec ramenní, u různých onemocnění, poúrazových a pooperačních stavů postihujících horní končetinu. Zahrnuje např. artrotická a revmatologická onemocnění, vrozené vývojové vady, traumata, fraktury, amputace, lymfedém, poranění periferních nervů, poranění cévního systému, poranění centrálního nervového systému, u bolestivých stavů (např. fibromyalgie, komplexní regionální bolestivý syndrom), poranění šlachového aparátu, neuromuskulární onemocnění.					
	Kategorie	P		Nositel	INDX	Čas
	OF	2/1 den		S3	3	30
	OM	BOM - bez omezení				
	Čas výkonu	30		ZUM	ano	
	Body	89		ZULP	ne“.	

69. V příloze v Kapitole 999 – univerzální mezioborové výkony výkony č. 09543 a 09544 znějí:

„09543	SIGNÁLNÍ VÝKON KLINICKÉHO VYŠETŘENÍ					
	Vykazuje se s výkonem klinického vyšetření provedeným pojištěnci staršímu 18 let při návštěvě u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, zubního lékaře, ambulantního specialisty, klinického psychologa, klinického logopeda a při návštěvní službě poskytnuté praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost.					
	Kategorie	P				
	OF	bez omezení				
	OM	BOM - bez omezení				
	Čas výkonu	0		ZUM	ne	
	Body	0		ZULP	ne	

09544	SIGNÁLNÍ VÝKON POBYTU V ZAŘÍZENÍ LŮŽKOVÉ PÉČE					
	Signální výkon se vykazuje současně s každým dnem, kdy je pojištěnci poskytována lůžková péče, hrazená z veřejného zdravotního pojištění.					
	Kategorie	P				
	OF	bez omezení				
	OM	BOM -				

		bez omezení				
	Čas výkonu	0		ZUM	ne	
	Body	0		ZULP	ne“.	

70. V příloze v Kapitole 999 – univerzální mezioborové výkony se za výkon č. 09551 vkládá výkon č. 09552, který zní:

„09552	SIGNÁLNÍ VÝKON VÝDEJ LÉČIVÉHO PŘÍPRAVKU ZA RECEPT, ZÁKLADNÍ DISPENZACE A SOUVISEJÍCÍ ADMINISTRATIVA					
	Vykazuje se současně s vydáním léčivého přípravku, plně či částečně hrazeného z veřejného zdravotního pojištění, pojištěnci za základní odbornou dispenzační práci farmaceuta při výdeji léčiva na recept a současně za administrativní práci spojenou s tímto výdejem.					
	Kategorie	P				
	OF	1/1 recept				
	OM	BOM - bez omezení				
	Čas výkonu	0		ZUM	ne	
	Body	0		ZULP	ne“.	

Čl. II

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2015.

Ministr:

MUDr. Němeček, MBA, v. r.



8 591449 129015

ISSN 1211-1244

Vydává a tiskne: Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o., Bartůňkova 4, pošt. schr. 10, 149 01 Praha 415, telefon: 272 927 011, fax: 974 887 395 – **Redakce:** Ministerstvo vnitra, nám. Hrdinů 1634/3, pošt. schr. 155/SB, 140 21 Praha 4, telefon: 974 817 289, fax: 974 816 871 – **Administrace:** písemné objednávky předplatného, změny adres a počtu odebíraných výtisků – MORAVIAPRESS, a. s., U Póny 3061, 690 02 Břeclav, tel.: 516 205 175, e-mail: sbirky@moraviapress.cz. **Roční předplatné** se stanovuje za dodávku kompletního ročníku včetně rejstříku z předcházejícího roku a je od předplatitelů vybíráno formou záloh ve výši oznámené ve Sbírce zákonů. Závěrečné vyúčtování se provádí po dodání kompletního ročníku na základě počtu skutečně vydaných částek (první záloha na rok 2014 činí 6 000,- Kč) – Vychází podle potřeby – **Distribuce:** MORAVIAPRESS, a. s., U Póny 3061, 690 02 Břeclav, celoroční předplatné a objednávky jednotlivých částek (dobírky) – 516 205 175, objednávky – knihkupci – 516 205 175, e-mail – sbirky@moraviapress.cz, zelená linka – 800 100 314. **Internetová prodejna:** www.sbirkyzakonu.cz – **Drobný prodej – Brno:** Ing. Jiří Hrazdil, Vranovská 16, SEVT, a. s., Česká 14; **České Budějovice:** SEVT, a. s., Česká 3, tel.: 387 319 045; **Cheb:** EFREX, s. r. o., Karlova 31; **Chomutov:** DDD Knihkupectví – Antikvariát, Ruská 85; **Kadaň:** Knihárství – Příbíkova, J. Švermy 14; **Liberec:** Podještědské knihkupectví, Moskevská 28; **Olomouc:** Zdeněk Chumchal – Knihkupectví Tycho, Ostružnická 3; **Ostrava:** LIBREX, Nádražní 14; **Otrokovice:** Ing. Kuččík, Jungmannova 1165; **Pardubice:** ABONO s. r. o., Sportovců 1121, LEJHANEC, s. r. o., třída Míru 65; **Plzeň:** Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, nám. Českých bratří 8; **Praha 3:** Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, K Červenému dvoru 24; **Praha 4:** Tiskárna Ministerstva vnitra, Bartůňkova 4; **Praha 6:** PERIODIKA, Komornická 6; **Praha 9:** Abonentní tiskový servis-Ing. Urban, Jablonecká 362, po-pá 7-12 hod., tel.: 286 888 382, e-mail: tiskovy.servis@top-dodavatel.cz, DOVOZ TISKU SUWECO CZ, Klečákova 347; **Praha 10:** BMSS START, s. r. o., Vinohradská 190, MONITOR CZ, s. r. o., Třebohostická 5, tel.: 283 872 605; **Přerov:** Jana Honková-YAHO-i-centrum, Komenského 38; **Ústí nad Labem:** PNS Grosso s. r. o., Havířská 327, tel.: 475 259 032, fax: 475 259 029, KARTOON, s. r. o., Klíšská 3392/37 – vazby sbírek tel. a fax: 475 501 773, e-mail: kartoon@kartoon.cz; **Zábřeh:** Mgr. Ivana Patková, Žižkova 45; **Žatec:** Jindřich Procházka, Bezděkov 89 – Vazby Sbírek, tel.: 415 712 904. **Distribuční podmínky předplatného:** jednotlivé částky jsou expedovány neprodleně po dodání z tiskárny. Objednávky nového předplatného jsou vyřizovány do 15 dnů a pravidelné dodávky jsou zahajovány od nejbližší částky po ověření úhrady předplatného nebo jeho zálohy. Částky vyšlé v době od zaevidování předplatného do jeho úhrady jsou doposílány jednorázově. Změny adres a počtu odebíraných výtisků jsou prováděny do 15 dnů. **Reklamace:** informace na tel. čísle 516 205 175. V písemném styku vždy uvádějte IČO (právnícká osoba), rodné číslo (fyzická osoba). **Podávání novinových zásilek** povoleno Českou poštou, s. p., Odštěpný závod Jižní Morava Ředitelství v Brně č. j. P/2-4463/95 ze dne 8. 11. 1995.