Sbírka zákonů a mezinárodních smluv

ČESKÁ REPUBLIKA

Zpřístupněna dne 30. října 2024

Vyhláška č. 314/2024 Sb.

Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025

314
VYHLÁŠKA
ze dne 25. října 2024

o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025

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. 371/2021 Sb.:

§ 1

(1) Tato vyhláška stanoví pro rok 2025

a) hodnoty bodu,

b) 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“),

c) výši úhrad hrazených služeb poskytovaných pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, členských států Evropského hospodářského prostoru a Švýcarské konfederace podle přímo použitelných předpisů Evropské unie upravujících koordinaci systémů sociálního zabezpečení[1]), pojištěncům Spojeného království podle Dohody o obchodu a spolupráci[2]) a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast hrazených služeb[3]) (dále jen „zahraniční pojištěnec“),

d) regulační omezení pro úhrady za hrazené služby uvedené v § 4 až 20, poskytované smluvními poskytovateli zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel“).

(2) Tato vyhláška se vztahuje na poskytovatele

a) lůžkové péče,

b) v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami[4]) (dále jen „seznam výkonů“),

c) v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů,

d) specializované ambulantní péče,

e) dialyzační zdravotní péče,

f) v odbornostech 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů,

g) ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů,

h) v oboru zubní lékařství,

i) ambulantní péče v odbornostech 222, 801, 802, 806 až 810, 812 až 818 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen „vyjmenovaná odbornost“),

j) ambulantní péče v odbornostech 914, 916 a 921 podle seznamu výkonů,

k) domácí péče v odbornostech 925 a 926 podle seznamu výkonů,

l) ambulantní péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů,

m) zdravotnické záchranné služby,
n) přepravy pacientů neodkladné péče,
o) zdravotnické dopravní služby,
p) lékařské pohotovostní služby,
q) pohotovostní služby v oboru zubní lékařství,
r) lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravovny,
s) lékárenské péče a
t) jednodenní péče.

§ 2

(1) Referenčním obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2023. Referenčními hodnotami poskytovatele jsou hodnoty příslušných úhradových ukazatelů poskytovatele v referenčním období.

(2) Hodnoceným obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2025.

(3) Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2023, poskytovatelem vykázané do 31. března 2024 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2024.

(4) Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2025, poskytovatelem vykázané do 31. března 2026 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2026.

(5) Pokud dojde v hodnoceném období ke sloučení 2 zdravotních pojišťoven, použije se pro výpočet úhrad součet údajů za referenční období sloučených zdravotních pojišťoven.

§ 3

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

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

(3) V případě sloučení zdravotních pojišťoven se pojištěnec, za kterého byly v hodnoceném období nebo v referenčním období uhrazeny hrazené služby více než jednou ze sloučených zdravotních pojišťoven, započte do počtu unikátních pojištěnců pouze jednou.

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

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

(6) V případě sloučení zdravotních pojišťoven se pojištěnec, za kterého byly v hodnoceném období nebo v referenčním období uhrazeny hrazené služby více než jednou ze sloučených zdravotních pojišťoven, započte do počtu globálních unikátních pojištěnců pouze jednou.

(7) Má-li zdravotní pojišťovna při stanovení výše úhrad nebo regulačních omezení použít hodnoty úhradových ukazatelů srovnatelných poskytovatelů, použije k určení těchto hodnot příslušné hodnoty všech smluvních poskytovatelů, kteří v hodnoceném období poskytují zdravotní služby ve srovnatelném celkovém rozsahu a struktuře jako poskytovatel, pro kterého se ustanovení o srovnatelném poskytovateli používá.

(8) Mezinárodní klasifikací nemocí se pro účely této vyhlášky rozumí Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů v jejím aktuálním znění (MKN-10)[5]).

(9) Ordinačními hodinami se pro účely této vyhlášky rozumí ordinační hodiny sjednané ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem, kdy je na pracovišti poskytovatele pro pojištěnce dostupný alespoň 1 zdravotnický pracovník se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru, s tím, že se do ordinačních hodin nezapočítává doba věnovaná návštěvní službě a administrativním činnostem.

§ 4

V případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům se stanoví úhrada podle § 5 až 20.

§ 5

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli lůžkové péče, s výjimkou hrazených služeb poskytovaných poskytovateli následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, sociálně-zdravotní lůžkové péče nebo zvláštní lůžkové péče, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v přílohách č. 1, 9, 10, 12 a 13 k této vyhlášce.

(2) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, sociálně-zdravotní lůžkové péče, zvláštní lůžkové péče nebo zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. c) zákona se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 1 k této vyhlášce.

§ 6

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

§ 7

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

§ 8

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

§ 9

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

§ 10

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

§ 11

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

§ 12

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

§ 13

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

§ 14

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické záchranné služby a přepravy pacientů neodkladné péče hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,31 Kč, s výjimkou výkonů přepravy podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 1,44 Kč, a s výjimkou výkonu s bodovou hodnotou (dále jen „výkon“) č. 06714 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1,31 Kč.

(2) Úhrada podle odstavce 1 se poskytovateli zdravotnické záchranné služby navyšuje o 1 550 Kč za poskytnutí péče pojištěnci zdravotní pojišťovny zahrnující příjem tísňové výzvy operátorem zdravotnického operačního střediska a výjezd zdravotnické záchranné služby vykázaný podle odstavce 1.

§ 15

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby se výše úhrady stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony přepravy pro poskytovatele
   a) poskytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu s hodnotou bodu ve výši 1,44 Kč,
   b) neposkytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu s hodnotou bodu ve výši 1,18 Kč.

(2) Pro výkon přepravy č. 69 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,31 Kč.

§ 16

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v rámci lékařské pohotovostní služby hrazené podle seznamu výkonů se pro výkony, s výjimkou výkonů přepravy a výkonu č. 09580 podle seznamu výkonů, stanoví hodnota bodu ve výši 1,14 Kč a pro výkony přepravy podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,26 Kč.

(2) Pro stanovení výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v rámci pohotovostní služby v oboru zubní lékařství a stanovení regulačních omezení pro tyto hrazené služby se použije § 9.

§ 17

(1) Pro komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé, děti a dorost poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za 1 den pobytu ve výši 103 % smluvně sjednané úhrady za 1 den pobytu pro rok 2024. Nebyla-li úhrada za 1 den pobytu pro rok 2024 sjednána do 31. prosince 2024 včetně, stanoví se úhrada ve výši úhrady hrazené srovnatelným poskytovatelům. Úhrada za ubytování a stravu průvodce pojištěnce se stanoví ve stejné výši jako úhrada za tyto složky u pojištěnců, kterým je poskytována komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče pro dospělé.

(2) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé, děti a dorost poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za 1 den pobytu ve výši 103 % smluvně sjednané úhrady za 1 den pobytu pro rok 2024. Nebyla-li úhrada za 1 den pobytu pro rok 2024 sjednána do 31. prosince 2024 včetně, stanoví se úhrada ve výši úhrady hrazené srovnatelným poskytovatelům.

(3) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči se pro výkon č. 09543 podle seznamu výkonů stanoví hodnota bodu ve výši 0,76 Kč. Tento výkon může být pojišťovně vykázán maximálně třikrát během jednoho léčebného pobytu pojištěnce.

(4) Pro hrazené služby poskytované v ozdravovnách se stanoví úhrada za 1 den pobytu ve výši 1 284 Kč, která se skládá ze složky ubytování, stravování a složky ozdravný program. Úhrada za ubytování a stravu průvodce pojištěnce se stanoví ve stejné výši jako úhrada za tyto složky u pojištěnců, kterým jsou poskytovány hrazené služby v ozdravovnách.

§ 18

(1) Pro výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,06 Kč. Věta první se nepoužije u poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče, u kterého se postupuje podle § 17 odst. 3.

(2) Pro výkony č. 09555 až 09557 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,06 Kč.

(3) Pro výkony č. 09580 a 09581 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,02 Kč.

(4) Za každý výkon č. 09990 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 36 Kč.

(5) Úhrada podle odstavců 1 až 4 nevstupuje do výpočtu maximální, celkové nebo jim obdobné výše úhrady za hrazené služby. S výjimkou podle odstavce 1 věty druhé se odstavce 1 až 4 nepoužijí pro hrazené služby jednodenní a lůžkové péče.

§ 19

(1) Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09552 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 32 Kč.

(2) Nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli 16 Kč za každé převedení listinného receptu do elektronické podoby, byl-li na základě tohoto receptu vydán jejímu pojištěnci léčivý přípravek hrazený z veřejného zdravotního pojištění.

§ 20

Výše úhrad za hrazené služby jednodenní péče podle zákona o zdravotních službách se stanoví v příloze č. 13 k této vyhlášce.

§ 21

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2025.

Ministr:

prof. MUDr. Válek, CSc., MBA, EBIR, v. r.

Příloha č. 1

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

A) Hrazené služby podle § 5 odst. 1

1. Úhrada poskytovateli v hodnoceném období zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady podle bodu 2, paušální úhradu podle bodu 3, úhradu vyčleněnou z paušální úhrady podle bodu 4, úhradu formou případového paušálu podle bodu 5, úhradu za akutní lůžkovou péči pro malý počet pojištěnců a zahraniční pojištěnce podle bodu 6, úhradu za ambulantní péči podle bodu 7 (dále jen „ambulantní složka úhrady“) a ostatní úhrady podle bodu 8.

1.1 Pro účely bodů 3 až 5 se při výpočtu proměnných v referenčním období případy hospitalizací rozumí případy hospitalizací přepočtené podle pravidel pro Klasifikaci hospitalizovaných pacientů pro rok 2025[6)] (dále jen „Klasifikace“).

1.2 Pro účely bodů 3 až 6 se vyžádanou extramurální péčí 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 vykazuje zdravotní pojišťovně.

1.3 Pro výkony OD 00031 a 00032 se stanoví paušální sazba za ošetřovací den ve výši 561 Kč, přičemž tyto výkony jsou vyjmuty z úhrady podle bodů 3 až 6. Hrazené služby podle bodu 7.12 písm. c), pokud jsou poskytnuty během hospitalizace pojištěnce, jsou vyjmuty z úhrady podle bodů 3 až 6 a hradí se podle bodu 7.

1.4 Léčivé přípravky a zdravotnické prostředky uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, přičemž tyto léčivé přípravky a zdravotnické prostředky jsou vyjmuty z úhrady podle bodů 2.2 a 3 až 7.

1.5 Pro účely bodů 3 až 8 se poskytovatelem, který má statut centra vysoce specializované péče, rozumí poskytovatel, který je podle zákona o zdravotních službách držitelem statutu centra vysoce specializované zdravotní péče nebo centra vysoce specializované zdravotní péče pro pacienty se vzácným onemocněním, nebo spolupracujícím poskytovatelem s takovým poskytovatelem pro účely udělení nebo získání tohoto statutu.

2. <u>Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady</u>

2.1 Pokud si zdravotní pojišťovna a poskytovatel dohodnou rozdílnou výši a způsob úhrady hrazených služeb i pro hrazené služby, jež jsou zahrnuty v paušální úhradě, v úhradě vyčleněné z paušální úhrady nebo v úhradě formou případového paušálu, úhrada za tyto služby se nezapočítá do úhrady uvedené v bodech 3 až 6.

2.2 Výše úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely (dále jen „léčivý přípravek“) označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „vyhláška č. 376/2011 Sb.“), a dalších léčivých přípravků podle bodu 2.2.1 písm. c) a písm. d) podbodu i. a bodu 2.2.2 písm. q) se stanoví podle poskytovatelem vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného léčivého přípravku v jednotkové ceně, maximálně však ve výši uvedené v bodech 2.2.1 až 2.2.3.

2.2.1 Pro léčivé přípravky:

a) určené k léčbě onemocnění HIV/AIDS, spinální svalová atrofie, cystická fibróza nebo hereditární angioedém,
b) určené k profylaxi rizikových dětí vystavených expozici respiračního syncytiálního viru,
c) ATC skupiny M09AX09, nebo
d) podané pojištěncům do 18 let, pokud jsou
   i. hrazené podle § 16 zákona, nebo
   ii. zařazené ve skupinách podle bodu 2.2.2, a to i v případě použití těchto léčivých přípravků způsobem podle § 8 odst. 4 zákona o léčivech,

se stanoví maximální úhrada na 1 podaný léčivý přípravek ve výši poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané úhrady v roce 2023; to neplatí, pokud mají tyto přípravky stanovenou výši úhrady podle jiných právních předpisů. Úhrada za léčivé přípravky uvedené v písmenech a) až d) nevstupuje do výpočtu podle bodu 2.2.2.

2.2.2 Pro skupiny:

a)	Dermatologie (aktinická keratóza, psoriáza těžká a jiná kožní onemocnění)
b)	Dýchací soustava 1 (astma, CHOPN)
c)	Dýchací soustava 2 (idiopatická plicní fibróza, intersticiální pneumonie)
d)	Endokrinologie (akromegalie, endokrinní oftalmopatie, toxická struma štítné žlázy, růstové hormony, hypoparathyreóza, achondroplázie, křivice)
e)	Hematoonkologie (leukemie, lymfomatózní meningitida, lymfomy, mnohočetný myelom, myelo-dysplastické syndromy, podpůrná hematoonkologie, zhoubné imunoproliferativní nemoci, hematologie)
f)	Imunitní systém (autoinflamatorní onemocnění, digitální ulcerace u systémové sklerodermie, polyangiitida, transplantace)
g)	Infekce (hepatitida C)
h)	Metabolické vady (Fabryho choroba, Gaucherova choroba, Niemann-Pickova choroba, metabolické vady)
i)	Neurologie 1 (epilepsie, narkolepsie, migréna, Parkinsonova choroba, substituční léčba)
j)	Neurologie 2 (roztroušená skleróza)
k)	Oběhový systém (plicní arteriální hypertenze, amyloidóza srdce, symptomatická hypertrofická obstrukční kardiomyopatie)
l)	Oftalmologie (centrální a periferní venózní okluze, choroidální neovaskularizace, věkem podmíněná makulární degenerace, oftalmologie – diabetes mellitus, vitreomakulární trakce, Leberova optická neuropatie, neinfekční uveitida, autologní buňky lidského rohovkového epitelu)
m)	Onkologie – solidní nádory (hepatocelulární karcinom, nádory hlavy a krku, nádory kolorekta, nádory ledviny, nádory močového ústrojí, nádory mozku, nádory ovarií a dělohy, nádory plic, nádory prostaty, nádory prsu, nádory slinivky, nádory štítné žlázy, nádory z embryonálních buněk, nádory žaludku, osteosarkom, neuroendokrinní tumory, sarkomy měkkých tkání, jiné nádory měkkých tkání, jiné zhoubné nádory kůže, kožní lymfomy, maligní melanom, mezoteliom pleury, hemangiom, gastrointestinální stromální tumory, neurofibrom)
n)	Revmatologie (Bechtěrevova choroba, artritida, systémový lupus erythematosus, psoriatická artritida)
o)	Trávicí soustava (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, syndrom krátkého střeva)
p)	Hepatologie – onemocnění jater a žlučových cest (sekundární trombocytopenie při onemocnění jater)

q)	Léčivé přípravky vyjmuté z metodiky výpočtu relativních vah podle Klasifikace – léčivé přípravky ATC skupin A16AB17, B01AX01, L01AB02, L01FX06, L01XL03, L01XL04, L01XL06, L01XL07, L01XL08 a L04AA41
r)	Ostatní – ostatní léčivé přípravky označené symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb.

se stanoví maximální úhrada za léčivé přípravky podané pojištěncům od 18 let takto:

$$Uhr_{max,2025} = \sum_{i=a}^{r} Uhr_{i,2023} * IN_i$$

kde:

$Uhr_{max,2025}$ je maximální úhrada v hodnoceném období.

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

$Uhr_{i,2023}$ je celková úhrada v roce 2023 za léčivé přípravky ze skupiny *i*, podané pojištěncům, kteří nejpozději v referenčním období dovršili 18 let.

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

Maximální úhrada je stanovena pro všechny skupiny dohromady.

2.2.3 Index navýšení úhrady se pro jednotlivé skupiny uvedené v bodě 2.2.2 stanoví ve výši:

Skupina	**Index navýšení úhrady**
a) Dermatologie	1,32
b) Dýchací soustava 1	1,43
c) Dýchací soustava 2	1,15
d) Endokrinologie	1,36
e) Hematoonkologie	1,18
f) Imunitní systém	1,20
g) Infekce	1,12
h) Metabolické vady	1,58
i) Neurologie 1	1,45
j) Neurologie 2	1,06
k) Oběhový systém	1,41
l) Oftalmologie	1,03
m) Onkologie – solidní nádory	1,36
n) Revmatologie	1,16
o) Trávicí soustava	1,12
p) Hepatologie	1,20
q) Vyjmuté z Klasifikace	1,20
r) Ostatní	1,28

2.2.4 Úhrada za léčbu léčivými přípravky poskytnutými pojištěncům v hodnoceném období nad celkový limit úhrady stanovený podle bodů 2.2.1 až 2.2.3 se uhradí po předchozí dohodě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem.

3. Paušální úhrada

3.1 Paušální úhrada zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

3.2 Výše paušální úhrady se stanoví jako $ÚHR_{PU,CZ-DRG,2025}$ podle výrazu:

$$ÚHR_{PU,CZ-DRG,2025} = min\left\{1; \frac{CM_{red,2025,CZ-DRG,A}}{0{,}98 * CM_{2023,CZ-DRG,A}}\right\} * IPU * I_{ZP} - EM_{2025,A}$$

kde:

$CM_{2023,CZ-DRG,A}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2025 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

$EM_{2025,A}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

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

a kde IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

a) $IPU = PU_{drg,2023} * 1{,}095$

kde:

$PU_{drg,2023}$ je referenční výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané služby hrazené paušální úhradou, která se vypočte následovně:

$$PU_{drg,2023} = max\{CM_{2023,CZ-DRG,A-D} * ZS_{min,2023,PU};\ ÚHR_{PU,CZ-DRG,2023} + ÚHR^{2023}_{ISU,A-D} + EM_{2023,A-D}\} * \left(\frac{CM_{2023,CZ-DRG,A}}{CM_{2023,CZ-DRG,A-D}}\right)$$

kde:

$CM_{2023,CZ-DRG,A-D}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech A až D k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2025 uvedenými v příloze č. 10, částech A až D k této vyhlášce.

$ÚHR_{PU,CZ-DRG,2023}$ je celková výše paušální úhrady uhrazená poskytovateli v referenčním období.

$EM_{2023,A-D}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze podle přílohy č. 10, částí A až D k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v referenčním období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$ÚHR_{ISU,A-D}^{2023}$ je celková úhrada poskytovateli za případy hospitalizací zařazené do individuálně smluvně sjednaných bází v referenčním období, a zároveň zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech A až D k této vyhlášce.

max funkce maximum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejvyšší.

$ZS_{min,2023,PU}$ je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 68 000 pro poskytovatele, který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče a zároveň alespoň další 3 statuty center vysoce specializované péče nebo má alespoň 6 různých statutů center vysoce specializované péče podle zákona o zdravotních službách. Pro ostatní poskytovatele se minimální základní sazba stanoví následovně:

$$ZS_{min,2023,PU} = \max\left(MIN_{2023,PU}; 0{,}5 * ZS_{2023,median} + 0{,}5 * IZS_{2023,PU}\right)$$

kde:

$MIN_{2023,PU}$ nabývá hodnoty 55 000 pro poskytovatele, kteří zajišťují péči na urgentním příjmu, a 47 000 pro ostatní poskytovatele.

$ZS_{2023,median}$ nabývá hodnoty 60 000 pro poskytovatele, kteří zajišťují péči na urgentním příjmu, a 54 000 pro ostatní poskytovatele.

$IZS_{2023,PU}$ je referenční individuální základní sazba pro paušální úhradu, která se vypočte následovně:

$$IZS_{2023,PU} = \frac{ÚHR_{PU,CZ-DRG,2023} + ÚHR_{ISU,A-D}^{2023} + EM_{2023,A-D}}{CM_{2023,CZ-DRG,A-D}}$$

b) $CM_{red,2025,CZ-DRG,A}$ se vypočítá následovně

i. Pokud je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací, ukončených v hodnoceném období nebo ukončených v referenčním období a přepočtených podle bodu 1.1, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které byly ukončeny přeložením pacienta k jinému poskytovateli akutní lůžkové péče (dále jen „kód ukončení léčení 5“), menší nebo roven 75 nebo pokud $PPR_{drg,A,2025,5} \leq 0{,}075 * PP_{drg,A,2025}$ nebo pokud $PPR_{drg,A,2023,5} \leq 0{,}075 * PP_{drg,A,2023}$, stanoví se redukovaný casemix takto:

$$CM_{red,2025,CZ-DRG,A} = CM_{2025,CZ-DRG,A}$$

kde:

$CM_{2025,CZ-DRG,A}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2025 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

$PPR_{drg,A,2025,5}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 5.

$PPR_{drg,A,2023,5}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 5.

$PP_{drg,A,2025}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

$PP_{drg,A,2023}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

ii. V ostatních případech se redukovaný casemix stanoví takto:

$$CM_{red,2025,CZ-DRG,A} = CM_{1,2025,CZ-DRG,A} + CM_{red.5}$$

kde:

$CM_{1,2025,CZ-DRG,A}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2025 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

A kde:

$$CM_{red,5} = CM_{2025,CZ-DRG,A,5} * min\left[1; \left(X * \frac{PPR_{drg,A,2023,5}}{PPR_{drg,A,2025,5}} * \frac{PP_{drg,A,2025}}{PP_{drg,A,2023}}\right)\right]$$

kde:

$CM_{2025,CZ-DRG,A,5}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2025 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

X nabývá hodnoty 1,1 v případě, kdy je koeficient poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce větší než 0,1, a hodnoty 1,15 v případě, kdy je koeficient poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce menší nebo roven 0,1.

c) I_{ZP} je index změny produkce vypočtený takto:

$$I_{ZP} = max\left[1; ARCTG\left(3 * \frac{CM_{red,2025,CZ-DRG,A}}{CM_{2023,CZ-DRG,A}} - 1{,}443\right)\right]$$

4. Úhrada vyčleněná z paušální úhrady

4.1 Úhrada vyčleněná z paušální úhrady zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce.

4.2 Pro hrazené služby vyčleněné z paušální úhrady zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech C a E poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, se stanoví úhrada ve výši:

$$ÚHR_{vyčl,CZ-DRG,2025} = \left\{ \sum_{i=1}^{n} \left[\sum_{j=1}^{m} max\left(ÚHR_{JPL,ij}; CM_{2025,CZ-DRG,CE,ij} * IZS_{2025,CZ-DRG,CE}\right) \right] * KC_{CE,i} \right\} - EM_{2025,CE}$$

kde:

$CM_{2025,CZ-DRG,CE,ij}$ je případ hospitalizace *j* poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, zařazený podle Klasifikace do skupiny *i* vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, oceněný relativními váhami 2025 uvedenými v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce. Index *i* označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce. Index *j* označuje jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny *i*.

$ÚHR_{JPL,ij}$ je výše úhrady jednodenní péče pro případ hospitalizace *j* pacienta s diagnózou U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud tyto diagnózy je možné u hospitalizace pacienta vykázat, zařazený podle Klasifikace do skupiny *i* vztažené k diagnóze a uvedené v příloze č. 13 k této vyhlášce. U případů hospitalizací pacientů bez diagnóz uvedených ve větě první nebo u případů hospitalizací zařazených podle Klasifikace do skupin neuvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce se tato proměnná a funkce maximum neuplatní.

$KC_{CE,i}$ je koeficient centralizace, který se stanoví pro skupinu *i* vztaženou k diagnóze a uvedenou v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, ve výši 1,05, pokud poskytovatel má alespoň v části hodnoceného období alespoň 1 statut centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, a není-li tato podmínka splněna, ve výši uvedené pro danou skupinu v příloze č. 10, pokud poskytovatel nemá po celé hodnocené období ani 1 statut centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, a ve výši 1, pokud daná skupina nemá uveden žádný statut centra vysoce specializované péče v částech C a E k této vyhlášce a u případů hospitalizace, kdy nejdéle 1 den před začátkem hospitalizace byl poskytovatelem vykázán výkon č. 09563 nebo 09564 podle seznamu výkonů nebo výkon odbornosti 719 podle seznamu výkonů.

$EM_{2025,CE}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými

v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$IZS_{2025,CZ-DRG,CE}$ je individuální základní sazba pro péči vyčleněnou z paušální úhrady, která se vypočte následovně:

1) V případě, že:

$$IZS_{vstupni,2025} \geq \left(1 + RK_{CE,horní}\right) * ZS_{CZ-DRG}$$

pak:

$$IZS_{2025,CZ-DRG,CE} = TS_{CE,horní} * \left(1 + RK_{CE,horní}\right) * ZS_{CZ-DRG} + \left(1 - TS_{CE,horní}\right) * IZS_{vstupni,2025}$$

2) V případě, že:

$$IZS_{vstupni,2025} \leq \left(1 - RK_{CE,dolní}\right) * ZS_{CZ-DRG}$$

pak:

$$IZS_{2025,CZ-DRG,CE} = TS_{CE,dolní} * \left(1 - RK_{CE,dolní}\right) * ZS_{CZ-DRG} + \left(1 - TS_{CE,dolní}\right) * IZS_{vstupni,2025}$$

3) V ostatních případech:

$$IZS_{2025,CZ-DRG,CE} = IZS_{vstupni,2025}$$

kde:

$IZS_{vstupni,2025}$ je vstupní individuální základní sazba vypočtená následovně:

$$IZS_{vstupni,2025} = \frac{\left\{\left(ÚHR_{vyčl,2023} + ÚHR_{ISU,EF}^{2023} + EM_{2023,EF}\right) * \left(\frac{CM_{2023,CZ-DRG,E}}{CM_{2023,CZ-DRG,EF}}\right) + \left(\frac{CM_{2023,CZ-DRG,C}}{CM_{2023,CZ-DRG,A}}\right) * PU_{drg,2023}\right\}}{CM_{2023,CZ-DRG,CE}} * 1{,}095$$

kde:

$ÚHR_{vyčl,2023}$ je celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby, poskytnuté během hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 ukončených v referenčním období, které byly v referenčním období hrazeny úhradou vyčleněnou z paušální úhrady.

$ÚHR_{ISU,EF}^{2023}$ je celková úhrada poskytovateli za případy hospitalizací zařazené do individuálně smluvně sjednaných bází v referenčním období, a zároveň zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech E a F k této vyhlášce.

$EM_{2023,EF}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech E a F k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v referenčním období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$CM_{2023,CZ-DRG,E}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných,

ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části E k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2025 uvedenými v příloze č. 10, části E k této vyhlášce.

$CM_{2023,CZ-DRG,EF}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech E a F k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2025 uvedenými v příloze č. 10, částech E a F k této vyhlášce.

$CM_{2023,CZ-DRG,C}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části C k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2025 uvedenými v příloze č. 10, části C k této vyhlášce.

$CM_{2023,CZ-DRG,CE}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2025 uvedenými v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce.

ZS_{CZ-DRG} je základní sazba pro CZ-DRG, která se stanoví následovně:

$$ZS_{CZ-DRG} = CZS_{CZ-DRG} * NM_{CMI}$$

kde:

NM_{CMI} je nákladový modifikátor, který se pro poskytovatele se statutem alespoň jednoho centra vysoce specializované péče stanoví ve výši 1,2 v případě, že $CMI \geq 2{,}4$, a ve výši 1,08 v případě, že $2{,}4 > CMI \geq 1{,}9$. V ostatních případech a pro poskytovatele bez statutu centra vysoce specializované péče se nákladový modifikátor stanoví ve výši 1. Proměnná *CMI* je casemix-index vypočtený následovně:

$$CMI = \frac{CM_{2023,CZ-DRG}}{max\left(1; PP_{drg,2023}\right)}$$

kde:

$CM_{2023,CZ-DRG}$ je počet případů hospitalizací českých pojištěnců přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, vynásobených relativními váhami 2025 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$PP_{drg,2023}$ je počet případů hospitalizací českých pojištěnců přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.

a kde ostatní parametry obsažené v proměnných ZS_{CZ-DRG} a $IZS_{2025,CZ-DRG,CE}$ jsou parametry implementace CZ-DRG s hodnotami podle následující tabulky:

Parametr	Název parametru	Hodnota
CZS_{CZ-DRG}	Centrální základní sazba pro CZ-DRG	81 000
$RK_{CE,horní}$	Horní risk-koridor	0,15
$RK_{CE,dolní}$	Dolní risk-koridor	0,1
$TS_{CE,horní}$	Horní tempo sbližování sazeb	0,5
$TS_{CE,dolní}$	Dolní tempo sbližování sazeb	0,5

5. Úhrada formou případového paušálu podle CZ-DRG

5.1 Úhrada formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech B, D, F, G a H k této vyhlášce.

5.2 Výše úhrady formou případového paušálu se stanoví jako $ÚHR_{PP,CZ-DRG,2025}$ podle výrazu:

$$ÚHR_{PP,CZ-DRG,2025} = \left\{\sum_{i=1}^{n}\left[\sum_{j=1}^{m} max\left(ÚHR_{JPL,ij}; CM_{2025,CZ-DRG,BFG,ij} * ZS_{CZ-DRG}\right)\right] * KC_{BFG,i}\right\} + CM_{red,2025,CZ-DRG,DH} * ZS_{CZ-DRG} * KP_{Krit} * K_{Trans} - EM_{2025,BDFGH}$$

kde:

$CM_{2025,CZ-DRG,BFG,ij}$ je případ hospitalizace *j* poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, zařazený podle Klasifikace do skupiny *i* vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce, oceněný relativními váhami 2025 uvedenými v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce. Index *i* označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce. Index *j* označuje jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny *i*.

$EM_{2025,BDFGH}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech B, D, F, G a H k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$KC_{BFG,i}$ je koeficient centralizace, který se stanoví pro skupinu *i* vztaženou k diagnóze a uvedenou v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce, ve výši 1,05, pokud poskytovatel má alespoň v části hodnoceného období alespoň 1 statut centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce, a není-li tato podmínka splněna, ve výši uvedené pro danou skupinu v příloze č. 10, pokud poskytovatel nemá po celé hodnocené období ani 1 statut centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce, a ve výši 1, pokud daná skupina nemá uveden žádný statut centra vysoce specializované péče v částech B, F a G k této vyhlášce a u případů hospitalizace, kdy nejdéle 1 den před začátkem hospitalizace byl poskytovatelem vykázán výkon č. 09563 nebo 09564 podle seznamu výkonů nebo výkon odbornosti 719 podle seznamu výkonů.

KP_{Krit} je koeficient plnění kritérií poskytování akutní psychiatrické péče, který nabývá hodnoty 1,03 v případě, že poskytovatel splňuje současně všechny podmínky uvedené v bodě 5.3. V ostatních případech KP_{Krit} nabývá hodnoty 0,93.

X je proměnná podle bodu 3.2.

K_{Trans} je koeficient transformace, který se stanoví ve výši 1 pro poskytovatele bez transformačního plánu, a pro poskytovatele s transformačním plánem se vypočte následovně:

$$K_{Trans} = 1 + K_{CDZ} + K_{DS} + K_{TransNLP}$$

kde:

K_{CDZ} je koeficient bonifikace za provoz centra duševního zdraví, který nabývá hodnoty 0,03 v případě, že poskytovatel alespoň v části hodnoceného období poskytoval služby v odbornosti 350, 355, 360, 370 nebo 922 podle seznamu výkonů.

K_{DS} je koeficient bonifikace za provoz denního stacionáře, který nabývá hodnoty 0,02 v případě, že poskytovatel alespoň v části hodnoceného období poskytoval služby v rámci denního psychiatrického stacionáře.

$K_{TransNLP}$ je koeficient plnění transformačního plánu a redukce následné lůžkové péče, který se vypočte následovně:

$$K_{TransNLP} = 0{,}10 * \sqrt{\frac{0{,}25 * PLNLP_{2018}}{PLNLP_{2030}}} * \min\left[1{,}1; \frac{PLNLP_{2018} - PLNLP_{2025}}{0{,}8 * (PLNLP_{2018} - PLNLP_{2030})}\right]$$

kde: $PLNLP_{2018}$ je počáteční počet lůžek následné lůžkové péče před započetím transformace, který se stanoví jako celkový počet lůžek následné lůžkové péče k 1. lednu 2018.

$PLNLP_{2030}$ je cílový počet lůžek následné lůžkové péče po ukončení transformace, který se stanoví jako celkový počet lůžek následné a dlouhodobé specializované psychiatrické lůžkové péče s výjimkou lůžek ochranné léčby, který je podle transformačního plánu plánován k 31. prosinci 2030.

$PLNLP_{2025}$ je celkový počet lůžek následné a dlouhodobé specializované psychiatrické lůžkové péče s výjimkou lůžek ochranné léčby k 31. prosinci hodnoceného období.

$CM_{red,2025,CZ-DRG,DH}$ je redukovaný casemix, který se vypočítá následovně:

Pokud je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1, ukončených v referenčním období nebo hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce menší nebo roven 30, stanoví se redukovaný casemix následovně:

$$CM_{red,2025,CZ-DRG,DH} = CM_{2025,CZ-DRG,DH}$$

V ostatních případech se redukovaný casemix stanoví následovně:

$$CM_{red,2025,CZ-DRG,DH} = CM_{2025,CZ-DRG,DH} * min\left\{1; X * \frac{max\left(14; LOS^{median}_{2023,CZ-DRG,DH}\right)}{LOS^{median}_{2025,CZ-DRG,DH}}\right\}$$

kde:

$CM_{2025,CZ-DRG,DH}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2025 uvedenými v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce.

$LOS^{median}_{2023,CZ-DRG,DH}$ je medián délky hospitalizace u případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce.

$LOS^{median}_{2025,CZ-DRG,DH}$ je medián délky hospitalizace u případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce.

U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou nebo neposkytoval akutní lůžkovou péči zařazenou podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu $CM_{red,2025,CZ-DRG,DH}$ následující referenční hodnotu:

$$LOS^{median}_{2023,CZ-DRG,DH} = 18$$

5.3 Vyhodnocení plnění následujících kritérií poskytování akutní psychiatrické péče provede zdravotní pojišťovna do 20. května kalendářního roku následujícího po skončení hodnoceného období:

a) počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce, které byly ukončeny přeložením pacienta k poskytovateli následné psychiatrické péče, nepřekročí 55 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce,

b) počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce, které byly ukončeny přeložením pacienta k jinému poskytovateli akutní psychiatrické péče, nepřekročí 10 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce,

c) poskytovatel zajišťuje nepřetržitou péči v režimu 24 hodin denně 7 dní v týdnu při příjmu pacientů k hospitalizacím zařazovaným podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce.

6. V případě hrazených služeb poskytnutých zahraničním pojištěncům a dále v případě, že poskytovatel poskytne v referenčním období nebo hodnoceném období hrazené služby v rámci 50 a méně případů hospitalizací pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby následovně:

$$\begin{aligned}\text{Úhr}_{pod50,EU,CZ-DRG,2025} = {} & CM_{pod50,EU,CZ-DRG,A,2025} * ZS_{pod50,EU} - EM_{pod50,EU,2025} \\ & + CM_{pod50,CZ-DRG,DH,2025} * ZS_{pod50,EU} * K_{Trans} * KP_{Krit} \\ & + CM_{EU,CZ-DRG,DH,2025} * ZS_{pod50,EU} \\ & + \left\{ \sum_{i=1}^{n} \left[\sum_{j=1}^{m} max\left(\text{ÚHR}_{JPL,ij}; CM_{pod50,EU,CZ-DRG,BCEFG,2025,ij} * ZS_{pod50,EU}\right) \right] * KC_{BCEFG,i} \right\}\end{aligned}$$

kde:

$CM_{pod50,EU,CZ-DRG,A,2025}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2025 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

$CM_{pod50,CZ-DRG,DH,2025}$ je počet případů hospitalizací českých pojištěnců poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2025 uvedenými v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce.

$CM_{EU,CZ-DRG,DH,2025}$ je počet případů hospitalizací zahraničních pojištěnců poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2025 uvedenými v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce.

$CM_{pod50,EU,CZ-DRG,BCEFG,2025,ij}$ je případ hospitalizace *j* poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, zařazený podle Klasifikace do skupiny *i* vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce, oceněný relativními váhami 2025 uvedenými v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce. Index *i* označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce. Index *j* označuje jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny *i*.

$KC_{BCEFG,i}$ je koeficient centralizace, který se stanoví pro skupinu *i* vztaženou k diagnóze a uvedenou v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce, ve výši 1,05, pokud poskytovatel má alespoň v části hodnoceného období alespoň 1 statut centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce, a není-li tato podmínka splněna, ve výši uvedené pro danou

skupinu v příloze č. 10, pokud poskytovatel nemá po celé hodnocené období ani 1 statut centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce, a ve výši 1, pokud daná skupina nemá uveden žádný statut centra vysoce specializované péče v částech B, C, E, F a G k této vyhlášce a u případů hospitalizace, kdy nejdéle 1 den před začátkem hospitalizace byl poskytovatelem vykázán výkon č. 09563 nebo 09564 podle seznamu výkonů nebo výkon odbornosti 719 podle seznamu výkonů.

$EM_{pod50,EU,2025}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$ZS_{pod50,EU}$ je základní sazba CZ-DRG pro zahraniční pojištěnce a pod 50 případů hospitalizací, která se stanoví následovně:

$$ZS_{pod50,EU} = CZS_{CZ-DRG} * NM_{pod50,EU,CMI}$$

kde:

$NM_{pod50,EU,CMI}$ je nákladový modifikátor, který se pro poskytovatele se statutem alespoň jednoho centra vysoce specializované péče stanoví ve výši 1,25 v případě, že $CMI \geq 2{,}4$, a ve výši 1,10 v případě, že $2{,}4 > CMI \geq 1{,}9$. V ostatních případech a pro poskytovatele bez statutu centra vysoce specializované péče se nákladový modifikátor stanoví ve výši 1. Proměnná *CMI* je casemix-index definovaný v bodu 4.2.

7. Ambulantní složka úhrady zahrnuje úhradu specializované ambulantní péče, hrazených služeb v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství, hrazených služeb poskytovaných ve vyjmenovaných odbornostech, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby a hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v odbornostech 902, 903, 905, 914, 916, 917, 919, 921, 925, 926 a 927 podle seznamu výkonů (dále jen „ambulantní péče“) s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje vyšetření pacienta při příjmu k hospitalizaci a při propuštění z hospitalizace.

7.1 Výkony poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle § 15.

7.2 Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby se hradí podle § 16.

7.3 Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 006 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,99 Kč.

7.4 Hrazené služby

a) poskytované poskytovateli v odbornostech 350, 355, 360, 370 a 922 podle seznamu výkonů, se hradí s hodnotou bodu podle části A bodu 1 písm. a) přílohy č. 3 k této vyhlášce,

b) poskytované poskytovateli v odbornostech 305, 306, 308, 309, 901, 910, 919 a 931 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. b) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,

c) poskytované poskytovateli v odbornosti 914 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hradí s hodnotou bodu podle části A bodu 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce,

d) poskytované v rámci samostatné ambulance psychiatrické krizové péče nebo v rámci samostatného pracoviště psychiatrické krizové péče podle bodu 7.14 v odbornostech 305, 308, 901 a 914 podle seznamu výkonů poskytovatelem splňujícím podmínky pro paušální bonifikaci za poskytování psychiatrické krizové péče při urgentním příjmu podle bodu 7.14 se hodnota bodu pro tyto hrazené služby stanoví ve výši 1,22 Kč a v odbornosti 306 podle seznamu výkonů a pro výkony podle kapitoly 931 seznamu výkonů ve výši 1,36 Kč, přičemž hodnoty bodu pro tyto odbornosti podle písmen b) a c) se nepoužijí.

7.5 Hrazené služby poskytované poskytovateli

a) v odbornostech 905 a 927 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. c) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,

b) v odbornosti 407 podle seznamu výkonů se úhrada stanoví podle části A bodu 1 přílohy č. 3 k této vyhlášce a násobí se koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21, přičemž navýšení podle části A bodu 1 písm. j) přílohy č. 3 k této vyhlášce se nepoužije,

c) v odbornosti 008 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. h) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21.

7.6 Hrazené služby poskytované v odbornostech 210, 301, 302, 303, 304, 405, 502, 704 a 707 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce, přičemž navýšení podle písmene e) se nepoužije. Hodnota bodu podle věty první se vynásobí koeficientem BON_{ost} stanoveným v bodě 7.21.

7.7 Hrazené služby poskytované v odbornosti 806 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 přílohy č. 5 k této vyhlášce.

7.8 Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 926 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části B bodu 1 přílohy č. 6 k této vyhlášce, přičemž navýšení podle části B bodu 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce a výpočet celkové výše úhrady podle části B bodu 1 přílohy č. 6 k této vyhlášce se nepoužije.

7.9 Pro hrazené služby poskytované poskytovateli dialyzační péče hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodů 1 a 2 přílohy č. 8 k této vyhlášce, přičemž regulační omezení uvedená v části C přílohy č. 8 k této vyhlášce se nepoužijí. Pro hrazené služby uvedené v části B přílohy č. 8 k této vyhlášce se úhrada stanoví podle části B přílohy č. 8 k této vyhlášce.

7.10 Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle přílohy č. 11 k této vyhlášce. Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství,

které nelze hradit podle věty první, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,02 Kč.

7.11 Výkon č. 88101 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,92 Kč.

7.12 Výkony

a) novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81753, 81755, 93121, 93123, 93124, 93281, 94297 a 94298 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,22 Kč,

b) záchytu a prevence karcinomu děložního hrdla č. 95198, 95199, 95201, 95202 a 95203 podle seznamu výkonů, výkony časného záchytu karcinomu prostaty č. 81800 a 87012 podle seznamu výkonů a výkon č. 81733 podle seznamu výkonů vykázaný v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 1 přílohy č. 5 k této vyhlášce,

c) č. 02125 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli v odbornostech 001 a 002 podle seznamu výkonů vykázané v souvislosti s podáním zvlášť účtovaného léčivého přípravku ATC skupiny J07BB02 se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle části A bodu 5 písm. b) přílohy č. 2 k této vyhlášce.

7.13 Výkony

a) č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440 a 15950 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli v odbornosti 105 podle seznamu výkonů, vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. g) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,

b) screeningu karcinomu plic č. 25507 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli v odbornosti 205 podle seznamu výkonů, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. g) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,

c) časného záchytu karcinomu prostaty č. 01130, 76027, 76029, 76031, 76033, 76621, 76623 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 706 podle seznamu výkonů, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. g) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,

d) časného záchytu aneurysmatu abdominální aorty č. 89970 poskytované poskytovateli v odbornosti 102 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. g) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,

e) č. 89111 až 89131, 89663 až 89665 a 89951 až 89958 podle seznamu výkonů, a výkony č. 89970 poskytované poskytovateli v odbornosti 809 podle seznamu výkonů, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 2 přílohy č. 5 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{rad} podle bodu 7.21.

7.14 Pro výkon č. 09564 podle seznamu výkonů a pro hrazené služby poskytované na urgentním příjmu v odbornosti 719 podle seznamu výkonů se úhrada stanoví následovně:

$$\text{Úhr}_{Urg,2025} = K * \left(\text{Paušální_Úhrada}_{urg,2025} + CKP^{\text{paušální}}_{bonifikace,2025}\right) + \text{Úhrada_PříjemZZS}_{2025} + \text{Výkonová_Úhrada}_{urg,2025}$$

kde:

K nabývá hodnoty od 0 do 1, přičemž pro poskytovatele, který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé nebo statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro děti podle zákona o zdravotních službách, a který zajišťuje urgentní příjem a současně zřizuje přidružené místo pro poskytování lékařské pohotovostní služby, se stanoví podle bodu 2 přílohy č. 9 k této vyhlášce a odpovídá poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu, kde je zajišťován urgentní příjem, a pro ostatní poskytovatele se tento poměr stanoví podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce a odpovídá poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okresu, kde je zajišťován urgentní příjem.

$\text{Paušální_Úhrada}_{urg,2025}$ je paušální složka úhrady urgentního příjmu, která se stanoví ve výši:

a) 105 000 000 Kč pro poskytovatele, který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé a statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro děti podle zákona o zdravotních službách, a který zajišťuje urgentní příjem pro dospělé a zároveň druhý odlišný urgentní příjem pro děti, a současně zřizuje přidružené místo pro poskytování lékařské pohotovostní služby,

b) 55 000 000 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky v písmenu a), a který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče podle zákona o zdravotních službách, a který zajišťuje urgentní příjem a současně zřizuje přidružené místo pro poskytování lékařské pohotovostní služby,

c) 9 000 000 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky v písmenech a) a b), a který zajišťuje urgentní příjem a současně zřizuje přidružené místo pro poskytování lékařské pohotovostní služby,

d) 0 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky v písmenech a) až c),

e) výše paušální složky podle písmen a) až c) se krátí o 50 % v případě, že poskytovatel prokazatelně nezajistí péči na urgentním příjmu po celé hodnocené období v nepřetržitém režimu a výpadek provozu přesáhne 72 hodin za celé hodnocené období.

$\text{Úhrada_PříjemZZS}_{2025}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané výkony č. 09564 podle seznamu výkonů, která se stanoví ve výši 1 000 Kč za každý výkon.

$\text{Výkonová_Úhrada}_{urg,2025}$ je výkonová složka úhrady urgentního příjmu, která se stanoví ve výši:

$$\text{Výkonová_Úhrada}_{urg,2025} = min\left[0{,}55 * \left(PB_{urg,2025} + KP_{urg,2025}\right); Limit_{urg,2025}\right]$$

kde:

$PB_{urg,2025}$ je počet bodů za výkony č. 06720, 06726, 06727, 06728, 06729 podle seznamu výkonů vykázané v odbornosti 719 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

$KP_{urg,2025}$ je hodnota korunových položek vykázaných společně s výkony č. 06720, 06726, 06727, 06728, 06729 podle seznamu výkonů v odbornosti 719 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

$Limit_{urg,2025}$ je horní hranice výkonové složky úhrady urgentního příjmu, která se stanoví ve výši:

f) K*100 000 000 Kč pro poskytovatele, který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé a statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro děti podle zákona o zdravotních službách, a který zajišťuje urgentní příjem pro dospělé a zároveň druhý odlišný urgentní příjem pro děti, a současně zřizuje přidružené místo pro poskytování lékařské pohotovostní služby,

g) K*60 000 000 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky v písmenu f), a který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče podle zákona o zdravotních službách, a který zajišťuje urgentní příjem a současně zřizuje přidružené místo pro poskytování lékařské pohotovostní služby,

h) K*20 000 000 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky v písmenech f) a g), a který zajišťuje urgentní příjem a současně zřizuje přidružené místo pro poskytování lékařské pohotovostní služby,

i) K*3 000 000 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky v písmenech f) až h).

$CKP^{paušální}_{bonifikace,2025}$ je paušální bonifikace za poskytování psychiatrické krizové péče při urgentním příjmu, která se stanoví následovně:

j) poskytovateli, který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče podle zákona o zdravotních službách a který zajišťuje na urgentním příjmu současně poskytování psychiatrické krizové péče pro děti a dospělé v samostatné místnosti (dále jen „samostatná ambulance“) a akutní lůžkovou péči v psychiatrických lůžkových oborech, se $CKP^{paušální}_{bonifikace,2025}$ stanoví ve výši 1 000 000 Kč,

k) poskytovateli, který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče podle zákona o zdravotních službách a který zajišťuje při urgentním příjmu současně poskytování psychiatrické krizové péče pro děti a dospělé na samostatném pracovišti a akutní lůžkovou péči v psychiatrických lůžkových oborech, se $CKP^{paušální}_{bonifikace,2025}$ stanoví ve výši 2 500 000 Kč.

7.14.1 Bonifikace $CKP^{paušální}_{bonifikace,2025}$ podle bodu 7.14 písm. j) náleží poskytovateli při současném splnění následujících podmínek po celé hodnocené období:

a) v rámci pracoviště urgentního příjmu v odbornosti 719 podle seznamu výkonů je zřízena samostatná ambulance psychiatrické krizové péče s nepřetržitým provozem včetně zajištění telefonické krizové intervence s nepřetržitým provozem,

b) samostatná ambulance psychiatrické krizové péče je personálně zajištěna vyčleněným zdravotnickým pracovníkem se způsobilostí k provádění psychiatrické krizové

intervence a dále stávajícími zdravotnickými pracovníky poskytovatele z pracovišť s odborností 305, 306, 308, 901 a 914 podle seznamu výkonů se způsobilostí k provádění psychiatrické krizové intervence,

c) poskytovatel zajišťuje personální zabezpečení psychiatrické krizové péče na urgentním příjmu takovým způsobem, aby vždy bylo zároveň zajištěno minimální personální zabezpečení podle vyhlášky o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb pro ostatní hrazené služby v psychiatrických oborech.

7.14.2 Bonifikace $CKP_{bonifikace,2025}^{paušální}$ podle bodu 7.14 písm. k) náleží poskytovateli při současném splnění následujících podmínek po celé hodnocené období:

a) při pracovišti urgentního příjmu v odbornosti 719 podle seznamu výkonů je zřízeno samostatné pracoviště psychiatrické krizové péče s nepřetržitým provozem včetně zajištění telefonické krizové intervence s nepřetržitým provozem,

b) samostatné pracoviště psychiatrické krizové péče je personálně zajištěno 7 dnů v týdnu v době od 8 hodin do 22 hodin zdravotnickými pracovníky vyčleněnými pouze pro toto pracoviště v minimálním rozsahu psychiatra v úvazku 1,00 nebo klinického psychologa v úvazku 1,00 a psychiatrické sestry v úvazku 1,00 nebo všeobecné sestry v úvazku 1,00,

c) samostatné pracoviště psychiatrické krizové péče je personálně zajištěno 7 dnů v týdnu v době od 22 hodin do 8 hodin stávajícími zdravotnickými pracovníky poskytovatele z pracovišť s odborností 305, 306, 308, 901 a 914 podle seznamu výkonů se způsobilostí k provádění psychiatrické krizové intervence,

d) poskytovatel zajišťuje personální zabezpečení psychiatrické krizové péče na samostatném pracovišti při urgentním příjmu takovým způsobem, aby vždy bylo zároveň zajištěno minimální personální zabezpečení podle vyhlášky o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb pro ostatní hrazené služby v psychiatrických oborech.

7.15 Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů a poskytovateli v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, 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 podle přílohy č. 2 k této vyhlášce, přičemž navýšení úhrady podle části A bodů 2, 6 a 7 přílohy č. 2 k této vyhlášce a regulační omezení podle části D přílohy č. 2 k této vyhlášce se pro tyto hrazené služby nepoužijí.

7.16 Pro specializovanou ambulantní péči, s výjimkou hrazených služeb uvedených v bodech 7.4 až 7.6, 7.13 a 7.14, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 a 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. j) a bodu 2 písm. e) přílohy č. 3 k této vyhlášce, výpočet celkové výše úhrady podle části A bodu 3 přílohy č. 3 k této vyhlášce a regulační omezení podle části B přílohy č. 3 k této vyhlášce se nepoužijí.

7.17 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 802, 807 až 810, 812 až 818 a 823 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů, s výjimkou hrazených služeb uvedených v bodech 7.11, 7.12 a 7.13 písm. d), se hodnota bodu stanoví:

a) v odbornostech 809 a 810 podle seznamu výkonů ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 3 přílohy č. 5 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části

A bodu 3 písm. b) a c) a bodů 5 a 6 a výpočet celkové výše úhrady podle části A bodu 4 přílohy č. 5 k této vyhlášce se nepoužijí,

b) v odbornostech 222, 801, 802, 807, 808, 812 až 818 a 823 podle seznamu výkonů ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 2 přílohy č. 5 k této vyhlášce, přičemž výpočet celkové výše úhrady podle části B bodu 3 přílohy č. 5 k této vyhlášce se nepoužije.

7.18 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 přílohy č. 4 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 2 a 3 přílohy č. 4 k této vyhlášce, výpočet celkové výše úhrady podle části A bodu 5 přílohy č. 4 k této vyhlášce, a regulační omezení podle části C přílohy č. 4 k této vyhlášce se nepoužijí. Hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám v souvislosti se zaevidováním těhotné pojištěnky ve zdravotnickém zařízení poskytovatele lůžkové péče k porodu a předporodní ambulantní péči v odbornostech 603 nebo 604 podle seznamu výkonů uhradí zdravotní pojišťovna souhrnnou úhradou ve výši 2 290 Kč. Souhrnná úhrada je uhrazena poskytovateli, který pojištěnku zaevidoval k porodu na základě žádanky registrujícího poskytovatele odbornosti 603 nebo 604 podle seznamu výkonů, a to pouze jedenkrát za těhotenství pojištěnky. V souhrnné úhradě jsou zahrnuty veškeré hrazené služby od 36. týdne těhotenství související se zaevidováním těhotné ženy k porodu a s následnou předporodní ambulantní péčí v zařízení až do data porodu, včetně úhrady za výkony č. 09119, 63022, 63023, 63055, 63115, 63415 a 63417 podle seznamu výkonů, přičemž tyto výkony nejsou v období mezi 36. týdnem těhotenství a porodem vykazovány podle seznamu výkonů ani poskytovatelem, který těhotnou pojištěnku zaevidoval k porodu, ani jinými poskytovateli, s výjimkou výkonů, které je neevidující poskytovatel oprávněn vykázat jako nepravidelnou péči o těhotnou pojištěnku. Poskytnutí souhrnné úhrady podle tohoto bodu není podmíněno porodem u poskytovatele, který pojištěnku zaevidoval. Souhrnná úhrada poskytovateli lůžkové péče nevylučuje současnou úhradu registrujícímu poskytovateli ambulantní péče za hrazené služby v třetím trimestru těhotenství podle části A bodu 4 písm. c) přílohy č. 4 k této vyhlášce a úhradu registrující ambulanci u poskytovatele lůžkové péče za výkony č. 09115, 09119, 09123, 09133, 09215, 09219, 09223, 09511, 09513, 09523, 09532, 63021, 63022, 63023, 63055, 63115, 63413 a 63417 podle seznamu výkonů, poskytnuté ve třetím trimestru těhotenství, podle věty první tohoto bodu.

7.19 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 a 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 3 přílohy č. 6 k této vyhlášce a výpočet celkové výše úhrady podle části A bodu 4 přílohy č. 6 k této vyhlášce se nepoužije.

7.20 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle bodu 1 a 2 přílohy č. 7 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle bodu 3 a výpočet celkové výše úhrady podle bodu 4 přílohy č. 7 k této vyhlášce se nepoužije.

7.21 Úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodů 7.15 až 7.20 se stanoví ve výši:

$$\text{Úhr_amb}_{2025} = max\left\{\text{Úhr_amb}_{2025,lab} + \text{Úhr_amb}_{2025,radost}; min\left[1; \frac{Hodnota_péče_{2025}}{Hodnota_péče_{2023}}\right] * \text{Úhr_amb}_{ref} * KN_{amb}\right\}$$

kde:

$Hodnota_péče_{2023}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.15 až 7.20 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2023} = Hodnota_péče_{2023,lab} + Hodnota_péče_{2023,radost}$$

a kde:

$Hodnota_péče_{2025}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.15 až 7.20 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2025} = Hodnota_péče_{2025,lab} + Hodnota_péče_{2025,radost}$$

a kde:

$Úhr_amb_{2025,lab}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodu 7.17 písm. b), která se stanoví ve výši:

$$Úhr_amb_{2025,lab} = min\left[1; \frac{Hodnota_péče_{2025,lab}}{Hodnota_péče_{2023,lab}}\right] * KN_{amb}^{lab} * Úhr_amb_{ref} * \frac{Hodnota_péče_{ref,lab}}{Hodnota_péče_{ref}^{red}}$$

kde:

$Hodnota_péče_{ref,lab}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.17 písm. b) v referenčním období, oceněné podle počtu bodů a hodnot bodu platných v referenčním období, včetně bonifikací platných v referenčním období.

$Hodnota_péče_{2023,lab}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.17 písm. b) v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2023,lab} = \left(\sum_{i=1}^{n}\{PB_{i,2023,lab} * HB_{i,2025,lab}\} + KP_{2023,lab}\right) * BON_{lab}$$

kde:

$PB_{i,2023,lab}$ je počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodu 7.17 písm. b) poskytnuté v referenčním období, kde *i*=1 až n, kde n je počet výkonů podle bodu 7.17 písm. b), přičemž se použijí bodové hodnoty výkonů podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období.

$HB_{i,2025,lab}$ je hodnota bodu příslušící danému výkonu *i* podle bodu 7.17 písm. b), kde *i*=1 až *m*, kde *m* je počet výkonů podle bodu 7.17 písm. b).

$KP_{2023,lab}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 7.17 písm. b).

BON_{lab} je bonifikace pro ambulantní laboratoře, která se stanoví následovně:

$$BON_{lab} = 1 + BON_{prodloužený_režim}^{lab} + BON_{akreditace}$$

kde:

$BON^{lab}_{prodloužený_režim}$ je bonifikace za prodloužený provozní režim, která nabývá hodnoty 0,02 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby alespoň 12 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři; hodnoty 0,03 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři; hodnoty 0,04 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby nepřetržitě 24 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři; a hodnoty 0 v ostatních případech.

$BON_{akreditace}$ je bonifikace za akreditaci, která se stanoví ve výši 0,02, pokud je poskytovatel po celé hodnocené období držitelem Osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu NASKL R3 na alespoň třech čtvrtinách laboratorních pracovišť, a ve výši -0,5 v ostatních případech.

a kde:

$Hodnota_péče_{2025,lab}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.17 písm. b) v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2025,lab} = \left(\sum_{i=1}^{n}\left\{PB_{i,2025,lab} * HB_{i,2025}\right\} + KP_{2025,lab}\right) * BON_{lab}$$

kde:

$PB_{i,2025,lab}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období, kde *i*=1 až n, kde n je počet výkonů podle bodu 7.17 písm. b).

$KP_{2025,lab}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodu 7.17 písm. b).

a kde:

KN^{lab}_{amb} je koeficient navýšení pro ambulantní laboratoře, který se stanoví ve výši:

$$KN^{lab}_{amb} = 1{,}065 + změnaBON_{lab}$$

kde:

$změnaBON_{lab}$ je změna v bonifikačních kritériích ambulantních laboratoří mezi hodnoceným a referenčním obdobím, která se stanoví následovně:

$$změnaBON_{lab} = změnaBON^{lab}_{prodloužený_režim} + BON_{akreditace}$$

kde:

$změnaBON^{lab}_{prodloužený_režim}$ je změna v bonifikaci za prodloužený režim ambulantních laboratoří, která se stanoví ve výši podle následující tabulky:

		Nepřetržité poskytování služeb alespoň na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři **v hodnoceném období** v rozsahu:			
		<12/7	**12/7**	**16/7**	**24/7**
Nepřetržité poskytování služeb alespoň na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři a zároveň alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti **v referenčním období** v rozsahu:	**<12/7**	0	0,02	0,03	0,04
	12/7	0	0,02	0,03	0,04
	16/7	-0,03	-0,01	0	0,01
	24/7	-0,03	-0,01	0	0,01

a kde:

$Úhr_amb_{2025,radost}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodů 7.15, 7.16, 7.17 písm. a) a 7.18 až 7.20, která se stanoví ve výši:

$$Úhr_amb_{2025,radost} = min\left[1; \frac{Hodnota_péče_{2025,radost}}{Hodnota_péče_{2023,radost}}\right] * I_{zp_amb} * KN_{amb}^{radost} * Úhr_amb_{ref} * \frac{Hodnota_péče_{ref,radost}}{Hodnota_péče_{ref}^{red}}$$

kde:

I_{zp_amb} je index změny produkce vypočtený takto:

$$I_{zp_amb} = max\left\{1; 1 + IZ_{GAUP} * \left[ARCTG\left(2{,}6 * \frac{Hodnota_péče_{2025,radost}}{Hodnota_péče_{2023,radost}} - 1{,}069\right) - 1\right]\right\}$$

a kde:

$Hodnota_péče_{ref,radost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.15, 7.16, 7.17 písm. a) a 7.18 až 7.20 v referenčním období, oceněné podle počtu bodů a hodnot bodu platných v referenčním období, včetně bonifikací platných v referenčním období.

$Hodnota_péče_{2023,radost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.15, 7.16, 7.17 písm. a) a 7.18 až 7.20 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2023,radost} = Hodnota_péče_{2023,rad} + Hodnota_péče_{2023,ost}$$

kde:

$$Hodnota_péče_{2023,ost} = \left(\sum_{i=1}^{n}\{PB_{i,2023,ost} * HB_{i,2025,ost}\} + KP_{2023,ost}\right) * BON_{ost}$$

kde:

$PB_{i,2023,ost}$ je počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté v referenčním období, kde *i*=1 až n, kde n je počet výkonů podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20, přičemž se použijí bodové hodnoty výkonů podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období.

$HB_{i,2025,ost}$ je hodnota bodu příslušící danému výkonu *i* podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20, kde *i*=1 až *m*, kde *m* je počet výkonů podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20

$KP_{2023,ost}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20.

BON_{ost} je bonifikace pro ostatní ambulance, která se stanoví následovně:

$$BON_{ost} = 1 + BON_{16/7,ost} + BON_{objednávkový_systém}$$

kde:

$BON_{16/7,ost}$ je bonifikace za prodloužený provozní režim, která nabývá hodnoty 0,06 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na 2 specializovaných ambulantních pracovištích, včetně příjmových ambulancí, a hodnoty 0 v ostatních případech.

$BON_{objednávkový_systém}$ je bonifikace za objednávkový systém, která se stanoví ve výši 0,04 pro poskytovatele, který nejpozději od 1. července hodnoceného období provozuje elektronický objednávkový systém, který na ambulantních pracovištích umožňuje pojištěncům objednání na konkrétní hodinu a přednostní vyšetření nebo ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav. Elektronický objednávkový systém musí zahrnovat možnost objednávání na všechny nasmlouvané a poskytované zdravotní služby podle bodu 7.13 písm. a) až d) a dále možnost objednání alespoň na 20 % souhrnné ordinační doby pracovišť odborností podle bodů 7.4, 7.5, 7.6, 7.15, 7.16, 7.18 a 7.20, přičemž za každé pracoviště se do souhrnné ordinační doby započítává ordinační doba maximálně ve výši 35 hodin týdně; a ve výši 0 v ostatních případech.

a kde:

$$Hodnota_péče_{2023,rad} = \left(\sum_{i=1}^{n}\{PB_{i,2023,rad} * HB_{i,2025,rad}\} + KP_{2023,rad}\right) * BON_{rad}$$

kde:

$PB_{i,2023,rad}$ je počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté v referenčním období, kde *i*=1 až n,

kde n je počet výkonů podle bodů 7.17 písm. a), přičemž se použijí bodové hodnoty výkonů podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období.

$HB_{i,2025,rad}$ je hodnota bodu příslušící danému výkonu *i* podle bodu 7.17 písm. a), kde *i*=1 až *m*, kde *m* je počet výkonů podle bodů 7.17 písm. a).

$KP_{2023,rad}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 7.17 písm. a).

BON_{rad} je bonifikace pro ambulantní radiodiagnostická pracoviště, která se stanoví následovně:

$$BON_{rad} = 1 + BON^{rad}_{prodloužený_režim} + BON_{sdílení_dat}$$

kde:

$BON^{rad}_{prodloužený_režim}$ je bonifikace za prodloužený provozní režim, která nabývá hodnoty 0,04 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby alespoň 12 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti; hodnoty 0,06 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti; hodnoty 0,08 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby nepřetržitě 24 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti; a hodnoty 0 v ostatních případech.

$BON_{sdílení_dat}$ je bonifikace za sdílení obrazových dat, která se stanoví ve výši 0,02, pokud je poskytovatel po celé hodnocené období zapojen do systému elektronické distribuce obrazových dat, a ve výši 0 v ostatních případech.

a kde:

$Hodnota_péče_{2025,radost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.15, 7.16, 7.17 písm. a) a 7.18 až 7.20 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2025,radost} = Hodnota_péče_{2025,rad} + Hodnota_péče_{2025,ost}$$

kde:

$$Hodnota_péče_{2025,ost} = \left(\sum_{i=1}^{n}\{PB_{i,2025,ost} * HB_{i,2025,ost}\} + KP_{2025,ost}\right) * BON_{ost}$$

kde:

$PB_{i,2025,ost}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období, kde *i*=1 až n, kde n je počet výkonů podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20.

$KP_{2025,ost}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20.

a kde:

$$Hodnota_péče_{2025,rad} = \left(\sum_{i=1}^{n}\{PB_{i,2025,rad} * HB_{i,2025,rad}\} + KP_{2025,rad}\right) * BON_{rad}$$

kde:

$PB_{i,2025,rad}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období, kde *i*=1 až n, kde n je počet výkonů podle bodu 7.17 písm. a).

$KP_{2025,rad}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodu 7.17 písm. a).

a kde:

KN_{amb}^{radost} je koeficient navýšení pro ambulantní radiodiagnostická pracoviště a ostatní ambulance, který se stanoví ve výši:

$$KN_{amb}^{radost} = \frac{KN_{amb}^{rad} * Hodnota_péče_{ref,rad} + KN_{amb}^{ost} * Hodnota_péče_{ref,ost}}{Hodnota_péče_{ref,radost}}$$

kde:

$Hodnota_péče_{ref,ost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20 v referenčním období, oceněné podle počtu bodů a hodnot bodu platných v referenčním období, včetně bonifikací platných v referenčním období.

$Hodnota_péče_{ref,rad}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.17 písm. a) v referenčním období, oceněné podle počtu bodů a hodnot bodu platných v referenčním období, včetně bonifikací platných v referenčním období.

a kde:

KN_{amb}^{ost} je koeficient navýšení pro ostatní ambulance, který se stanoví ve výši:

$$KN_{amb}^{ost} = 1{,}07 + změnaBON_{16/7,ost} + BON_{objednávkový_systém}$$

kde:

$změnaBON_{16/7,ost}$ je změna v bonifikačních kritériích ostatních ambulancí mezi hodnoceným a referenčním obdobím, která se stanoví ve výši 0,06 v případě, že poskytovatel v hodnoceném období poskytoval a v referenčním období neposkytoval hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na 2 specializovaných ambulantních pracovištích, včetně příjmových ambulancí; ve výši 0,02 v případě, že poskytovatel v hodnoceném i referenčním období shodně poskytoval nebo neposkytoval hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na 2 specializovaných ambulantních pracovištích, včetně příjmových ambulancí; a ve výši -0,06 v případě, že poskytovatel v referenčním období poskytoval a v hodnoceném období neposkytoval hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na 2 specializovaných ambulantních pracovištích, včetně příjmových ambulancí.

a kde:

KN_{amb}^{rad} je koeficient navýšení pro ambulantní radiodiagnostická pracoviště, který se stanoví ve výši:

$$KN_{amb}^{rad} = 1{,}06 + změnaBON_{prodloužený_režim}^{rad} + BON_{sdílení_dat}$$

kde:

$změnaBON_{prodloužený_režim}^{rad}$ je změna v bonifikaci za prodloužený režim ambulantních radiodiagnostických pracovišť, která se stanoví ve výši podle následující tabulky:

		Nepřetržité poskytování služeb alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti **v hodnoceném období** v rozsahu:			
		<12/7	**12/7**	**16/7**	**24/7**
Nepřetržité poskytování služeb alespoň na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři a zároveň alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti **v referenčním období** v rozsahu:	**<12/7**	0	0,04	0,06	0,08
	12/7	0	0,04	0,06	0,08
	16/7	-0,06	-0,02	0	0,02
	24/7	-0,06	-0,02	0	0,02

a kde:

$Úhr_amb_{ref}$ je referenční výše regulované ambulantní úhrady, která se vypočte následovně:

$$Úhr_amb_{ref} = \frac{Hodnota_péče_{ref}^{red}}{Hodnota_péče_{ref}} * min\left[Hodnota_péče_{ref}; 0{,}5 * Úhr_amb_{2023} + 0{,}5 * Hodnota_péče_{ref}\right]$$

kde:

$Úhr_amb_{2023}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 7.1, 7.2, 7.5 písm. b), 7.6, 7.8, 7.9, 7.10 a 7.15 až 7.20, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

$Hodnota_péče_{ref}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1, 7.2, 7.5. písm. b), 7.6, 7.8, 7.9, 7.10 a 7.15 až 7.20 v referenčním období, oceněné podle počtu bodů a hodnot bodu platných v referenčním období, včetně bonifikací platných v referenčním období.

$Hodnota_péče_{ref}^{red}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.15 až 7.20 v referenčním období, oceněné podle počtu bodů a hodnot bodu platných v referenčním období, včetně bonifikací platných v referenčním období.

KN_{amb} je koeficient navýšení pro nemocniční ambulance, který se stanoví ve výši:

$$KN_{amb} = \frac{KN_{amb}^{radost} * Hodnota_péče_{ref,radost} + KN_{amb}^{lab} * Hodnota_péče_{ref,lab}}{Hodnota_péče_{ref}^{red}}$$

a kde:

IZ_{GAUP} je index změny ambulantně ošetřených pojištěnců, který je vypočtený následovně:

a) Pokud $\frac{Hodnota_péče_{2025,radost}}{Hodnota_péče_{2023,radost}} \neq 1$, potom:

$$IZ_{GAUP} = max\left[0; min\left(1; \frac{\left(\frac{GAUP_{2025}}{GAUP_{2023}} - 1\right)}{0{,}5 * \left(\frac{Hodnota_péče_{2025,radost}}{Hodnota_péče_{2023,radost}} - 1\right)}\right)\right]$$

b) Pokud $\frac{Hodnota_péče_{2025,radost}}{Hodnota_péče_{2023,radost}} = 1$, potom $IZ_{GAUP} = 1$.

kde:

$GAUP_{2025}$ je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v hodnoceném období vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 7.15, 7.16, 7.17 písm. a) a 7.18 až 7.20.

$GAUP_{2023}$ je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v referenčním období vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 7.15, 7.16, 7.17 písm. a) a 7.18 až 7.20.

7.22 V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním období nebo hodnoceném období hrazené služby uvedené v bodech 7.1 až 7.20 zahraničním pojištěncům nebo 50 a méně unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,04 Kč a bod 7.21 se nepoužije.

8. Ostatní úhrady

8.1 Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 78890 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 12 000 Kč.

8.2 Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 005 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,03 Kč.

8.3 Poskytovateli, který zajišťuje po celé hodnocené období paliativní péči prostřednictvím samostatného konziliárního týmu paliativní péče v rozsahu minimálně 0,5 úvazku lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, 0,5 úvazku lékaře se

specializovanou způsobilostí v oboru, který je základním oborem pro nástavbový obor paliativní medicína nebo lékař se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, 1,0 úvazku všeobecné sestry, z toho minimálně 0,2 úvazku dětské sestry v případě konziliárních týmů pro děti, 0,5 úvazku zdravotně-sociálního pracovníka a 0,5 úvazku klinického psychologa nebo psychologa ve zdravotnictví, pokud je zajištěna dostupnost a odborný dohled klinického psychologa se stanoví úhrada ve výši K x 1 950 000 Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce. Poskytovateli, který nesplňuje podmínky podle věty první, ale zajišťuje po celé hodnocené období paliativní péči prostřednictvím samostatného konziliárního týmu paliativní péče v rozsahu minimálně 0,3 úvazku lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, 0,2 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru, který je základním oborem pro nástavbový obor paliativní medicína nebo lékař se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, 0,5 úvazku všeobecné sestry, z toho minimálně 0,2 úvazku dětské sestry v případě konziliárních týmů pro děti, 0,25 úvazku zdravotně-sociálního pracovníka a 0,25 úvazku klinického psychologa nebo psychologa ve zdravotnictví, pokud je zajištěna dostupnost a odborný dohled klinického psychologa se stanoví úhrada ve výši K x 975 000 Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce. V případě, že poskytovatel má statut centra vysoce specializované onkologické péče, pojišťovna uhradí činnost až 2 konziliárních týmů paliativní péče pro dospělé. V případě, že poskytovatel zajišťuje současně s jedním nebo více konziliárními týmy pro dospělé i konziliární tým pro děti, pojišťovna uhradí činnost tohoto týmu navíc k týmům pro dospělé. Úhrada poskytovateli se dále navýší o 4 300 Kč za každý případ hospitalizace pojištěnců od 18 let a o 8 600 Kč za každý případ hospitalizace pojištěnců do 18 let, u kterého byl poskytovatelem vykázán a zdravotní pojišťovnou uznán výkon intervence konziliárního týmu paliativní péče.

8.4 Poskytovateli, který je v hodnoceném období součástí referenční sítě poskytovatelů akutní lůžkové péče podle § 41a zákona, se úhrada navyšuje následovně:

$$Úhrada_{ref síť DRG} = K * 1000000 + 100 * PočetHP_{validní,2022}$$

kde:

K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu, kde poskytovatel poskytuje zdravotní služby, podle bodu 2 přílohy č. 9 k této vyhlášce.

$PočetHP_{validní,2022}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem v roce 2022 zdravotní pojišťovně vykázaných a podle metodik Klasifikace validně sestavených, které byly použity pro výpočet relativních vah Klasifikace pro hodnocené období.

8.5 Poskytovateli, který zajišťuje péči o pacienty se vzácným onemocněním, zapojenému do evropské referenční sítě podle směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU, se zvýší úhrada o K x 1 000 000 Kč za každou evropskou referenční síť, které je v hodnoceném období členem, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu podle bodu 2 přílohy č. 9 k této vyhlášce. Poskytovateli podle věty první se současně zvýší úhrada o 127 Kč za každého globálního unikátního pojištěnce, na kterého v hodnoceném období vykázal výkon č. 99976 podle seznamu výkonů a ORPHA kód příslušného vzácného onemocnění.

8.6 Poskytovateli se zvýší úhrada o 350 Kč za každý případ hospitalizace poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období a zařazený podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze č. 14-I01-01 až 14-I01-04 a 14-M01-01 až 14-M01-04 uvedených v příloze č. 10, části E k této vyhlášce, u kterého byl kterýmkoliv poskytovatelem v odbornosti 603 nebo 921 podle seznamu výkonů vykázán výkon č. 06211 podle seznamu výkonů provedený do 6 týdnů od ukončení této hospitalizace.

9. 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.

10. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny předpokládané úhrady za hodnocené období. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zahrne změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb, včetně změny počtu hospitalizací, počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Hrazené služby podle § 5 odst. 2

1. Úhrada následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, sociálně-zdravotní lůžkové péče a zvláštní lůžkové péče hospicového typu podle § 22a zákona

a) Paušální sazba za 1 den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetřovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného OD včetně režie přiřazené k ošetřovacímu dni a kategorie pacienta podle seznamu výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona s výjimkou léčivých přípravků podle písmene l), výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření, a výkony agregované do ošetřovacího dne podle seznamu výkonů.

b) Výše paušální sazby za 1 den hospitalizace, s výjimkou dnů hospitalizace OD 00031, 00032, 00037, 00090, 00091, 00098 a 00099, se v hodnoceném období stanoví ve výši:

$$PS_{OD,2025} = (1{,}04 + KN) * PS_{OD,2024}$$

kde:

$PS_{OD,2024}$ je paušální sazba za 1 den hospitalizace v roce 2024 bez navýšení úhrady plynoucího z plnění smluvních kvalitativních kritérií a z plnění kritérií odpovídajících v roce 2024 kritériím podle písmen c), d), e) podbodů ii. až v. a písmene g), pokud byla stanovena.

KN je koeficient navýšení, který se stanoví součtem hodnot navýšení podle kritérií stanovených v písmenech c) až g).

c) KN se navýší o 0,003 pro daný typ OD za každé kritérium, které poskytovatel v hodnoceném období splňuje, zdravotní pojišťovna vyhodnotí plnění kritérií po skončení hodnoceného období:

i. Personální zabezpečení (vztaženo k úvazku na sledovaném pracovišti):

(1) Sestra specialistka na hojení ran – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00023, 00024, 00030 a 00037,

(2) Nutriční terapeut – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00027, 00028, 00030 a 00037,
(3) Ergoterapeut – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek, pro OD 00005, 00024, 00030 a 00037,
(4) Logoped – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek pro OD 00024,
(5) Psycholog ve zdravotnictví – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00030 a 00037.

ii. Technické vybavení:
(1) Průměrný počet lůžek na pokoji – nejvýše 2,5 lůžka na pokoj u OD 00005, 00022, 00023, 00024, 00030 a 00037,
(2) Vybavení oddělení elektricky polohovatelnými lůžky – alespoň 75 % elektricky polohovatelných lůžek doložených protokolem o bezpečnostně technické kontrole u OD 00005, 00022, 00023, 00024, 00030 a 00037.

d) U poskytovatele, kterému byl Ministerstvem zdravotnictví schválen transformační plán v rámci reformy psychiatrické péče, se KN pro OD 00021 a OD 00026 dále navýší o následující výraz:

$$0{,}35 * K_{TransNLP} + BON_{Akreditace}$$

kde:

$BON_{Akreditace}$ je bonifikace za plnění kvalitativních standardů, která se stanoví ve výši 0,015, pokud poskytovatel nejpozději do 60 dnů po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovně doloží osvědčení, že po celé hodnocené období plnil požadavky na minimální hodnotící standardy kvality a bezpečí v souladu se zákonem o zdravotních službách, a ve výši 0 v ostatních případech.

$K_{TransNLP}$ je koeficient plnění transformačního plánu podle části A bodu 5.2.

e) KN se navýší o

i. 0,02 pro OD 00030,

ii. 0,04 pro OD 00030, pokud poskytovatel má průměrně alespoň 0,4 úvazku lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína na 120 lůžek pro OD 00030,

iii. 0,04 pro OD 00005, 00024 a 00037, pokud poskytovatel má průměrně alespoň 0,4 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru geriatrie na 120 lůžek pro OD 00005 a 00024,

iv. 0,25 pro OD 00005 a 00037 v případě poskytnutí hrazených služeb pojištěncům do dne dosažení 12 let, 0,75 pro OD 00024 v případě poskytnutí hrazených služeb pojištěncům do dne dosažení 6 let.

f) V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s diagnózami G35 až G37 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 65 %, KN se pro OD 00005 a 00037 navýší o 0,15.

g) V případě, že podíl počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných OD 00026 v referenčním období vykázaných na pojištěnce hospitalizované s hlavními diagnózami F41, F71 a F84 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu vykázaných a

zdravotní pojišťovnou uznaných OD 00026 v referenčním období překročil 10 % za každou z uvedených diagnóz, KN se pro OD 00026 navýší v hodnoceném období o 0,15.

h) Výše paušální sazby za 1 den hospitalizace OD 00031, 00032, 00098 a 00099 se stanoví v hodnoceném období ve výši, která byla sjednána na rok 2024, navýšené o 4 %. Věta první se nepoužije pro OD 00099, pokud posledním OD vykázaným bezprostředně před prvním z jednoho nebo více souvisle vykázaných OD 00099 je OD 00021 nebo 00026, v takovém případě se výše paušální sazby za 1 den hospitalizace stanoví ve výši 50 % paušální sazby OD 00021, resp. 00026.

i) Výše paušální sazby za 1 den hospitalizace OD 00090 a 00091 se v hodnoceném období stanoví ve výši:

$$PS_{OD,90,91,2025} = 1{,}04 * PS_{OD,21,2024} + N_{OL}$$

kde:

$PS_{OD,21,2024}$ je paušální sazba za 1 den hospitalizace OD 00021 v roce 2024 bez navýšení úhrady plynoucího z plnění smluvních kvalitativních kritérií a z plnění kritérií odpovídajících v roce 2024 kritériím podle písmene d).

N_{OL} je paušální částka navýšení úhrady za ochranné léčení, která se stanoví ve výši 400 Kč pro OD 00090 a ve výši 500 Kč pro OD 00091.

j) Výše paušální sazby za jeden hospitalizace OD 00037 se v hodnoceném období stanoví ve výši:

$$PS_{OD,37,2025} = ZPS_{OD,37,KP} * (1 + KN)$$

kde:

$ZPS_{OD,37,KP}$ je základní paušální sazba za 1 den hospitalizace OD 00037 v roce 2025, která se stanoví podle následující tabulky:

	Kategorie pacienta 1	Kategorie pacienta 2	Kategorie pacienta 3	Kategorie pacienta 4	Kategorie pacienta 5
$ZPS_{OD,37,KP}$	1 469 Kč	1 692 Kč	1 979 Kč	2 203 Kč	není stanovena

KN je koeficient navýšení, který se stanoví součtem hodnot navýšení podle kritérií stanovených v písmenech c), e) a f).

k) V případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům se nepoužije koeficient navýšení KN podle písmen c) až g).

l) Hrazené služby podle části A bodu 7.12 písm. c), pokud jsou poskytnuty během hospitalizace pojištěnce, jsou vyjmuty z úhrady podle písmen a) až k) a hradí se podle bodu 3 písm. a) této části; z úhrady podle písmen a) až k) jsou vyjmuty též zvlášť účtované léčivé přípravky ATC skupiny J07BB02, přičemž tyto léčivé přípravky uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny.

2. Úhrada následné intenzivní péče, dlouhodobé intenzivní ošetřovatelské péče, následné ventilační péče a následné komplexní intenzivní léčebně rehabilitační péče

a) OD 00015, 00017 a 00020 jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,60 Kč pro OD 00015, 1,56 Kč pro OD 00017 a 1,54 Kč pro OD 00020. Výkony, kterými se vykazuje příjmové nebo propouštěcí vyšetření, jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,43 Kč.

b) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce nad 18 let věku maximálně 90 OD 00017, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko následné intenzivní péče (dále jen „NIP“), včetně překladů na jiné pracoviště NIP poskytovatele nebo jiného poskytovatele NIP.

c) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce do 18 let věku maximálně 365 OD 00017, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko NIP, včetně překladů na jiné pracoviště NIP poskytovatele nebo jiného poskytovatele NIP. Překročení maximálního počtu hrazených OD 00017 na jednoho unikátního pojištěnce do 18 let věku je možné jen s předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny.

d) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce maximálně 190 OD 00020, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko dlouhodobé intenzivní ošetřovatelské péče (dále jen „DIOP“), včetně překladů na jiné pracoviště DIOP poskytovatele nebo jiného poskytovatele DIOP, přičemž překlad na jiné pracoviště DIOP je možný pouze s předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovna může udělit předchozí souhlas s překročením limitu podle předchozí věty.

e) OD 00033 a 00035 jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,31 Kč.

3. 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 stanoví podle části A bodu 7 přílohy č. 1 k této vyhlášce.

b) Pro poskytovatele zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. c) zákona se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,22 Kč.

c) V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 až C97, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, F00 až F99, G09 až G99 nebo I60 až I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, navyšuje se hodnota bodu o 0,02 Kč.

d) Celková výše úhrady za výkony poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$max\,\{PMUP_{ref} * \left(\sum_{j=1\ldots m} PUM_{ho,j}\right) * 1{,}18 * KN;\ PB_{ho} * HB_{min} + KP_{ho}\}$$

kde:

$PUM_{ho,j}$ je počet vykázaných kalendářních měsíců, v nichž byly poskytovány unikátnímu pojištěnci *j* zdravotní služby v hodnoceném období.

KN je koeficient navýšení, který nabývá hodnoty 1,02 v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 až C97, E10.3 až E10.7, E11.3

až E11.7, F00 až F99, G09 až G99 nebo I60 až I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, a hodnoty 1 v ostatních případech.

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

HB_{min} je minimální hodnota bodu, která se stanoví ve výši 1,01 Kč.

KP_{ho} je hodnota korunových položek v hodnoceném období.

max funkce maximum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejvyšší.

j nabývá hodnot 1 až m, kde m je počet unikátních pojištěnců ošetřených v hodnoceném období.

$PMUP_{ref}$ je průměrná měsíční úhrada za unikátního pojištěnce v referenčním období vypočtená jako:

$$PMUP_{ref} = \frac{Uhr_{ref}}{\sum_{i=1\ldots n} PUM_{ref,i}}$$

kde:

Uhr_{ref} je celková úhrada poskytovateli za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků v referenčním období.

$PUM_{ref,i}$ je počet vykázaných kalendářních měsíců, v nichž byly poskytovány unikátnímu pojištěnci i zdravotní služby v referenčním období.

i nabývá hodnot 1 až n, kde n je počet unikátních pojištěnců ošetřených v referenčním období.

e) U poskytovatele, u kterého nelze výši hodnot referenčního období stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval, nebo poskytovatel vykázal v referenčním období méně než 3 kalendářní měsíce, v nichž byly poskytovány unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny hrazené služby, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady referenčního období srovnatelných poskytovatelů. V případě, že poskytovatel v referenčním období vykázal alespoň 3 kalendářní měsíce, v nichž byly unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny poskytovány hrazené služby, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady údaje za ty měsíce referenčního období, kdy byly hrazené služby poskytovány.

f) Pokud poskytovatel poskytl v hodnoceném období nebo v referenčním období hrazené služby 30 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, výpočet celkové výše úhrady podle písmene d) se nepoužije.

g) Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,24 Kč a výpočet celkové výše úhrady podle písmene d) se nepoužije.

h) Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím se sjednají ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.

i) Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 118 % úhrady referenčního období. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá

v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.

C) Regulační omezení

1. Regulační omezení paušální úhrady, úhrady vyčleněné z paušální úhrady a úhrady formou případového paušálu

1.1 Regulační omezení uvedená v bodě 1.4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze

a) pokud zdravotní pojišťovna sdělila poskytovateli do 30. dubna hodnoceného období hodnotu vyžádané extramurální péče v referenčním období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v referenčním období, a zároveň

b) pokud zdravotní pojišťovna oznámila poskytovateli nejpozději týden před započetím revize, jestli se bude jednat o revizi náhodného vzorku případů nebo 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 bázi, v níž poskytovatel vykázal 10 nebo méně případů, nebo

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

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

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 relativní váhou uvedenou v příloze č. 10 k této vyhlášce u konkrétního poskytovatele, sníží poskytovatelem vykázaný a pojišťovnou uznaný počet případů násobený relativní vahou (dále jen CM) takto:

a) při revizi jednotlivého případu sníží CM o:

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

nebo

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

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

nebo

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

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

kde:
CM baze je součet relativních vah nebo úhradových tarifů příslušné DRG báze.

DRG baze jsou agregované skupiny ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace.

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

Statisticky významný počet případů příslušné DRG báze

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

Statisticky méně významný počet případů příslušné DRG báze

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

$CM_{původní}$ je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený relativními váhami těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10, vykázaných poskytovatelem před provedením kontroly zdravotní pojišťovnou.

$CM_{revidovaný}$ je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený relativními váhami těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10, 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 hodnoceného období tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:

a) celkovou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období,

b) celkovou úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období vyžádanou při poskytování ambulantních služeb odbornostmi uvedenými v části A bodech 7.2, 7.15, 7.16 a 7.18, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem,

c) počet globálních unikátních pojištěnců ošetřených v odbornostech uvedených v části A bodech 7.2, 7.15, 7.16 a 7.18.

2.2 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c), s výjimkou léčivých přípravků ATC skupiny H01AC01, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) vyšší než 110 % průměrné úhrady v referenčním období za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c), 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 podle seznamu výkonů. Do regulačního omezení se nezahrnují léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky schválené revizním lékařem.

2.3 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za péči ve vyjmenovaných odbornostech, vyžádanou při poskytování ambulantních služeb odbornostmi uvedenými v bodě 2.1 písm. c), s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) vyšší než 110 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu, novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 podle seznamu výkonů, výkony screeningu karcinomu prostaty a výkony časného záchytu aneurysmatu abdominální aorty 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 součinem bodové hodnoty podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období a hodnoty bodu platné v hodnoceném období.

2.4 Regulační omezení podle bodů 2.2 a 2.3 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné 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 % úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o úhradu 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 regulační omezení uvedená v bodech 2.2 a 2.3.

Příloha č. 2

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

A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba

1. Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní kapitační sazbou podle bodů 1 až 4 stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte jako součin počtu poskytovatelem registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 11 a indexů podle bodu 11. Základní kapitační sazba se stanoví ve výši:

   a) 74 Kč pro pracoviště poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů a pracoviště poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, který na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin a alespoň 2 dny v týdnu umožňuje pojištěncům objednat se na pevně stanovenou hodinu,

   b) 67 Kč pro pracoviště poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů a pracoviště poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, který na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin,

   c) 59 Kč pro pracoviště poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů, který na tomto pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenech a) nebo b),

   d) 64 Kč pro pracoviště poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, který na daném pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenech a) nebo b).

2. Základní kapitační sazba:

   a) podle bodu 1 se navýší o 1,00 Kč v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna hodnoceného období doloží, že nejméně 50 % lékařů, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli dokladu vydaného příslušnou profesní komorou nebo profesním sdružením v souladu se stavovskými předpisy této komory nebo profesního sdružení osvědčujícího celoživotní vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů podle zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (dále jen „doklad celoživotního vzdělávání lékařů“), přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel doloží zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,

   b) podle bodu 1 písm. a) až c) se navýší o 2,00 Kč v případě, že poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 podle seznamu výkonů alespoň u 30 % svých registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 40 do 80 let, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených preventivních prohlídek k počtu registrovaných pojištěnců

ve věku od 40 do 80 let je 31. prosince hodnoceného období a celková částka, odpovídající navýšení kapitační sazby podle tohoto ustanovení, bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období,

c) podle bodu 1 písm. a), b) a d) se navýší o 2,00 Kč v případě, že poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku, vykázanou výkony č. 02031 nebo 02032 podle seznamu výkonů alespoň u 40 % svých registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 6 do 19 let, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených preventivních prohlídek k počtu registrovaných pojištěnců ve věku od 6 do 19 let je 31. prosince hodnoceného období a celková částka odpovídající navýšení kapitační sazby podle tohoto ustanovení, bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období,

d) podle bodu 1 se navýší o 1,00 Kč poskytovateli, který předložil před hodnoceným obdobím nebo v jeho průběhu zdravotní pojišťovně rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví podle zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství, pediatrie, dětské lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost a zároveň doloží, že zajišťuje specializační vzdělávání pro lékaře (školence nebo rezidenta) v rámci vzdělávacího programu specializačního vzdělávání; navýšení kapitační platby se provede od prvního dne kalendářního měsíce, ve kterém došlo k písemnému oznámení o školení lékaře včetně doložení potvrzení o zařazení tohoto školence do vzdělávacího programu, nejpozději však do konce hodnoceného období.

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

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

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

č. výkonu	Název
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
02023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET
02024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET
02033	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET
02034	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET
06111	KOMPLEX – VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA SESTROU VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ
06119	KOMPLEX – ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU
06121	KOMPLEX – LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ
06123	KOMPLEX – EDUKACE, REEDUKACE, OŠETŘOVATELSKÁ REHABILITACE
06125	KOMPLEX – KLYSMA, VÝPLACHY, CÉVKOVÁNÍ, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATETRŮ
06127	KOMPLEX – APLIKACE INHALAČNÍ A LÉČEBNÉ TERAPIE P. O., S. C., I. M., I. V., UV, EVENT.DALŠÍ ZPŮSOBY APLIKACE TERAPIE ČI INSTILACE LÉČIV
06129	NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09221	INFÚZE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09235	ODSTRANĚNÍ MALÝCH LÉZÍ KŮŽE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKCÍ DO 10 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

5. Pro výkony nezahrnuté do kapitační platby se hodnota bodu stanoví takto:

   a) pro výkony č. 01021, 01022 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,27 Kč a pro výkony č. 02021, 02022, 02031 a 02032 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,16 Kč,

   b) pro výkony č. 01201, 01204, 01186, 01188, 02037, 02039, 09532, 02100, 02105, 02125, 02130, 02160, 02161, 15118, 15119 a 01130 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,19 Kč,

c) pro ostatní výkony nezahrnuté do kapitační platby a pro výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny se stanoví hodnota bodu ve výši 1,16 Kč.

6. Hodnota bodu uvedená v bodě 5 se navýší o 0,04 Kč v případě, že poskytovatel příslušné zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna hodnoceného období doloží, že nejméně 50 % lékařů, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období. Podmínka podle předchozí věty se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel doloží zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů.

7. Hodnota bodu uvedená v bodě 5 se navýší o 0,06 Kč pro pracoviště poskytovatele v případě, že poskytovatel v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů nebo v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin a zároveň má objednávkový systém, který umožňuje pojištěncům zdravotní pojišťovny objednávat se na pevně stanovenou dobu alespoň 2 dny v týdnu.

8. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,37 Kč.

9. Pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,26 Kč.

10. Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt u pacientů ode dne dovršení 18 let v souvislosti s klinickým vyšetřením poskytovatelem v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů nebo poskytovatelem v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 85 Kč.

11. 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, jsou stanoveny takto:

Věková skupina	**Index**
0–4 roky	4,35
5–9 let	2,01
10–14 let	1,54
15–19 let	1,06
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	1,43
55–59 let	1,54
60–64 let	1,59
65–69 let	1,80
70–74 let	2,12
75–79 let	2,54
80–84 let	3,07
85 a více let	3,60

B) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

1. Kapitační platbu s dorovnáním kapitace tvoří kapitační platba ve výši stanovené podle části A bodu 1 a 2 a dorovnání kapitace podle bodu 2 a 3.

2. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy poskytovatel v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů nebo poskytovatel v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů registruje v hodnoceném období, s ohledem na geografické podmínky, menší počet registrovaných přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven, než je 70 % celostátního průměrného počtu těchto pojištěnců, a poskytování hrazených služeb tímto poskytovatelem je nezbytné ke splnění povinností zdravotních pojišťoven podle § 46 odst. 1 zákona; celostátní průměrný počet přepočtených registrovaných pojištěnců pro daný kalendářní rok se stanoví podle údajů centrálního registru pojištěnců.

3. Výše dorovnání kapitace pro poskytovatele podle bodu 2 se stanoví výpočtem níže. Na úhradě dorovnání kapitace se podílí zdravotní pojišťovny, s nimiž má poskytovatel uzavřenou smlouvu, přičemž výše poměrné části dorovnání kapitace je stanovena podle poměru přepočtených registrovaných pojištěnců těchto zdravotních pojišťoven.

$$Dorovnání\ kapitace = (0{,}9 * CPPJP - PJP) * KS * DK$$

kde:

PJP je počet přepočtených registrovaných pojištěnců daného poskytovatele.

$CPPJP$ je celostátní průměrný počet přepočtených registrovaných pojištěnců vztažený na úvazek lékaře 1,00.

KS je základní kapitační sazba poskytovatele podle části A bodu 1 a 2.

DK je dorovnávací koeficient, který se stanoví následovně:

$$DK = \frac{PJP}{CPPJP} + 0{,}3$$

4. Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se část A body 5 až 10 použijí obdobně.

C) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

Pro hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,00 Kč; pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,26 Kč.

D) Regulační omezení

1. Pro poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů a praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů se stanoví regulační omezení uvedená v bodech 1.1 až 1.4.

   1.1 Pokud průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za

léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona. Zdravotní pojišťovna při určení výše regulační srážky podle první věty přihlédne k případům, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.

1.2 Pokud průměrná úhrada za zdravotnické prostředky pro inkontinentní, předepsané poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 20 % celostátní průměrné úhrady za zdravotnické prostředky pro inkontinentní, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.

1.3 Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů a za výkony č. 02230, 01443, 01146, 01147, 01148 a 02220 podle seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 15 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se nezapočítávají úhrady za registrované pojištěnce poskytovatele, u kterých byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 01186 nebo 01188 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se dále nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu, screeningu včasného záchytu karcinomu plic, výkony screeningu karcinomu prostaty podle seznamu výkonů a výkony časného záchytu aneurysmatu abdominální aorty podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu.

1.4 Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 20 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.

2. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě byly překročeny průměrné úhrady podle bodu 1.

3. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní předepsané v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na hodnocené období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.

4. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za zdravotnické prostředky pro inkontinentní předepsané v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na hodnocené období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.

5. Regulační omezení podle bodu 1.3 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší

předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na hodnocené období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.

6. Regulační omezení podle bodu 1.4 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na hodnocené období podle zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

7. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud poskytovatel v hodnoceném období registroval 50 a méně pojištěnců zdravotní pojišťovny, nebo jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.

8. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodu 1 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za kapitační platbu a výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v hodnoceném období.

E) Úhrada za týmovou praxi

1. Úhrada za týmovou praxi náleží poskytovateli v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů nebo poskytovateli v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů zřizujícímu samostatné organizačně a prostorově vyčleněné pracoviště (dále jen „pracoviště týmové praxe“), pokud tento poskytovatel alespoň v jednom kalendářním měsíci hodnoceného období splňoval následující podmínky:

   a) hrazené služby poskytované poskytovatelem na pracovišti týmové praxe jsou hrazeny kombinovanou kapitačně výkonovou platbou podle části A,

   b) poskytovatel v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů předložil zdravotní pojišťovně rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví podle zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství,

   c) poskytovatel na pracovišti týmové praxe poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně,

   d) poskytovatel na pracovišti týmové praxe provozuje elektronický objednávkový systém, který umožňuje pojištěncům objednání na pevně stanovenou dobu,

   e) poskytovatel na pracovišti týmové praxe registruje minimálně 1 800 přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven,

   f) poskytování hrazených služeb na pracovišti týmové praxe je personálně zajištěno nejméně v tomto rozsahu:

      i. 1,0 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí, který je fyzicky přítomen na pracovišti týmové praxe po celou ordinační dobu, a

      ii. 0,2 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí nebo lékaře s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene,

   přičemž úvazkem 1,0 se pro účely této části rozumí úvazková kapacita sjednaná ve smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb v rozsahu 30 hodin týdně,

g) na pracovišti týmové praxe celkový počet úvazků lékaře se specializovanou způsobilostí a lékaře s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene nepřesahuje 3,0 úvazku, přičemž počet úvazků lékaře s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene nepřesahuje 1,0 úvazku,

h) technické a věcné vybavení pracoviště týmové praxe umožňuje provedení:

i. výkonů č. 01441, 01443, 02230, 02250, 09127, 15119 a 17129 podle seznamu výkonů, jedná-li se o pracoviště týmové praxe poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů,

ii. výkonů č. 01441, 02036, 02220, 02230, 02250 a 09125 podle seznamu výkonů, jedná-li se o pracoviště týmové praxe poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů,

přičemž tyto výkony zahrnuje smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb,

i) poskytovatel na pracovišti týmové praxe průběžně registruje nové pojištěnce do naplnění kapacity 1 800 přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven na 1,0 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe, a

j) kladný rozdíl počtu přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven registrovaných na pracovišti týmové praxe k 31. prosinci hodnoceného období a k 1. lednu hodnoceného období činí minimálně 20 přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven v přepočtu na každého 0,1 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe nad rámec 1,0 celkové výše úvazků lékařů na tomto pracovišti; je-li pracoviště týmové praxe vytvořeno sloučením více původních pracovišť, nepovažují se pojištěnci registrovaní na původních pracovištích za nové pojištěnce registrované na pracovišti týmové praxe vzniklém tímto sloučením.

2. Měsíční výše úhrady za týmovou praxi se stanoví následovně:

$$\text{Úhr}_{\text{týmová_praxe}} = KPP_{okres} \times \text{Úv}_{+} \times 10\,000\ Kč$$

kde:

KPP_{okres} je koeficient počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce.

Úv_{+} je počet desetin úvazků lékařů přesahujících 1,0 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe, vypočtený jako:

$$\text{Úv}_{+} = (\text{Úv}_{\Sigma} - 1) \times 10$$

kde:

Úv_{Σ} je celková výše úvazků lékařů se specializovanou způsobilostí a lékařů s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene na pracovišti týmové praxe.

3. Pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží splnění podmínek podle bodu 1 písm. a) až g), úhrada za týmovou praxi se mu poskytne jako měsíční předběžná úhrada, a to od prvního dne kalendářního měsíce, za který zdravotní pojišťovně splnění těchto podmínek doložil. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání na základě vyhodnocení plnění podmínek podle bodu 1 příslušnou zdravotní pojišťovnou, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Příloha č. 3

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 7

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady za následující hrazené služby se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony, přičemž nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 3:

   a) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 350, 355, 360, 370 a 922 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,08 Kč.

   b) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 305, 308, 309, 901, 910, 919 a 931 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 0,97 Kč. Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 306 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 1,11 Kč.

   c) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 905 a 927 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 0,94 Kč.

   d) Pro výkony č. 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629 a 43633 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,82 Kč.

   e) Pro výkony č. 43652 a 43653 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,25 Kč.

   f) Pro výkony č. 75347, 75348 a 75427 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 705 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,89 Kč.

   g) Pro výkony č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440 a 15950 podle seznamu výkonů, vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 105 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,17 Kč. Pro výkony screeningu č. 73028, 73029 a 71112 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 701, 702 nebo 704 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,93 Kč. Pro výkon č. 25507 podle seznamu výkonů, poskytovaný poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 205 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,91 Kč. Pro výkony č. 01130, 76027, 76029, 76031, 76033, 76621, 76623 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli v odbornosti 706 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,00 Kč. Pro výkon č. 89970 podle seznamu výkonů, vykázaný v rámci časného záchytu aneurysmatu abdominální aorty, poskytovaný poskytovateli v odbornosti 102 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,00 Kč.

   h) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 008 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 1,00 Kč, přičemž bonifikace podle písmene j) podbodu iii. se nepoužije.

   i) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 407 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 0,98 Kč, přičemž úhrada za výkony č. 47355 podle seznamu výkonů se dále v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období, přepočítává koeficientem podle následující tabulky:

Celkový počet výkonů č. 47355 podle seznamu výkonů vykázaných poskytovatelem všem zdravotním pojišťovnám v hodnoceném období v průměru na jeden soubor přístrojového vybavení nezbytný pro provedení tohoto výkonu, nasmlouvaný k 1. lednu hodnoceného období	Méně než 1825	1825 až 3650	Více než 3650
Koeficient přepočtení úhrady za výkony č. 47355 podle seznamu výkonů	0,75	1,00	1,02

j) Hodnota bodu uvedená v písmenech b) až i) se dále při splnění následujících podmínek navýší o:

i. 0,03 Kč, pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna hodnoceného období doloží, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských pracovníků, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel do 1 měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,

ii. 0,04 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u odborností 501 až 507, 601, 602, 605, 606, 701 a 704 až 707 podle seznamu výkonů (dále jen „operační obory“), jinak alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek; hodnota bodu se dále navýší o 0,02 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené ve větě první a zároveň poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 35 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně,

iii. 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců nebo u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v předchozích třech kalendářních letech nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon, s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

iv. 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření nebo ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav,

v. 0,06 Kč pro odbornost 306 podle seznamu výkonů a pro výkony podle kapitoly 931 seznamu výkonů poskytované poskytovateli odborností 901 a 931 podle seznamu výkonů v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti podle seznamu výkonů poskytuje v hodnoceném období hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin týdně nebo v hodnoceném období poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 15 ordinačních hodin týdně a zároveň v rozsahu alespoň o 5 hodin týdně delším než v referenčním období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu ordinačních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek,

vi. 0,06 Kč pro odbornost 306 podle seznamu výkonů v případě, že poskytovatel v hodnoceném období vykázal výkon č. 09532 podle seznamu výkonů alespoň u 20 % ošetřených pojištěnců, přičemž do počtu ošetřených pojištěnců se nezapočítávají pojištěnci, na které byl v hodnoceném období vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

k) Vypočtená částka odpovídající navýšení hodnoty bodu podle písm. j) podbodů iii. a vi. bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

2. Pro hrazené služby poskytované poskytovateli specializované ambulantní péče, s výjimkou hrazených služeb podle bodu 1, se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši:

a) 1,00 Kč pro odbornosti 107, 302 a 780 podle seznamu výkonů,

b) 0,98 Kč pro odbornosti 108, 205, 403, 501, 601 a 708 podle seznamu výkonů,

c) 0,96 Kč pro odbornosti 102, 202, 207, 209, 402, 606, 701, 705 a 706 podle seznamu výkonů,

d) 0,94 Kč pro odbornosti podle seznamu výkonů neuvedené v písmenech a) až c).

e) Hodnota bodu se dále při splnění následujících podmínek navýší o:

i. 0,03 Kč, pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna hodnoceného období doloží, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských pracovníků, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel do 1 měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,

ii. 0,04 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, jinak alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu

nejméně do 18 hodin; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek; hodnota bodu se dále navýší o 0,02 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené ve větě první a zároveň poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 35 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně,

iii. 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců nebo u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v předchozích třech kalendářních letech nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon, s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů,

iv. 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření nebo ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav.

3. Celková výše úhrady za hrazené služby podle bodu 2 v dané odbornosti nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$(1{,}065 + KN) * (POPzpoZ * PURO_O + max[PURO_O * POPzpoMh; UHRMh - UHRMr])$$

kde:

$POPzpoZ$ je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; základním unikátním pojištencem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v hodnoceném období nepřekročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu základních unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

$POPzpoMh$ je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; mimořádně nákladným unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v hodnoceném období překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu mimořádně nákladných unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

$PURO_O$ je přepočtená průměrná úhrada za výkony v referenčním období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané

odbornosti poskytovatelem v referenčním období, která se stanoví následovně:

$$PURO_O = max\left\{\frac{UHR_{ref}}{POP_{ref}}; \frac{\left((PB_{ref} * HB_{min}) + ZUM_{ROo} + ZULP_{ROo}\right)}{POP_{ref}}\right\}$$

Kde:

UHR_{ref} je celková výše úhrady poskytovatele v dané odbornosti za hrazené služby podle bodu 2 včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v referenčním období.

POP_{ref} je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

PB_{ref} je celkový počet bodů za vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané výkony v dané odbornosti poskytnuté v referenčním období podle seznamu výkonů.

HB_{min} je minimální hodnota bodu pro výpočet $PURO_O$, která činí 1,03 Kč.

ZUM_{ROo} je úhrada za zvlášť účtovaný materiál v dané odbornosti za referenční období.

$ZULP_{ROo}$ je úhrada za zvlášť účtované léčivé přípravky v dané odbornosti za referenční období.

UHRMh je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za každého pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

UHRMr je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za každého pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, pokud překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na

jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

KN koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

a) hodnota podle následující tabulky pro danou odbornost v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději 31. ledna hodnoceného nebo referenčního období doložil, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené respektive referenční období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel do 1 měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručil zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečinilo více než 30 kalendářních dnů:

		Hodnocené období	
		Splnil	Nesplnil
Referenční období	Splnil	0,02	-0,01
	Nesplnil	0,03	0

b) hodnota podle následující tabulky pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, jinak alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek:

		Hodnocené období	
		Splnil	Nesplnil
Referenční období	Splnil	0,03	-0,02
	Nesplnil	0,04	0

c) 0,02 pro danou odbornost v případě, že poskytovatel splňuje v hodnoceném období podmínky uvedené v písmenu b) tohoto bodu, ovšem poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 35 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně,

d) hodnota podle následující tabulky pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném respektive referenčním období ošetřil alespoň 5 % pojištěnců nebo u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v předchozích třech kalendářních

letech nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů:

		Hodnocené období	
		Splnil	Nesplnil
Referenční období	Splnil	0,01	-0,02
	Nesplnil	0,02	0

e) hodnota podle následující tabulky pro danou odbornost v případě, že poskytovatel pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření nebo ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav:

		Hodnocené období	
		Splnil	Nesplnil
Referenční období	Splnil	0,01	-0,02
	Nesplnil	0,02	0

f) hodnota podle následující tabulky pro odbornost 903 podle seznamu výkonů v případě, že podíl počtu poskytovatelem ošetřených unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny s hlavní diagnózou F84.0 až F84.3, F84.5, F84.8, F98.5, F98.6, R47 až R47.9, R13, Q35 až Q37 nebo Q90 až Q99 podle mezinárodní klasifikace nemocí překročí 10 % z celkového počtu ošetřených unikátních pojištěnců:

		Hodnocené období	
		Splnil	Nesplnil
Referenční období	Splnil	0,08	-0,04
	Nesplnil	0,12	0

g) 0,07 pro odbornost 105 podle seznamu výkonů; 0,13 pro odbornost 404 podle seznamu výkonů; 0,03 pro odbornost 405 podle seznamu výkonů; 0,05 pro odbornost 601 podle seznamu výkonů a 0,02 pro odbornost 606 podle seznamu výkonů,

h) -0,01 pro odbornosti 107, 108, 205, 302, 403, 501, 708 a 780, podle seznamu výkonů,

i) 0,01 pro odbornosti neuvedené v písmenech g) a h) tohoto bodu a dále mimo odbornosti 102, 202, 207, 209, 402, 701, 705 a 706 podle seznamu výkonů.

4. U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou nebo neposkytoval péči v dané odbornosti, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce hodnoty za referenční období srovnatelných poskytovatelů v dané odbornosti.

5. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 3 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově

nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

6. Výpočet celkové výše úhrady v dané odbornosti podle bodu 3 se nepoužije 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.

7. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu pro jednotlivé výkony a odbornosti ve výši podle bodů 1 a 2, přičemž podmínky pro navýšení úhrady uvedené v bodu 1 písm. j) a bodu 2 se považují za splněné a výpočet celkové výše úhrady podle bodu 3 se nepoužije.

8. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny předpokládané úhrady za hodnocené období. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zahrne změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb, včetně změny počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 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 hodnoceného období tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období, a to po jednotlivých odbornostech podle seznamu výkonů:

   a) 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;
   b) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
   c) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.

2. Pokud poskytovatel poskytující hrazené služby uvedené v části A bodu 1 dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 115 % 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 vykázané v rámci hrazených služeb uvedených v části A bodu 1 v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 110 % 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 podle seznamu výkonů.

4. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 110% průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce 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 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče podle věty první se nezahrnují výkony mamografického screeningu, výkony screeningu karcinomu děložního hrdla, výkony screeningu kolorektálního karcinomu a výkony screeningu karcinomu prostaty prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad a výše srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

5. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.

6. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308, 309, 350, 355, 360, 370 a 922 podle seznamu výkonů.

7. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny poskytovatelům specializované ambulantní péče za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období nepřevýší u této zdravotní pojišťovny součet úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.

8. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na hodnoceného období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.

9. Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na hodnocené období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.

10. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
11. 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.
12. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval nebo neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
13. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 100 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 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem n/30, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
14. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí v případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům.
15. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
16. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodů 2 až 4 zdravotní pojišťovna vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.

Příloha č. 4

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 8

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,01 Kč.
2. Hodnota bodu uvedená v bodě 1 se dále navýší o:
   a) 0,01 Kč, pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna hodnoceného období doloží, že nejméně 50 % lékařů, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání lékařů se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období, tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel doloží zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,
   b) 0,01 Kč, pokud poskytovatel alespoň na jednom pracovišti poskytovatele (IČP) poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin,
   c) 0,01 Kč, pokud poskytovatel doloží příslušné zdravotní pojišťovně do 31. prosince hodnoceného období rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a porodnictví podle zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, které je platné po celé hodnocené období,
   d) 0,01 Kč, pokud poskytovatel doloží certifikát ISO 9001, který je platný po celé hodnocené období.
3. V případě, že poskytovatel provedl za hodnocené období preventivní prohlídku vykázanou výkonem č. 63021 nebo č. 63050 podle seznamu výkonů alespoň u 45 % pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny, které nedosáhly v hodnoceném období 70 let věku a jsou u něj registrovány k 31. prosinci hodnoceného období, bude mu úhrada za výkony č. 63021 podle seznamu výkonů vynásobena koeficientem navýšení 1,50 a úhrada za výkony č. 63050 podle seznamu výkonů vynásobena koeficientem navýšení 1,25.
4. Pro hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám se stanovuje úhrada ve výši podle písmen a) až c) a to za podmínek stanovených v písmenech d) až i):
   a) Úhrada za hrazené služby v prvním trimestru těhotenství ve výši 1 885 Kč.
   b) Úhrada za hrazené služby v druhém trimestru těhotenství ve výši 3 141 Kč.
   c) Úhrada za hrazené služby v třetím trimestru těhotenství ve výši 4 398 Kč.
   d) V případě ukončení těhotenství umělým nebo spontánním potratem bez následného provedení revize poskytovatel vykazuje signální výkon ukončení těhotenství potratem a v případě ukončení těhotenství porodem mimo zdravotnické zařízení poskytovatel vykazuje signální výkon ukončení těhotenství mimo zdravotnické zařízení.

e) Poskytovatel vykazuje kontakt s těhotnou pojištěnkou prostřednictvím výkonů č. 63053, 63055, 63411 nebo 63413 podle seznamu výkonů, jejichž úhrada je součástí úhrad podle písmen a) až c) a které slouží pouze jako signální výkony pro vykazování kontaktu těhotné pojištěnky s registrujícím poskytovatelem a provedení screeningového ultrazvukového vyšetření registrujícím poskytovatelem.

f) Podmínkou úhrady hrazených služeb podle písmen a) až c) je registrace pojištěnky u daného poskytovatele v odbornosti 603 podle seznamu výkonů a nahlášení této registrace zdravotní pojišťovně nejpozději zároveň s vykázáním těchto hrazených služeb.

g) U těhotných pojištěnek, u nichž se úhrada za hrazené služby stanoví podle písmen a) až c), poskytovatel v průběhu těhotenství nevykazuje výkony č. 09115, 09119, 09123, 09133, 09215, 09219, 09223, 09511, 09513, 09523, 09532, 63021, 63022, 63023, 63115, 63417 a 63532 podle seznamu výkonů, úhrada za tyto výkony je zahrnuta v úhradě podle písmen a) až c). Výkon č. 09215 podle seznamu výkonů poskytovatel vykazuje tehdy, pokud jej poskytnul v souvislosti s aplikací imunoglobulinu anti-D jako zvlášť účtovaného léčivého přípravku, jinak je též zahrnut v úhradě podle písmen a) až c).

h) Výkony č. 32410 a 63415 podle seznamu výkonů jsou poskytovateli v odbornosti 603 podle seznamu výkonů hrazeny s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2, pokud byly výkony provedeny a vykázány nebo vyžádány registrujícím poskytovatelem. Pokud tyto výkony podle seznamu výkonů vykáže neregistrující poskytovatel odbornosti 603 podle seznamu výkonů bez žádanky registrujícího poskytovatele, jsou hrazeny s hodnotou bodu ve výši 0,50 Kč.

i) V případě, že neregistrující poskytovatel, s výjimkou poskytovatele lůžkové péče, v odbornosti 603 podle seznamu výkonů vykáže v průběhu těhotenství některý z výkonů uvedených v písmenech e) a g), jsou tyto výkony hrazeny s hodnotou bodu ve výši 0,50 Kč a zároveň se tato péče odečte z celkové úhrady registrujícímu poskytovateli s hodnotou bodu ve výši 0,50 Kč. To neplatí u výkonů č. 63411 a 63413 podle seznamu výkonů, které jsou neregistrujícímu poskytovateli podle věty první hrazeny s hodnotou bodu ve výši 1,01 Kč, pokud již nebyly provedeny a vykázány registrujícím poskytovatelem. Jsou-li výkony č. 63411 a 63413 podle seznamu výkonů hrazeny neregistrujícímu poskytovateli podle předchozí věty, jsou zároveň odečteny registrujícímu poskytovateli s hodnotou bodu ve výši 1,01 Kč. První věta dále neplatí u výkonů č. 63022, 63023 nebo 63417 podle seznamu výkonů, které je neregistrující poskytovatel podle věty první oprávněn vykázat jako nepravidelnou péči o těhotnou pojištěnku a které jsou v takovém případě hrazeny neregistrujícímu poskytovali s hodnotou bodu podle odstavců 1 a 2 a jejich úhrada nevstupuje do hodnoty extramurální péče registrujícího poskytovatele.

5. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornosti 603 nebo 604 podle seznamu výkonů podle bodů 1 až 4 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$Celková\ výše\ úhrady = PURO_{2023} * UOP_{2025} * \left(1{,}05 + F_{(t)} + IGV + IUV\right) - EM_{2025}$$

kde:

$PURO_{2023}$ je průměrná úhrada za hrazené služby hrazené podle bodů 1 až 4, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se

nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze výkony č. 09511 nebo 09513 podle seznamu výkonů.

UOP_{2025} je počet unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze výkony č. 09511 nebo 09513 podle seznamu výkonů.

IGV je index genetických vyšetření, jehož hodnota je 0,02 v případě, že podíl těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykázány výkony v rámci odborností 208 nebo 816 podle seznamu výkonů, k počtu těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném období nepřesáhne hranici 20 %, nebo 0,00 v případě, že je tento podíl větší než 20 %, ale nepřesáhne hranici 40 %, nebo -0,02 v případě, že tento podíl je větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %, nebo -0,04 v případě, že tento podíl přesáhne hranici 60 %.

Za těhotnou pojištěnku se pro účely vyhodnocení IGV považuje pojištěnka, na kterou byly v hodnoceném období vykázány výkony č. 63053 a 63055 podle seznamu výkonů nebo hrazené služby podle bodu 4 písm. a), b) nebo c). V případě, že měl poskytovatel v hodnoceném období ve své péči méně těhotných pojištěnek, než odpovídá 1,5 % z počtu $RUOP_{2025}$ příslušné zdravotní pojišťovny, IGV se při výpočtu úhrady nepoužije.

IUV je index ultrazvukových vyšetření, jehož hodnota je 0,02 v případě, že podíl těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykázány výkony č. 32410, 32420 nebo 63415 podle seznamu výkonů, k počtu těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném období nepřesáhne hranici 30 %, nebo 0,00, v případě, že je tento podíl větší než 30 %, ale nepřesáhne hranici 40 % nebo -0,02 v případě, že je tento podíl větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %, nebo -0,04 v případě, že tento podíl přesáhne hranici 60 %.

Za těhotnou pojištěnku se pro účely vyhodnocení IUV považuje pojištěnka, na kterou byly v hodnoceném období vykázány výkony č. 63053 a 63055 podle seznamu výkonů nebo hrazené služby podle bodu 4 písm. a), b) nebo c). V případě, že měl poskytovatel v hodnoceném období ve své péči méně těhotných pojištěnek, než odpovídá 1,5 % z počtu $RUOP_{2025}$ příslušné zdravotní pojišťovny, IUV se při výpočtu úhrady nepoužije.

EM_{2025} je celková hodnota extramurální péče o těhotné pojištěnky vypočtené podle bodu 4 písm. i). Extramurální péče bude odečtena ve výši maximálně 25 % celkové úhrady podle bodu 4 písm. a) až c).

$F_{(t)}$ je funkce těhotných, která nabývá hodnoty od 0 do 0,06 a jejíž hodnota se vypočte takto:

$$F_{(t)} = 0{,}36 \times K_{(t)} + 0{,}0164$$

V případě, že poskytovatel nepečoval v hodnoceném období o žádnou těhotnou pojištěnku dané zdravotní pojišťovny, stanoví se hodnota funkce těhotných $F_{(t)}$ ve výši 0.

Pokud je hodnota koeficientu těhotných $K_{(t)}$ větší než 0,12, stanoví se hodnota funkce těhotných $F_{(t)}$ ve výši 0,06.

kde:

$K_{(t)}$ je koeficient těhotných, který nabývá hodnoty od 0 do 1 a jehož hodnota se vypočte takto:

$$K_{(t)} = \frac{PTEH_{2025}}{RUOP_{2025}},$$

kde:

$PTEH_{2025}$ je počet registrovaných unikátních těhotných pojištěnek, na které byl vykázán alespoň 1 z výkonů č. 63053, 63055 podle seznamu výkonů nebo hrazené služby podle bodu 4 písm. a), b) nebo c).

$RUOP_{2025}$ je počet unikátních vyšetřených pojištěnek registrovaných u poskytovatele alespoň 1 den v hodnoceném období.

6. Nad rámec celkové výše úhrady podle bodu 5 zdravotní pojišťovna uhradí zvlášť účtované léčivé přípravky ATC skupiny J06BB01 a očkovací látky proti lidskému papilomaviru podle sdělení Ministerstva zdravotnictví č. 474/2021 Sb., přičemž tyto léčivé přípravky nevstupují do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 5.

7. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se body 1 až 5 nepoužijí a hodnota bodu se stanoví ve výši 1,05 Kč.

8. U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.

9. U poskytovatele, u kterého oproti referenčnímu období dojde v důsledku změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 5 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky vykázané k těmto výkonům. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu 1,00 Kč.

10. Zdravotní pojišťovna dále zohlední případy, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změny struktury ošetřených pojištěnců.

11. Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt u pojištěnců ode dne dovršení 18 let v souvislosti s klinickým vyšetřením nebo výkony č. 63050, 63053 a 63055 podle seznamu výkonů v ordinaci poskytovatele v odbornosti 603 nebo 604 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 85 Kč.

12. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb minimálně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 5. 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. Měsíční předběžná úhrada bude stanovena ve výši jedné dvanáctiny 106 % úhrady referenčního období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Úhrada služeb asistované reprodukce (výkony IVF)

1. Hrazené služby podle § 15 odst. 3 a § 38a zákona jsou hrazeny podle bodu 2.

2. Pro níže uvedené hrazené služby se stanovuje úhrada ve výši:

   a) IVF cyklus přerušený před odběrem oocytů 1 641 Kč,
   b) IVF cyklus s odběrem oocytů k in vitro fertilizaci bez přenosu embryí 19 059 Kč,
   c) Kompletní IVF cyklus s transferem embryí 39 646 Kč,
   d) Kompletní IVF cyklus s transferem pouze jednoho embrya 39 646 Kč,
   e) Použití darovaných oocytů při IVF cyklu 13 158 Kč,
   f) Použití darovaných spermií při IVF cyklu a IUI 1 664 Kč,
   g) Intrauterinní inseminace (IUI) 4 296 Kč,
   h) Odběr a uchování zárodečných buněk – oocytů – u indikovaných pacientů 26 954 Kč,
   i) Odběr a uchování zárodečných buněk – spermií – u indikovaných pacientů 5 607 Kč,
   j) Uchování zárodečných buněk ve 2. až 9. roce – oocytů – u indikovaných pacientů 2 580 Kč,
   k) Uchování zárodečných buněk ve 2. až 9. roce – spermií – u indikovaných pacientů 2 580 Kč.

3. Léčivé přípravky spotřebované při poskytování hrazených služeb uvedených v bodě 1 hradí zdravotní pojišťovna jako zvlášť účtované léčivé přípravky.

C) Regulační omezení

1. Regulační omezení na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech jsou uvedena v bodech 1.1 a 1.2.

   1.1 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.

   1.2 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a výkony č. 95201,

95202 a 95203 podle seznamu výkonů 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 hodnoceného období hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

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

Příloha č. 5

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 10

A. Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornostech 806, 809 a 810 podle seznamu výkonů

1. Pro výkony odbornosti 806 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,17 Kč.
2. Do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4 nevstupuje úhrada za výkony:
   a) č. 89111 až 89131 podle seznamu výkonů, přičemž hodnota bodu za tyto výkony se stanoví ve výši 1,37 Kč,
   b) č. 89663 až 89665 podle seznamu výkonů, přičemž hodnota bodu za tyto výkony se stanoví ve výši 1,09 Kč,
   c) č. 89951 až 89958 podle seznamu výkonů poskytnuté v odbornosti 809 podle seznamu výkonů, přičemž hodnota bodu za tyto výkony se stanoví ve výši 0,97 Kč,
   d) č. 89970 podle seznamu výkonů v odbornosti 809 podle seznamu výkonů v rámci časného záchytu aneurysmatu abdominální aorty, přičemž hodnota bodu za tyto výkony se stanoví ve výši 1,00 Kč.
3. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů:
   a) Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 809 a 810 podle seznamu výkonů se pro poskytovatele, kteří v referenčním období vykázali některý z výkonů č. 89111 až 89131 podle seznamu výkonů, stanoví hodnota bodu ve výši 1,36 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,52 Kč. Pro poskytovatele, kteří v referenčním období nevykázali žádný z výkonů č. 89111 až 89131 podle seznamu výkonů, se pro hrazené služby poskytované v odbornostech 809 a 810 podle seznamu výkonů stanoví hodnota bodu ve výši 1,23 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,51 Kč.
   b) Pro výkony č. 89611 až 89619 podle seznamu výkonů odbornosti 809 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,65 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,45 Kč. V případě, že poskytovatel doloží do 31. ledna kalendářního roku následujícího po skončení hodnoceného období, že je po celé hodnocené období zapojen do systému elektronické distribuce obrazových dat, stanoví se hodnota bodu pro výkony podle první věty ve výši 0,67 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,45 Kč.
   c) Pro výkony č. 89711 až 89725 podle seznamu výkonů odbornosti 809 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,65 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,45 Kč. V případě, že poskytovatel doloží do 31. ledna kalendářního roku následujícího po skončení hodnoceného období, že je po celé hodnocené období zapojen do systému elektronické distribuce obrazových dat, stanoví se hodnota bodu pro výkony podle první věty ve výši 0,67 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,45 Kč.
   d) Pro výkon č. 89312 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,96 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,43 Kč.
4. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornostech uvedených v bodě 3 písm. a) až d) se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu. Výsledná hodnota bodu je součtem variabilní složky úhrady a fixní složky úhrady, a stanoví se pro každou odbornost a výkony uvedené v bodě 3 písm. a) až d) samostatně:

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

kde:

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

FS je fixní složka úhrady podle bodu 3 písm. a) až d).

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

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

kde:

HB je hodnota bodu podle bodu 3 písm. a) až d) navýšená podle bodů 5 a 6.

KN je koeficient navýšení, který se stanoví ve výši 1 pro hrazené služby podle bodu 3 písm. a) až d).

PB_{ref} je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období přepočtený podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období. Do celkového počtu bodů se nezapočítávají počty bodů za hrazené služby podle bodu 2.

PB_{ho} je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období. Do celkového počtu bodů se nezapočítávají počty bodů za hrazené služby podle bodu 2.

UOP_{ref} je počet unikátních pojištěnců v referenčním období, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze hrazené služby podle bodu 2.

UOP_{ho} je počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze hrazené služby podle bodu 2.

5. Hodnoty bodu uvedené v bodě 2 písm. a) a d) a v bodě 3 písm. a) se navýší o hodnotu 0,02 Kč v případě, že poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby po celé hodnocené období v rozsahu alespoň 35 hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně.

6. Hodnoty bodu uvedené v bodě 2 písm. b) a c) a v bodě 3 písm. b) a c) se navýší o hodnotu 0,02 Kč v případě, že poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby po celé hodnocené období v rozsahu alespoň 70 hodin týdně.

7. Zdravotní pojišťovna sdělí poskytovatelům hrazeným podle bodu 3 písm. a) do 30. dubna hodnoceného období následující hodnoty referenčního období:

   a) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za výkony uvedené v bodu 2 písm. a),

   b) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za jiné výkony než výkony uvedené v bodu 2 písm. a),

c) celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem vstupujících do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4.

8. U poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval nebo poskytoval hrazené služby pouze v části referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady podle bodu 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.

9. Pro hrazené služby podle bodu 3 písm. a) až d) poskytované zahraničním pojištěncům a pro poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 4 nepoužije.

10. Pro hrazené služby podle bodu 1 poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu podle bodu 1. Pro hrazené služby podle bodu 2 poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu podle bodů 2, 5 a 6, přičemž podmínky pro navýšení hodnoty bodu uvedené v bodech 5 a 6 se považují za splněné. Pro hrazené služby podle bodu 3 písm. a) a d) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,38 Kč, pro hrazené služby podle bodu 3 písm. b) a c) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 0,69 Kč.

11. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde k nárůstu průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 4 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnot bodu podle bodu 3 písm. a) až d).

12. Měsíční předběžná úhrada za hrazené služby podle bodu 3 písm. a) až d) se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 106 % úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B. Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornostech 222, 801, 802, 807, 808, 812 až 818 a 823 podle seznamu výkonů

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši:

   a) 1,12 Kč pro výkony č. 95198, 95199, 95201, 95202 a 95203 podle seznamu výkonů v rámci screeningu děložního hrdla,

   b) 1,23 Kč pro výkon č. 81733 podle seznamu výkonů,

   c) 1,11 Kč pro výkony podle kapitol 819 a 999 seznamu výkonů,

   d) 0,96 Kč pro výkony č. 81800 a 87012 podle seznamu výkonů v rámci časného záchytu karcinomu prostaty.

2. Pro hrazené služby neuvedené v bodě 1 se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů:

   a) Pro výkony č. 81021, 81022, 81023, 81320, 81443, 81530, 81563, 81681, 81689, 81702, 81710, 81714, 81759, 81760, 81765, 81772, 82098, 82250, 82305, 82306, 87446, 87700, 87701, 91561, 96103, 96163, 96167, 96813, 96898, 96899, 96900, 96901 a 96902 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.

b) Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 808, 812 až 815 podle seznamu výkonů, neuvedené v písmenu a), se stanoví hodnota bodu ve výši 0,84 Kč pro poskytovatele, kteří jsou v hodnoceném období držiteli Osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo NASKL R3. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 802 a 818 podle seznamu výkonů, neuvedené v písmenu a), se stanoví hodnota bodu ve výši 0,95 Kč pro poskytovatele, kteří jsou v hodnoceném období držiteli Osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo NASKL R3. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 807, 817 a 823 podle seznamu výkonů, neuvedené v písmenu a), se stanoví hodnota bodu ve výši 0,72 Kč pro poskytovatele, kteří jsou v hodnoceném období držiteli Osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo NASKL R3. Osvědčení pro hodnocené období předloží poskytovatel nejpozději do 31. prosince hodnoceného období, přičemž hodnota bodu podle věty první, druhé a třetí mu bude stanovena po dobu platnosti osvědčení. Pro hrazené služby podle věty první, druhé a třetí poskytované poskytovateli, kteří nesplňují podmínky podle věty první, druhé a třetí, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,41 Kč.

c) Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 816 podle seznamu výkonů, neuvedené v písmenu a), se stanoví hodnota bodu ve výši 0,87 Kč.

3. Celková výše úhrady za hrazené služby podle bodu 2 ve všech odbornostech podle bodu 2 písm. b) a celková výše úhrady za hrazené služby podle bodu 2 v odbornosti podle bodu 2 písm. c) nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$POP_{icz} \; x \; PURO_{icz} \; x \; 1{,}05$$

kde:

POP_{icz} je počet unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny ošetřených poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. b) nebo počet unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny ošetřených poskytovatelem v odbornosti uvedené v bodě 2 písm. c) v hodnoceném období, přičemž se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly v hodnoceném období vykázány pouze hrazené služby podle bodu 1.

$PURO_{icz}$ je průměrná úhrada za výkony, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. b), nebo průměrná úhrada za výkony, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem v odbornosti uvedené v bodě 2 písm. c) v referenčním období. Do $PURO_{icz}$ se nezapočítává úhrada za hrazené služby podle bodu 1. Hodnota $PURO_{icz}$ se stanoví následovně:

$$PURO_{icz} = \frac{(ÚHR_{ref}) - \left[\left(PB_{ref,81681} * 0{,}84 - PB_{prep,81681}\right) * \frac{HB_{skut,a} * 0{,}92}{HB_{min,a}}\right]}{POP_{ref}}$$

kde:

UHR_{ref} je celková výše úhrady pro poskytovatele za hrazené služby podle bodu 2, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. b) v referenčním období, nebo celková výše úhrady pro poskytovatele za hrazené služby podle bodu 2, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, v odbornosti uvedené v bodě 2 písm. c) v referenčním období.

$PB_{ref,81681}$ je počet bodů poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných za výkon č. 81681 podle seznamu výkonů v referenčním období.

$PB_{prep,81681}$ je počet bodů poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných za výkon č. 81681 podle seznamu výkonů v referenčním období, přepočtených podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období.

POP_{ref} je počet unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny ošetřených poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. b) v referenčním období nebo počet unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny ošetřených poskytovatelem v odbornosti uvedené v bodě 2 písm. c) v referenčním období, přičemž se zahrnou pouze unikátní pojištěnci, na které byly v referenčním období vykázány hrazené služby podle bodu 2.

a) U poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornostech uvedených v bodě 2 písm. b), u kterých poklesla v referenčním období skutečná hodnota bodu $HB_{skut,a}$ pod hodnotu minimální hodnoty bodu $HB_{min,a}$, bude hodnota PUROicz stanovena podle hodnoty $PURO_{icznové,a}$ následovně:

$$PURO_{icznové,a} = \frac{HB_{min,a}}{HB_{skut,a}} * PURO_{icz}$$

kde:

$HB_{min,a}$ je minimální hodnota bodu poskytovatele poskytujícího hrazené služby v odbornostech uvedených v bodě 2 písm. b) stanovená takto:

$$HB_{min,a} = \sum_{i=1}^{n} (PB_{i,ref} * HB_{i,ref}) / PB_{ref,a} * 0{,}92$$

$PB_{i,ref}$ je počet bodů poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných za hrazené služby podle bodu 2 v odbornosti uvedené v bodě 2 písm. b) v referenčním období, přičemž index *i* až *n* označuje jednotlivé odbornosti uvedené v bodě 2 písm. b).

$HB_{i,ref}$ je hodnota bodu odbornosti v referenčním období, přičemž index *i* až *n* označuje jednotlivé odbornosti uvedené v bodě 2 písm. b).

$PB_{ref,a}$ je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za hrazené služby podle bodu 2 ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. b) v referenčním období.

$HB_{skut,a}$ je skutečná hodnota bodu poskytovatele poskytujícího hrazené služby v odbornostech uvedených v bodě 2 písm. b) stanovená jako:

$$HB_{skut,a} = \frac{UHR_{ref,a}}{PB_{ref,a}}$$

kde:

$UHR_{ref,a}$ je celková výše úhrady poskytovatele za hrazené služby podle bodu 2 ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. b) v referenčním období.

b) U poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornosti uvedené v bodě 2 písm. c), u kterých poklesla v referenčním období skutečná hodnota bodu $HB_{skut,b}$ pod hodnotu minimální hodnoty bodu $HB_{min,b}$, bude hodnota PUROicz stanovena podle hodnoty $PURO_{icznové,b}$ následovně:

$$PURO_{icznové,b} = \frac{PB_{ref,b} * HB_{min,b} + KP_{ref,b}}{UOP_{ref,b}}$$

kde:

$PB_{ref,b}$ je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za hrazené služby podle bodu 2 v odbornosti uvedené v bodě 2 písm. c) v referenčním období.

$HB_{min,b}$ je minimální hodnota bodu stanovená ve výši 71 % hodnoty bodu odbornosti uvedené v bodě 2 písm. c) v referenčním období.

$KP_{ref,b}$ je hodnota korunových položek poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v rámci hrazených služeb podle bodu 2 v odbornosti uvedené v bodě 2 písm. c) v referenčním období.

$UOP_{ref,b}$ je počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v odbornosti uvedené v bodě 2 písm. c) v referenčním období.

Skutečná hodnota bodu poskytovatele je stanovená jako:

$$HB_{skut,b} = \frac{UHR_{ref,b} - KP_{ref,b}}{PB_{ref,b}}$$

kde:

$UHR_{ref,b}$ je celková výše úhrady poskytovatele za hrazené služby podle bodu 2 v odbornosti uvedené v bodě 2 písm. c) v referenčním období.

4. U odborností uvedených v bodě 2 písm. b) a c), se stanoví celková výše úhrady podle bodu 3 souhrnně pro všechny odbornosti uvedené v daném písmenu.

5. Zdravotní pojišťovna sdělí poskytovatelům hrazeným podle bodu 2 písm. b) a c) do 30. června hodnoceného období následující hodnoty referenčního období:

a) průměrnou úhradu za hrazené služby podle bodu 2, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. b) a v odbornosti uvedené v bodě 2 písm. c),

b) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v odbornostech 222, 801, 807, 808, 812 až 815, 817 a 823 podle seznamu výkonů vstupujících do výpočtu $PURO_{icz}$,

c) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v odbornostech 802 a 818 podle seznamu výkonů vstupujících do výpočtu $PURO_{icz}$,

d) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v odbornosti 816 podle seznamu výkonů vstupující do výpočtu $PURO_{icz}$,

e) celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. b) a v odbornosti uvedené v bodě 2 písm. c) vstupujících do výpočtu $PURO_{icz}$,

f) celkovou hodnotu korunových položek poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v rámci hrazených služeb podle bodu 2 v odbornosti uvedené v bodě 2 písm. c) v referenčním období,

g) hodnotu průměrné úhrady za hrazené služby podle bodu 2, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. b) vypočítané podle bodu 3 písm. a) $PURO_{icznové}$, v případě, že u poskytovatele došlo k poklesu skutečné hodnoty bodu $HB_{skut,a}$ pod hodnotu minimální hodnoty bodu $HB_{min,a}$ v referenčním období,

h) hodnotu průměrné úhrady za hrazené služby podle bodu 2, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. c) vypočítané podle bodu 3 písm. b) $PURO_{icznové,}$ v případě, že u poskytovatele došlo k poklesu skutečné hodnoty bodu $HB_{skut,b}$ pod hodnotu minimální hodnoty bodu $HB_{min,b}$ v referenčním období,

i) počet bodů poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných za výkon č. 81681 podle seznamu výkonů v referenčním období.

6. U poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval nebo poskytoval hrazené služby pouze v části referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady podle bodu 3 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů. U poskytovatelů, kteří nebyli v referenčním období držiteli Osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo NASKL R3, ale pro hodnocené období předloží alespoň jedno z těchto osvědčení, provede zdravotní pojišťovna přepočet $PURO_{ICZ}$ s použitím hodnoty bodu 0,84 Kč pro hrazené služby poskytované v odbornostech uvedených ve větě první v bodě 2 písm. b), s použitím hodnoty bodu 0,97 Kč pro odbornosti uvedené ve větě druhé bodu 2 písm. b), a s použitím hodnoty bodu 0,84 Kč pro odbornosti uvedené ve větě třetí bodu 2 písm. b).

7. Pro poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 3 nepoužije.

8. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 3 nepoužije, přičemž se stanoví hodnota bodu:

   a) podle bodu 1 pro hrazené služby podle bodu 1,

   b) podle bodu 2 písm. a) pro hrazené služby podle bodu 2 písm. a),

   c) ve výši 0,95 Kč pro hrazené služby podle bodu 2 písm. b),

   d) ve výši 0,87 Kč pro hrazené služby podle bodu 2 písm. c).

9. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 3 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnot bodu podle bodu 2 písm. a) až c).

10. Měsíční předběžná úhrada za hrazené služby podle bodu 1 písm. b) a c) a bodu 2 se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 109 % úhrady za tyto hrazené služby za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Příloha č. 6

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 11

A) Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornostech 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů

1. Pro výkony přepravy v návštěvní službě podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,26 Kč.
2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby podle seznamu výkonů se pro výkony neuvedené v bodě 1 stanoví hodnota bodu ve výši:
   a) 0,98 Kč pro odbornost 914 podle seznamu výkonů,
   b) 0,98 Kč pro odbornost 925 podle seznamu výkonů,
   c) 0,90 Kč pro odbornost 916 podle seznamu výkonů,
   d) 0,98 Kč pro odbornost 921 podle seznamu výkonů.
3. V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s hlavní nebo vedlejší diagnózou C00 až C97, G09 až G99, F00 až F99, I60 až I69, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, L88, L89, L93 nebo L97 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 35 %, navyšuje se hodnota bodu pro odbornost 925 podle seznamu výkonů, která je uvedena v bodě 2, o 0,07 Kč.
4. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů celková výše úhrady poskytovateli v dané odbornosti, mimo úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, nepřekročí částku, která se vypočte takto:

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

   kde:

   POPzpoZ je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; do počtu základních unikátních pojištěnců se nezahrne mimořádně nákladný unikátní pojištěnec a dále pojištěnec, na kterého byl vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů,

   PUROo je průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do výpočtu PUROo nevstupují pojištěnci, na které byl v referenčním období vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů a úhrada za tyto pojištěnce,

   POPzpoMh je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; mimořádně nákladným unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených

v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; za mimořádně nákladného pojištěnce se nepovažuje pojištěnec, na kterého byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů.

UHRMh je úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do UHRMh nevstupuje úhrada za péči o pojištěnce, na kterého byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů.

UHRMr je úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do UHRMr nevstupuje úhrada za péči o pojištěnce, na kterého byl v referenčním období vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů.

KN je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

a) v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném nebo referenčním období s vykázaným výkonem č. 06135 nebo 06137 podle seznamu výkonů na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném nebo referenčním období je alespoň 25 %, určí se koeficient podle následující tabulky:

		Hodnocené období	
		Splnil	Nesplnil
Referenční období	Splnil	0,02	-0,01
	Nesplnil	0,03	0

b) v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném nebo referenčním období s vykázanými výkony č. 06325, 06326, 06327, 06328, 06329, 06330, 06331, 06332, 06333 nebo 06334 podle seznamu výkonů na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném nebo referenčním období je alespoň 35 %, určí se koeficient podle následující tabulky:

		Hodnocené období	
		Splnil	Nesplnil
Referenční období	Splnil	0,02	-0,01
	Nesplnil	0,03	0

c) v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném nebo referenčním období s hlavní nebo vedlejší diagnózou C00 až C97, G09 až G99, F00 až F99, I60 až I69, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, L88, L89, L93 nebo L97 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném nebo referenčním období překročí 35 %, určí se koeficient podle následující tabulky:

		Hodnocené období	
		Splnil	Nesplnil
Referenční období	Splnil	0,05	-0,07
	Nesplnil	0,15	0

5. Pro hrazené služby poskytované pojištěncům, na které byl poskytovatelem hrazených služeb vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů, se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 4 nepoužije. Zdravotní služby za tyto pojištence jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu uvedenou v bodech 1 a 2 a v případě splnění podmínek uvedených v bodě 3 navýšenou podle bodu 3.

6. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných v odbornosti 914 podle seznamu výkonů se výpočet výše úhrady podle bodu 4 a 5 nepoužije. Zdravotní služby odbornosti 914 podle seznamu výkonů jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2.

7. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl uzavřenou 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, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu PUROo podle bodu 4 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.

8. Výpočet celkové výše úhrady podle bodu 4 se nepoužije v případě poskytovatele, který ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 50 a méně unikátních pojištěnců.

9. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům se výpočet výše úhrady podle bodů 3, 4 a 5 nepoužije. Zdravotní služby poskytované zahraničním pojištěncům jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu pro výkony přepravy v návštěvní službě 1,26 Kč, zdravotní výkony odbornosti 925 podle seznamu výkonů ve výši 1,05 Kč a pro ostatní odbornosti podle bodu 2.
10. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2.
11. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornosti 926 podle seznamu výkonů

1. Hodnota bodu odbornosti 926 podle seznamu výkonů se stanoví ve výši:

   a) 1,18 Kč za výkony č. 80088 a 80089 podle seznamu výkonů, a

   b) 1,18 Kč za výkony č. 80090 a 80091 podle seznamu výkonů, přičemž celková výše úhrady za tyto výkony nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$min\{(POPičz, dosp * 30 * PB_{80091} * HB) + (POPičz, dět * 180 * PB_{80091} * HB); Bodyh * HB\}$$

   kde:

   POPičz,dosp je počet unikátních dospělých pojištěnců ošetřených poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

   POPičz,dět je počet unikátních dětských pojištěnců ošetřených poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

   Bodyh je počet bodů vykázaných poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů za výkony č. 80090 a 80091 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

   HB je hodnota bodu odbornosti 926 podle seznamu výkonů za výkony č. 80090 a 80091 podle seznamu výkonů navýšená podle bodu 2.

   PB_{80091} je jednotkový počet bodů za výkon č. 80091 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

2. Hodnota bodu podle bodu 1 se navyšuje:

   a) o 0,02 Kč v případě, že poskytovatel má průměrně na úvazek 1,0 lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína alespoň 0,1 úvazku psychologa ve zdravotnictví se specializovanou způsobilostí v oboru klinická psychologie nebo psychoterapie, přičemž navýšení hodnoty bodu se provede od prvního dne měsíce, v němž je tato podmínka splněna po celou dobu jeho trvání,

   b) o 0,02 Kč v případě, že poskytovatel má průměrně na úvazek 1,0 lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína alespoň 0,3 úvazku zdravotně-sociálního pracovníka, přičemž navýšení hodnoty bodu se provede od prvního dne měsíce, v němž je tato podmínka splněna po celou dobu jeho trvání.

3. Hrazené služby odbornosti 926 podle seznamu výkonů, které byly poskytnuty pojištěncům, kteří přestali splňovat podmínky pro poskytování hrazených služeb této odbornosti a byli předáni do péče jinému poskytovateli hrazených služeb s výjimkou poskytovatelů lůžkové hospicové péče, budou uhrazeny poskytovateli odbornosti 926 podle seznamu výkonů, pokud počet těchto pojištěnců nepřesáhne 10 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených tímto poskytovatelem v hodnoceném období.

4. Úhrada jiných poskytnutých hrazených služeb než podle bodu 1, včetně služeb poskytnutých jiným poskytovatelem, v den, kdy byl pojištěnci poskytnut výkon č. 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů, bude odečtena z úhrady poskytovateli odbornosti 926 podle seznamu výkonů s následujícími výjimkami:

   a) pokud počet pojištěnců, na které tento poskytovatel odbornosti 926 podle seznamu výkonů vykázal výkon č. 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů a současně byly na tyto pojištěnce vykázány jiné hrazené služby mimo hrazených služeb uvedených v písmenu b) tohoto bodu, nepřesáhne 10 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených poskytovatelem odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období, nebo nepůjde o více než 1 pojištěnce v případě, že poskytovatel odbornosti 926 podle seznamu výkonů ošetřil v hodnoceném období méně než 10 unikátních pojištěnců, nebudou tyto jiné hrazené služby odečteny z úhrady poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů,

   b) z úhrady poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů nebudou odečteny následující hrazené služby:

      i. kapitační platba registrujícímu praktickému lékaři,
      ii. poskytnutá stomatologická péče,
      iii. zdravotnický materiál a léčivé přípravky, které byly předepsány před datem přijetí pacienta do péče poskytovatele,
      iv. prohlídka zemřelého a přeprava lékaře k tomuto výkonu,
      v. další výkony provedené na zemřelém pacientovi,
      vi. tímto poskytovatelem odbornosti 926 podle seznamu výkonů vykázané výkony č. 09555 až 09557 a 09990 podle seznamu výkonů.

5. Celková výše úhrady podle bodu 1 písm. b) se nepoužije v případě poskytovatele, který ošetřil v hodnoceném období 5 a méně unikátních pojištěnců.

6. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům se výpočet výše úhrady podle bodů 1 až 4 nepoužije. Zdravotní služby poskytované zahraničním pojištěncům jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu 1,22 Kč.

7. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc s hodnotou bodu podle bodu 1.

8. Měsíční předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Příloha č. 7

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 12

1. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů se pro výkony přepravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů stanoví hodnota bodu ve výši 1,26 Kč.
2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů se pro výkony podle seznamu výkonů neuvedené v bodě 1 stanoví hodnota bodu ve výši 0,74 Kč.
3. V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců ošetřených v hodnoceném období s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz G10 až G14, I60 až I69, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84 nebo S94 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 5 %, navyšuje se hodnota bodu uvedená v bodě 2 o 0,07 Kč.
4. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů celková výše úhrady poskytovateli, mimo úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, nepřekročí částku, která se vypočte takto:

   (1,09 + KN) x POPzpoZ x PUROo + max [(1,09 + KN) x PUROo x POPzpoMh; (UHRMh – UHRMr)],

   kde:

   POPzpoMh je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; mimořádně nákladným unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz G10 až G14, I60 až I69, M41.0 až M41.9, M89.0, Q66.0, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94 nebo T02 až T14 podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

   POPzpoZ je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; do počtu základních unikátních pojištěnců se nezahrne mimořádně nákladný unikátní pojištěnec a dále pojištěnec, na kterého byly vykázány v hodnoceném období hrazené služby s hlavní nebo vedlejší diagnózou C50, E83, F84, G20, G21, G22, G23.1 až G23.9, G35, G51 až G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90 podle mezinárodní klasifikace nemocí.

   UHRMh je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků a s výjimkou úhrady za výkony přepravy v návštěvní službě za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřeného v dané

odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz G10 až G14, I60 až I69, M41.0 až M41.9, M89.0, Q66.0, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94, nebo T02 až T14 podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

UHRMr je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků a s výjimkou úhrady za výkony přepravy v návštěvní službě za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz G10 až G14, I60 až I69, M41.0 až M41.9, M89.0, Q66.0,S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94, nebo T02 až T14 podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

KN je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

a) v případě, že podíl součtu počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 21113, 21115 a 21315 podle seznamu výkonů z celkového počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů odbornosti 902 podle seznamu výkonů je menší než 50 %, určí se koeficient podle následující tabulky:

		Hodnocené období	
		Splnil	Nesplnil
Referenční období	Splnil	0,01	-0,01
	Nesplnil	0,02	0

b) v případě, že podíl součtu počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 21221 a 21415 podle seznamu výkonů na celkovém počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů odbornosti 902 podle seznamu výkonů je větší než 14 %, určí se koeficient podle následující tabulky:

		Hodnocené období	
		Splnil	Nesplnil
Referenční období	Splnil	0,01	-0,01
	Nesplnil	0,02	0

c) v případě, že podíl počtu ošetřených unikátních pojištěnců s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz G10 až G14, I60 až I69, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84 nebo S94 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených unikátních pojištěnců překročí 5 %, určí se koeficient podle následující tabulky:

		Hodnocené období	
		Splnil	Nesplnil
Referenční období	Splnil	0,05	-0,07
	Nesplnil	0,10	0

d) v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna hodnoceného respektive referenčního období doloží, že nejméně 50 % pracovníků, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání vydaného příslušným profesním sdružením v souladu se stavovskými předpisy tohoto profesního sdružení, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené respektive referenční období, určí se koeficient podle následující tabulky:

		Hodnocené období	
		Splnil	Nesplnil
Referenční období	Splnil	0,01	-0,01
	Nesplnil	0,02	0

PUROo je přepočtená průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do výpočtu PUROo nevstupují pojištěnci, na které byly vykázány v referenčním období hrazené služby s hlavní nebo vedlejší diagnózou C50, E83, F84, G20, G21, G22, G23.1 až G23.9, G35, G51 až G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90 podle mezinárodní klasifikace nemocí, a úhrada za tyto pojištěnce v referenčním období, vypočtená na základě skutečné hodnoty bodu HB_{skut} za výkony, které byly v referenčním období součástí limitace úhrady.

$$PUROo = max\left\{\frac{UHR_{ref}}{POP_{ref}}; \frac{\left(PB_{ref} * HB_{min} + KP_{ref}\right)}{POP_{ref}}\right\}$$

UHR_{ref} je celková výše úhrady poskytovatele v referenčním období za hrazené služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady.

POP_{ref} je počet unikátních pojištěnců poskytovatele v referenčním období ošetřených v rámci hrazených služeb, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady.

PB_{ref} je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za výkony, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady.

HB_{min} minimální hodnota bodu určená pro výpočet PUROo ve výši 0,70 Kč.

KP_{ref} je hodnota korunových položek poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období za služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady.

HB_{skut} je skutečná hodnota bodu v referenčním období pro jednotlivé výkony poskytovatele stanovená jako:

$$HB_{skut} = HB_{ref} * \frac{UHR_{ref}}{PB_{ref} * HB_{ref} + KP_{ref}}$$

kde:

UHR_{ref} je celková výše úhrady poskytovatele v referenčním období za hrazené služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady.

KP_{ref} je hodnota korunových položek poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období za služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady.

PB_{ref} je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za výkony, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady.

HB_{ref} je hodnota bodu platná v referenčním období pro jednotlivé služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady.

5. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že vznikl v průběhu referenčního období, nebo u poskytovatele, který ošetřil v referenčním období 50 a méně pojištěnců, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce podle bodu 4 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.

6. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu podle bodů 1 a 2. Pro stanovení úhrady u zahraničních pojištěnců se body 3, 4 a 5 nepoužijí.

7. Hrazené služby poskytnuté pojištěncům, na které byly vykázány v hodnoceném období hrazené služby s hlavní nebo vedlejší diagnózou C50, E83, F84, G20, G21, G22, G23.1 až G23.9, G35, G51 až G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90 podle mezinárodní klasifikace nemocí, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2. Výše úhrady za tyto služby se nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4.

8. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 109 % úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Příloha č. 8

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 13

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Pro poskytovatele poskytující dialyzační péči se hodnota bodu stanoví ve výši 1,17 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 18530 a 18550 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,91 Kč.
2. Hodnocení kvality poskytované dialyzační péče: Pokud poskytovatel v hodnoceném období čtvrtletně referoval výsledky jím poskytované dialyzační léčby minimálně u 90 % pojištěnců v pravidelném dialyzačním léčení ošetřených na jednotlivých pracovištích (dialyzační střediska), zdravotní pojišťovna nejpozději do 31. března kalendářního roku následujícího po skončení hodnoceného období z referovaných dat vyhodnotí níže uvedená kvalitativní kritéria a navýší hodnotu bodu za jednotlivá pracoviště za následujících podmínek:
   a) Za pojištěnce v pravidelném dialyzačním léčení se považuje pojištěnec, u kterého jsou pravidelně prováděny výkony dialyzačních nebo hemoeliminačních metod nebo peritoneální dialýzy podle seznamu výkonů, a to nejméně do 90 dní od prvního dne jejich vykázání. Do vyhodnocení kvalitativních kritérií jsou zahrnuti i pojištěnci, jimž byly poskytnuty hrazené služby vykázané výkony peritoneální dialýzy nebo domácí dialýzy podle seznamu výkonů.
   b) Hodnota bodu podle bodu 1 se navýší pracovišti poskytovatele o 0,06 Kč, pokud toto pracoviště splní minimální podíl referovaných pojištěnců plnících parametry kvality léčby u všech těchto kritérií současně:

Parametr kvality dialyzační léčby	Minimální podíl referovaných pojištěnců ošetřených na pracovišti poskytovatele plnících daný parametr kvality
Hodnota Hb > 100 g/l	70 %
Hodnota P < 1,8 mmol/l	50 %
Hodnota KtV > 1,2	70 %

   c) Hodnota bodu podle bodu 1 se dále navýší pracovišti poskytovatele o 0,02 Kč v případě, že alespoň 7 % referovaných pojištěnců ošetřených na tomto pracovišti je zařazeno na čekací listinu k transplantaci ledviny nebo již bylo transplantováno.
3. Vypočtenou částku navýšení úhrady podle bodu 2 zdravotní pojišťovna poskytovateli uhradí nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.
4. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se úhrada stanoví podle bodu 1.

B) Úhrada za včasné zařazování pojištěnců na čekací listinu k transplantaci ledviny

1. Pro níže uvedené hrazené služby se stanovuje úhrada ve výši:
   a) Oznámení o začátku vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce již zařazeného do dialyzačního programu 3 000 Kč.
      i. Popis: Signalizace zahájení vyšetřování pojištěnce s chronickým renálním selháním (stadium 5) bez klíčových kontraindikací k transplantaci ledvin.
      ii. Podmínky úhrady: Vykazuje se na jednoho pojištěnce jedenkrát.
   b) Oznámení o začátku vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce v predialyzačním stádiu 4 500 Kč.

i. Popis: Signalizace zahájení vyšetřování pojištěnce s chronickým renálním selháním, u kterého opakovaně hodnota glomerulární filtrace (GFR) dosáhne hodnoty menší než 0,20 ml/s.

ii. Podmínky úhrady: U pojištěnce nebyl v době před začátkem vyšetřování vhodnosti k transplantaci ledviny vykázán žádný z výkonů dialyzační péče podle seznamu výkonů. Vykazuje se na jednoho pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny jedenkrát.

c) Oznámení o ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce již zařazeného do dialyzačního programu 7 000 Kč.

i. Popis: Signalizace ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce, který byl již zařazen do dialyzačního programu. Je vykazováno poskytovatelem, který indikoval pojištěnce k vyšetření, poté, co obdržel vyjádření centra vysoce specializované péče v oblasti transplantologie k zařazení nebo nezařazení pojištěnce na čekací listinu.

ii. Podmínky úhrady: U pojištěnce byla vykázána hrazená služba podle části B bodu 1 písm. a). Transplantační centrum u pojištěnce vykázalo výkon č. 51902 podle seznamu výkonů a zároveň bylo signalizováno odeslání žádosti k zařazení pojištěnce na čekací listinu, nebo skutečnost, že zařazení pojištěnce na čekací listinu není nedoporučeno.

d) Oznámení o ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce v predialyzačním stádiu 10 500 Kč.

i. Popis: Signalizace ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce, který je u poskytovatele v predialyzační péči. Je vykazováno poskytovatelem, který indikoval pojištěnce k vyšetření, poté, co obdržel vyjádření transplantačního centra k zařazení nebo nezařazení pojištěnce na čekací listinu.

ii. Podmínky úhrady: U pojištěnce byla vykázána hrazená služba podle části B bodu 1 písm. b). Transplantační centrum u pojištěnce vykázalo výkon č. 51902 podle seznamu výkonů a zároveň bylo signalizováno odeslání žádosti k zařazení pojištěnce na čekací listinu, nebo skutečnost, že zařazení pojištěnce na čekací listinu není nedoporučeno.

e) Vyšetření žijícího dárce ledviny 20 000 Kč.

i. Popis: Vykazuje se při zahájení vyšetření žijícího dárce ledviny. Tato hrazená služba se vykazuje na číslo pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny, který je příjemcem orgánu.

ii. Podmínka úhrady: Vykazuje poskytovatel v případě, že indikuje vhodného dárce ledviny.

2. Pravidla pro vykazování a úhradu hrazených služeb uvedených v bodě 1:

a) Minimálním rozsahem péče při vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny se rozumí soubor vyšetření provedený v souladu s doporučeným postupem České transplantační společnosti a v závislosti na aktuálním klinickém stavu konkrétního pojištěnce.

b) Hrazené služby uvedené v bodě 1 nelze vykázat u pojištěnců, kteří mají zdravotní kontraindikaci k transplantaci ledvin.

C) Regulační omezení

1. Regulační omezení uvedená v bodech 2 až 4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna hodnoceného období tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:

   a) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a úhrady za zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;

   b) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;

   c) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.

2. Pokud poskytovatel hrazených služeb poskytující dialyzační péči dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a úhrady za zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 115 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a úhrady za zvlášť účtovaný materiál vykázaný 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 se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 110 % 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 se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

4. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce 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 podle seznamu výkonů. 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. Do vyžádané péče se dále nezahrnou náklady na pojištěnce zdravotní pojišťovny, na které byly poskytovatelem vykázány hrazené služby podle části B bodu 1 písm. a), b) nebo e). 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 hodnoceného období hodnotou bodu účinnou v hodnoceném období.

5. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné 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 součet úhrad zdravotní pojišťovny poskytovatelům specializované ambulantní péče za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období nepřevýší u příslušné zdravotní pojišťovny součet úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.

7. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na hodnocené období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.

8. Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužijí, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na hodnocené období podle zdravotně pojistného plánu této 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 přiměřeně 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, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.

12. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužije, jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům, nebo pokud poskytovatel v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin

týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem n/30, kde n se rovná nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb pro danou odbornost.

13. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.

Příloha č. 9

Koeficienty poměru počtu pojištěnců

1. Koeficient poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese

OKRES	VZP	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZPMV	RBP
BENEŠOV	0,630	0,064	0,025	0,083	0,000	0,198	0,000
BEROUN	0,462	0,049	0,320	0,087	0,000	0,082	0,000
BLANSKO	0,634	0,045	0,021	0,027	0,000	0,273	0,000
BRNO-MĚSTO	0,579	0,095	0,070	0,058	0,000	0,198	0,000
BRNO-VENKOV	0,576	0,082	0,095	0,047	0,000	0,200	0,000
BRUNTÁL	0,389	0,080	0,169	0,053	0,000	0,238	0,071
BŘECLAV	0,577	0,048	0,146	0,038	0,000	0,191	0,000
ČESKÁ LÍPA	0,653	0,121	0,082	0,045	0,017	0,082	0,000
ČESKÉ BUDĚJOVICE	0,578	0,155	0,031	0,054	0,000	0,182	0,000
ČESKÝ KRUMLOV	0,659	0,114	0,028	0,032	0,000	0,166	0,000
DĚČÍN	0,617	0,058	0,155	0,052	0,000	0,119	0,000
DOMAŽLICE	0,765	0,061	0,027	0,040	0,000	0,107	0,000
FRÝDEK-MÍSTEK	0,301	0,000	0,442	0,015	0,000	0,051	0,191
HAVLÍČKŮV BROD	0,653	0,048	0,167	0,038	0,000	0,093	0,000
HODONÍN	0,441	0,030	0,223	0,025	0,000	0,155	0,126
HRADEC KRÁLOVÉ	0,532	0,170	0,049	0,057	0,000	0,191	0,000
CHEB	0,670	0,094	0,066	0,050	0,000	0,120	0,000
CHOMUTOV	0,740	0,035	0,123	0,023	0,000	0,079	0,000
CHRUDIM	0,724	0,067	0,063	0,048	0,000	0,097	0,000
JABLONEC NAD NISOU	0,810	0,058	0,000	0,046	0,000	0,086	0,000
JESENÍK	0,481	0,052	0,350	0,016	0,000	0,099	0,000
JIČÍN	0,686	0,044	0,029	0,039	0,061	0,141	0,000
JIHLAVA	0,799	0,042	0,052	0,032	0,000	0,075	0,000
JINDŘICHŮV HRADEC	0,700	0,117	0,036	0,028	0,000	0,118	0,000
KARLOVY VARY	0,707	0,072	0,056	0,068	0,000	0,097	0,000
KARVINÁ	0,263	0,000	0,238	0,010	0,000	0,059	0,430
KLADNO	0,425	0,034	0,410	0,056	0,000	0,074	0,000
KLATOVY	0,634	0,088	0,138	0,043	0,000	0,097	0,000
KOLÍN	0,696	0,051	0,035	0,080	0,000	0,138	0,000
KROMĚŘÍŽ	0,433	0,043	0,093	0,031	0,000	0,132	0,269
KUTNÁ HORA	0,482	0,123	0,261	0,044	0,000	0,090	0,000
LIBEREC	0,717	0,120	0,011	0,070	0,000	0,083	0,000
LITOMĚŘICE	0,702	0,093	0,010	0,066	0,000	0,127	0,000

LOUNY	0,773	0,065	0,035	0,033	0,000	0,093	0,000
MĚLNÍK	0,657	0,047	0,038	0,123	0,014	0,121	0,000
MLADÁ BOLESLAV	0,279	0,014	0,000	0,018	0,667	0,022	0,000
MOST	0,828	0,011	0,032	0,022	0,000	0,095	0,012
NÁCHOD	0,658	0,075	0,080	0,039	0,000	0,147	0,000
NOVÝ JIČÍN	0,339	0,019	0,215	0,016	0,000	0,072	0,339
NYMBURK	0,614	0,055	0,065	0,085	0,050	0,130	0,000
OLOMOUC	0,235	0,149	0,434	0,034	0,000	0,148	0,000
OPAVA	0,345	0,017	0,302	0,028	0,000	0,086	0,222
OSTRAVA	0,242	0,000	0,387	0,022	0,000	0,090	0,260
PARDUBICE	0,679	0,098	0,065	0,055	0,000	0,104	0,000
PELHŘIMOV	0,797	0,036	0,034	0,035	0,000	0,098	0,000
PÍSEK	0,695	0,087	0,043	0,049	0,000	0,126	0,000
PLZEŇ - JIH	0,545	0,090	0,112	0,078	0,000	0,174	0,000
PLZEŇ - MĚSTO	0,545	0,090	0,112	0,078	0,000	0,174	0,000
PLZEŇ - SEVER	0,545	0,090	0,112	0,078	0,000	0,174	0,000
PRAHA-HL.MĚSTO	0,623	0,053	0,015	0,206	0,000	0,103	0,000
PRAHA-VÝCHOD	0,574	0,064	0,033	0,213	0,000	0,116	0,000
PRAHA-ZÁPAD	0,598	0,057	0,026	0,207	0,000	0,113	0,000
PRACHATICE	0,608	0,139	0,071	0,036	0,000	0,146	0,000
PROSTĚJOV	0,292	0,072	0,555	0,017	0,000	0,064	0,000
PŘEROV	0,572	0,099	0,089	0,035	0,000	0,158	0,047
PŘÍBRAM	0,725	0,063	0,038	0,055	0,000	0,120	0,000
RAKOVNÍK	0,566	0,042	0,220	0,049	0,000	0,122	0,000
ROKYCANY	0,545	0,090	0,112	0,078	0,000	0,174	0,000
RYCHNOV NAD KNĚŽNOU	0,570	0,090	0,021	0,035	0,150	0,134	0,000
SEMILY	0,739	0,044	0,016	0,055	0,062	0,083	0,000
SOKOLOV	0,616	0,065	0,163	0,048	0,000	0,108	0,000
STRAKONICE	0,668	0,114	0,038	0,049	0,000	0,131	0,000
SVITAVY	0,791	0,042	0,035	0,028	0,000	0,104	0,000
ŠUMPERK	0,460	0,029	0,380	0,028	0,000	0,103	0,000
TÁBOR	0,493	0,153	0,136	0,072	0,000	0,146	0,000
TACHOV	0,667	0,125	0,050	0,038	0,000	0,120	0,000
TEPLICE	0,725	0,081	0,056	0,045	0,000	0,093	0,000
TRUTNOV	0,453	0,049	0,116	0,054	0,141	0,188	0,000
TŘEBÍČ	0,705	0,065	0,121	0,020	0,000	0,090	0,000
UHERSKÉ HRADIŠTĚ	0,560	0,035	0,134	0,029	0,000	0,242	0,000
ÚSTÍ NAD LABEM	0,391	0,154	0,023	0,155	0,000	0,277	0,000

ÚSTÍ NAD ORLICÍ	0,536	0,083	0,111	0,042	0,000	0,228	0,000
VSETÍN	0,605	0,021	0,097	0,019	0,000	0,063	0,196
VYŠKOV	0,527	0,130	0,101	0,049	0,000	0,193	0,000
ZLÍN	0,758	0,019	0,145	0,035	0,000	0,043	0,000
ZNOJMO	0,544	0,053	0,133	0,018	0,000	0,252	0,000
ŽĎÁR NAD SÁZAVOU	0,634	0,027	0,124	0,023	0,000	0,191	0,000

2. Koeficient poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu

Region	**VZP**	**VoZP**	**ČPZP**	**OZP**	**ZPŠ**	**ZPMV**	**RBP**
Jihočeský kraj	0,614	0,132	0,054	0,049	0,000	0,151	0,000
Jihomoravský kraj	0,554	0,074	0,105	0,043	0,000	0,204	0,020
Plzeňský kraj + Karlovarský kraj	0,614	0,086	0,099	0,063	0,000	0,138	0,000
Královehradecký kraj + Pardubický kraj	0,618	0,086	0,067	0,046	0,032	0,151	0,000
Středočeský kraj + Praha	0,586	0,053	0,067	0,153	0,036	0,106	0,000
Kraj Vysočina	0,714	0,044	0,102	0,029	0,000	0,112	0,000
Liberecký kraj	0,721	0,095	0,027	0,057	0,017	0,083	0,000
Moravskoslezský kraj	0,290	0,017	0,316	0,021	0,000	0,085	0,272
Olomoucký kraj	0,365	0,097	0,369	0,029	0,000	0,124	0,015
Ústecký kraj	0,679	0,072	0,064	0,058	0,000	0,127	0,000
Zlínský kraj	0,611	0,028	0,121	0,029	0,000	0,112	0,099

Příloha č. 10

Skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace s relativními váhami těchto skupin

Seznam zkratek pro části B, C, E, F a G

Seznam center vysoce specializované péče a intermediární péče v perinatologii	Použitá zkratka
Centrum vysoce specializované péče v oblasti transplantologie	Trans
Centrum vysoce specializované hematoonkolologické péče pro dospělé	HematoOnkoDosp
Centrum vysoce specializované cerebrovaskulární péče	Cerebro
Centrum vysoce specializované onkologické péče pro dospělé	OnkoDosp
Centrum vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče	PneumoOnko
Centrum vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro dospělé	KompKardioDosp
Centrum vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro děti, která provádějí transplantace srdce a související výkony	KompKardioDěti_T
Centrum vysoce specializované spondylochirurgické péče	SpondyloChir
Centrum vysoce specializované onkourologické péče	OnkoUro
Centrum vysoce specializované péče v onkogynekologii	OnkoGyn
Centrum vysoce specializované intenzivní zdravotní péče v perinatologii	IntenzivníPerinat
Centrum vysoce specializované péče pro pacienty s popáleninami	Pop
Centrum vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé	TraumaDosp
Centrum vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro dospělé, která provádějí transplantace srdce a související výkony	KompKardioDosp_T
Centrum vysoce specializované hematoonkologické péče pro děti	HematoOnkoDěti
Centrum vysoce specializované péče pro farmakorezistentní epilepsie pro dospělé a děti	FarmEpilepsie
Centrum vysoce specializované péče o pacienty s iktem	Iktus
Centrum vysoce specializované péče o pacienty roztroušenou sklerózou a neuromyelitis optica pro dospělé a děti	RS
Centrum intermediární péče v perinatologii	IntermediárníPerinat
Centrum vysoce specializované traumatologické péče pro děti	TraumaDěti
Centra vysoce specializované kardiovaskulární péče	Kardio
Centrum vysoce specializované kardiovaskulární péče pro děti	KardioDěti
Centrum vysoce specializované chirurgické péče v oblasti hepatopankreatobiliárních onemocnění	HPB
Centrum vysoce specializované chirurgické péče v oblasti karcinomu rekta	Rektum
Centrum vysoce specializované chirurgické péče v oblasti karcinomu jícnu a gastroezofageální junkce	Jícen

Další použité zkratky	Použitá zkratka
Koeficient centralizace	KC

Část A

Heterogenní hrazené služby klasifikované do bází, které byly v referenčním období hrazeny paušální úhradou a v hodnoceném období jsou hrazeny rovněž paušální úhradou

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
00-M01	00-M01-01	Velký kardiochirurgický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modality s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	13,04103
00-M01	00-M01-02	Velký chirurgický výkon vyjma kardiochirurgického s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	10,15789
00-M01	00-M01-03	Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	8,50883
00-M01	00-M01-04	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	4,99395
00-M01	00-M01-05	Invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů) u dětí do 18 let věku	13,89108
00-M01	00-M01-06	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů) u dětí do 18 let věku	6,03528
00-M02	00-M02-01	Velký kardiochirurgický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modality s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	18,67299
00-M02	00-M02-02	Velký chirurgický výkon vyjma kardiochirurgického s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	17,74424
00-M02	00-M02-03	Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	13,84082
00-M02	00-M02-04	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	9,58233
00-M02	00-M02-05	Invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů) u dětí do 18 let věku	21,21995
00-M02	00-M02-06	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů) u dětí do 18 let věku	11,47154
00-M03	00-M03-01	Velký kardiochirurgický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modality s UPV 505–1008 hodin (22–42 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let nebo UPV 505–1008 hodin (22–42 dnů) u dětí do 18 let věku	29,17537
00-M03	00-M03-02	Velký chirurgický výkon vyjma kardiochirurgického s UPV 505–1008 hodin (22–42 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	28,76938
00-M03	00-M03-03	Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 505–1008 hodin (22–42 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	22,48573
00-M03	00-M03-04	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 505–1008 hodin (22–42 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	19,04866
00-M04	00-M04-01	Velký kardiochirurgický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modality s UPV 1009–1800 hodin (43–75 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let nebo UPV 1009–1800 hodin (43–75 dnů) u dětí do 18 let věku	65,78669
00-M04	00-M04-02	Velký chirurgický výkon vyjma kardiochirurgického s UPV 1009–1800 hodin (43–75 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	47,79330
00-M04	00-M04-03	Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 1009–1800 hodin (43–75 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	47,47850
00-M04	00-M04-04	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 1009–1800 hodin (43–75 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	37,81330

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
00-M05	00-M05-01	Velký kardiochirurgický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modality s UPV 1801 a více hodin (76 a více dnů) u pacientů ve věku 18 a více let nebo UPV 1801 a více hodin (76 a více dnů) u dětí do 18 let věku	70,58409
00-M05	00-M05-02	Velký chirurgický výkon vyjma kardiochirurgického s UPV 1801 a více hodin (76 a více dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	70,58409
00-M05	00-M05-03	Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 1801 a více hodin (76 a více dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	70,58409
00-M05	00-M05-04	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 1801 a více hodin (76 a více dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	70,58409
01-C01	01-C01-01	Aplikace více než 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	4,97175
01-C01	01-C01-02	Aplikace 90 až 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	3,30997
01-C01	01-C01-03	Aplikace 45 až 90 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	1,35275
01-C01	01-C01-04	Aplikace 25 až 45 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	0,92571
01-C01	01-C01-05	Aplikace 15 až 25 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	1,02660
01-C01	01-C01-06	Aplikace méně než 15 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	0,97796
01-C03	01-C03-01	Cílená léčba pro novotvary nervové soustavy	0,31196
01-C03	01-C03-02	Chemoterapie pro novotvary nervové soustavy	0,88142
01-C04	01-C04-01	Cílená léčba pro autoimunitní onemocnění nervové soustavy	0,19993
01-C04	01-C04-02	Chemoterapie pro autoimunitní onemocnění nervové soustavy	0,31717
01-D01	01-D01-01	Dlouhodobý EEG video monitoring pro epilepsii v CVSP	1,16953
01-D01	01-D01-02	Dlouhodobý EEG video monitoring mimo CVSP	0,51170
01-D01	01-D01-03	Jiný dlouhodobý diagnostický monitoring	0,17206
01-I13	01-I13-00	Chirurgické uvolnění mononeuropatie horní končetiny	0,41621
01-K01	01-K01-01	Autoimunitní onemocnění centrální nervové soustavy u pacientů s CC=1-4	0,92609
01-K01	01-K01-02	Autoimunitní onemocnění centrální nervové soustavy u pacientů s CC=0	0,48558
01-K02	01-K02-01	Bakteriální neuroinfekce nebo herpetická meningoencefalitida u pacientů s CC=2-4	2,95873
01-K02	01-K02-02	Bakteriální neuroinfekce nebo herpetická meningoencefalitida u pacientů s CC=0-1	2,08638
01-K02	01-K02-03	Jiná infekční onemocnění nervové soustavy u pacientů s CC=2-4	2,08643
01-K02	01-K02-04	Jiná infekční onemocnění nervové soustavy u pacientů s CC=0-1	1,19262
01-K03	01-K03-01	Epilepsie v CVSP u pacientů s CC=3-4	2,13123
01-K03	01-K03-02	Epilepsie v CVSP u pacientů s CC=1-2	1,12039
01-K03	01-K03-03	Epilepsie v CVSP u dětí do 18 let nebo u pacientů ve věku 75 a více let s CC=0	0,75981
01-K03	01-K03-04	Epilepsie v CVSP u pacientů ve věku 18-74 let s CC=0	0,45090
01-K03	01-K03-05	Epilepsie mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	2,05805
01-K03	01-K03-06	Epilepsie mimo CVSP u pacientů s CC=1-2	0,72550
01-K03	01-K03-07	Epilepsie mimo CVSP u dětí do 18 let nebo u pacientů ve věku 75 a více let s CC=0	0,56037
01-K03	01-K03-08	Epilepsie mimo CVSP u pacientů ve věku 18-74 let s CC=0	0,32861

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
01-K04	01-K04-01	Neurodegenerativní onemocnění u pacientů s CC=1-4	1,08785
01-K04	01-K04-02	Neurodegenerativní onemocnění u pacientů s CC=0	0,68298
01-K05	01-K05-01	Hydrocefalus u pacientů s CC=1-4	0,80296
01-K05	01-K05-02	Hydrocefalus u pacientů s CC=0	0,47893
01-K06	01-K06-00	Poruchy spánku	0,12698
01-K07	01-K07-01	Poruchy mozkových nervů u dětí do 18 let věku	1,07733
01-K07	01-K07-02	Poruchy mozkových nervů u pacientů ve věku 18 a více let	0,60015
01-K07	01-K07-03	Jiné bolesti hlavy u dětí do 18 let věku	0,51583
01-K07	01-K07-04	Jiné bolesti hlavy u pacientů ve věku 18 a více let	0,40799
01-K08	01-K08-01	Neuropatie a onemocnění motoneuronu u pacientů s CC=1-4	1,26300
01-K08	01-K08-02	Neuropatie a onemocnění motoneuronu (mimo mononeuropatie horní končetiny) u pacientů s CC=0	0,63494
01-K08	01-K08-03	Mononeuropatie horní končetiny u pacientů s CC=0	0,35639
01-K09	01-K09-01	Onemocnění nervosvalového přenosu u pacientů s CC=1-4	1,39491
01-K09	01-K09-02	Onemocnění nervosvalového přenosu u pacientů s CC=0	0,71287
01-K10	01-K10-01	Mozkový infarkt v komplexním CVSP u pacientů ve věku 18 a více let s CC=3-4 nebo u dětí do 18 let věku	2,35802
01-K10	01-K10-02	Mozkový infarkt v komplexním CVSP u pacientů ve věku 18 a více let s CC=1-2	1,37601
01-K10	01-K10-03	Mozkový infarkt v komplexním CVSP u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,92901
01-K10	01-K10-04	Mozkový infarkt v CVSP u pacientů s CC=3-4	1,61422
01-K10	01-K10-05	Mozkový infarkt v CVSP u pacientů s CC=1-2	0,93476
01-K10	01-K10-06	Mozkový infarkt v CVSP u pacientů s CC=0	0,71833
01-K10	01-K10-07	Mozkový infarkt mimo CVSP	0,76217
01-K11	01-K11-01	Netraumatické intrakraniální krvácení v komplexním CVSP u pacientů s CC=3-4	2,93806
01-K11	01-K11-02	Netraumatické intrakraniální krvácení v komplexním CVSP u pacientů s CC=1-2	2,11619
01-K11	01-K11-03	Netraumatické intrakraniální krvácení v komplexním CVSP u pacientů s CC=0	1,53689
01-K11	01-K11-04	Netraumatické intrakraniální krvácení v CVSP u pacientů s CC=3-4	2,24353
01-K11	01-K11-05	Netraumatické intrakraniální krvácení v CVSP u pacientů s CC=1-2	1,59740
01-K11	01-K11-06	Netraumatické intrakraniální krvácení v CVSP u pacientů s CC=0	1,32599
01-K11	01-K11-07	Netraumatické intrakraniální krvácení mimo CVSP	1,26929
01-K12	01-K12-01	Jiná cévní onemocnění mozku a míchy v komplexním CVSP	0,64452
01-K12	01-K12-02	Jiná cévní onemocnění mozku a míchy v CVSP	0,52874
01-K12	01-K12-03	Jiná cévní onemocnění mozku a míchy mimo CVSP	0,44546
01-K13	01-K13-01	Novotvary mozku a mozkových plen v CVSP u pacientů s CC=3-4	1,61484
01-K13	01-K13-02	Novotvary mozku a mozkových plen v CVSP u pacientů s CC=0-2	0,74524
01-K13	01-K13-03	Novotvary mozku a mozkových plen mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	1,17595
01-K13	01-K13-04	Novotvary mozku a mozkových plen mimo CVSP u pacientů s CC=0-2	0,65600
01-K14	01-K14-00	Novotvary periferních nervů	1,17387
01-K15	01-K15-00	Vrozené vady nervové soustavy	0,55235
01-K16	01-K16-01	Závažná kraniocerebrální poranění v CVSP u pacientů s CC=3-4	1,89728

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
01-K16	01-K16-02	Závažná kraniocerebrální poranění v CVSP u pacientů s CC=0-2	0,81778
01-K16	01-K16-03	Závažná kraniocerebrální poranění mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	1,94473
01-K16	01-K16-04	Závažná kraniocerebrální poranění mimo CVSP u pacientů s CC=0-2	0,68871
01-K16	01-K16-05	Zlomeniny lebky	0,46635
01-K16	01-K16-06	Otřes mozku	0,26657
01-K17	01-K17-00	Poranění periferních nervů	0,54547
01-K18	01-K18-01	Jiná onemocnění a poruchy nervové soustavy s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo u pacientů s CC=4	2,92505
01-K18	01-K18-02	Jiná onemocnění a poruchy nervové soustavy u pacientů s CC=3	1,16615
01-K18	01-K18-03	Jiná onemocnění a poruchy nervové soustavy u pacientů s CC=1-2	0,71631
01-K18	01-K18-04	Jiná onemocnění a poruchy nervové soustavy u pacientů s CC=0	0,49308
01-M04	01-M04-00	Léčebná výměnná plazmaferéza pro onemocnění nervové soustavy	3,82877
01-R02	01-R02-01	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	6,00656
01-R02	01-R02-02	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,19764
01-R02	01-R02-03	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,27728
01-R02	01-R02-04	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,72963
01-R02	01-R02-05	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,24507
01-R02	01-R02-06	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,70799
01-R02	01-R02-07	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,50454
01-R02	01-R02-08	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,08675
02-C01	02-C01-00	Chemoterapie pro zhoubný novotvar oka a očních adnex	0,83273
02-I09	02-I09-01	Filtrační operace pro glaukom u dětí do 18 let	1,49857
02-I09	02-I09-02	Implantace drenážního implantátu pro glaukom u pacientů ve věku 18 a více let	0,83530
02-I09	02-I09-03	Filtrační operace pro glaukom u pacientů ve věku 18 a více let	0,68360
02-I12	02-I12-01	Jiný chirurgický výkon na oku nebo očnici pro zánět nebo u dětí do 6 let	1,17252
02-I12	02-I12-02	Jiný chirurgický výkon na oku pro jiné hlavní diagnózy u pacientů ve věku 6 a více let	0,76023
02-I13	02-I13-01	Malý chirurgický výkon na očních adnexech se závažnou hlavní diagnózou nebo u dětí do 6 let	0,65444
02-I13	02-I13-02	Malý chirurgický výkon na očních adnexech pro jiné hlavní diagnózy u pacientů ve věku 6 a více let	0,30240
02-K01	02-K01-01	Zánětlivá onemocnění oka u pacientů s CC=2-4	1,26784
02-K01	02-K01-02	Zánětlivá onemocnění oka u pacientů s CC=0-1	0,80241
02-K02	02-K02-01	Závažná zánětlivá onemocnění očních adnex a očnice	0,84331
02-K02	02-K02-02	Ostatní zánětlivá onemocnění očních adnex a očnice	0,49652
02-K03	02-K03-00	Funkční poruchy rohovky	0,51183
02-K04	02-K04-00	Funkční poruchy čočky	0,41315
02-K05	02-K05-01	Funkční poruchy sklivce, sítnice a cévnatky u dětí do 18 let nebo sítnicové cévní uzávěry	0,54628

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
02-K05	02-K05-02	Ostatní funkční poruchy sklivce, sítnice a cévnatky u pacientů ve věku 18 a více let	0,47544
02-K06	02-K06-01	Glaukom u dětí do 18 let	0,39792
02-K06	02-K06-02	Glaukom u pacientů ve věku 18 a více let	0,37123
02-K07	02-K07-01	Paralytický strabismus	0,75223
02-K07	02-K07-02	Ostatní funkční poruchy očních adnex	0,51634
02-K08	02-K08-00	Novotvary oka, očních adnex a očnice	0,49601
02-K09	02-K09-00	Oční traumata	0,45699
02-K10	02-K10-00	Vrozené vady oka, očních adnex a očnice	0,43862
02-K11	02-K11-01	Onemocnění zrakového nervu a zrakových drah	0,79338
02-K11	02-K11-02	Jiné onemocnění oka, očních adnex nebo očnice	0,46637
02-M01	02-M01-01	Laserová a koagulační léčba u dětí do 18 let	0,59487
02-M01	02-M01-02	Laserová a koagulační léčba u pacientů ve věku 18 a více let	0,59874
02-R03	02-R03-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	6,00656
02-R03	02-R03-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	4,97537
02-R03	02-R03-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,26172
02-R03	02-R03-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,71958
02-R03	02-R03-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,31416
02-R03	02-R03-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,83792
02-R03	02-R03-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,61864
02-R03	02-R03-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,03832
03-C01	03-C01-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku	0,39043
03-C01	03-C01-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku	0,44631
03-I19	03-I19-01	Jiný výkon v ústní dutině, hltanu nebo na čelisti u pacientů s CC=3-4	2,69274
03-I19	03-I19-02	Jiný výkon v ústní dutině, hltanu nebo na čelisti pro zhoubný novotvar nebo pro zánět u pacientů s CC=0-2	0,78328
03-I19	03-I19-03	Jiný výkon v ústní dutině, hltanu nebo na čelisti pro onemocnění mimo zhoubný novotvar a zánět u pacientů s CC=0-2	0,67073
03-I24	03-I24-00	Extrakce zubu nebo preprotetická úprava alveolu	0,55455
03-I25	03-I25-00	Tracheostomie	1,66574
03-K01	03-K01-01	Záněty ucha mimo nehnisavý zánět středního ucha	0,58754
03-K01	03-K01-02	Nehnisavý zánět středního ucha	0,38536
03-K02	03-K02-01	Záněty horních cest dýchacích a hrtanu s CC=3-4	1,02264
03-K02	03-K02-02	Záněty horních cest dýchacích a hrtanu u pacientů ve věku 65 a více let nebo s CC=1-2	0,53006
03-K02	03-K02-03	Záněty horních cest dýchacích a hrtanu u pacientů do 65 let věku s CC=0	0,34000
03-K03	03-K03-01	Záněty úst, ústní dutiny a čelisti u pacientů s CC=2-4	0,99940
03-K03	03-K03-02	Záněty úst, ústní dutiny a čelisti u pacientů s CC=0-1	0,52997
03-K04	03-K04-01	Funkční a strukturální poruchy ucha u pacientů ve věku 18 a více let	0,47566

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
03-K04	03-K04-02	Funkční a strukturální poruchy ucha u dětí do 18 let věku	0,36661
03-K05	03-K05-00	Funkční a strukturální poruchy nosu a nosních dutin	0,28732
03-K06	03-K06-01	Akutní záněty krčních mandlí	0,44642
03-K06	03-K06-02	Nemoci mandlí a adenoidní tkáně mimo akutní záněty	0,26902
03-K07	03-K07-00	Funkční a strukturální poruchy hrtanu	0,34144
03-K08	03-K08-00	Nezánětlivé nemoci úst, ústní dutiny a čelisti	0,39827
03-K09	03-K09-01	Zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní a krku v CVSP	0,62007
03-K09	03-K09-02	Zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní a krku mimo CVSP	0,42160
03-K10	03-K10-01	Novotvary ucha, nosu, dutiny ústní a krku mimo zhoubné	0,41963
03-K10	03-K10-02	Polypy nosu a hrdla	0,34743
03-K11	03-K11-00	Vrozené vady ucha, nosu, dutiny ústní a krku	0,40454
03-K12	03-K12-01	Traumata ucha, nosu, dutiny ústní a krku v CVSP	0,39485
03-K12	03-K12-02	Traumata ucha, nosu, dutiny ústní a krku mimo CVSP	0,29483
03-K13	03-K13-01	Jiné nemoci ucha, nosu, dutiny ústní a krku u pacientů s CC=1-4	0,53286
03-K13	03-K13-02	Jiné nemoci ucha, nosu, dutiny ústní a krku u pacientů s CC=0	0,18524
03-R01	03-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	6,89144
03-R01	03-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,20615
03-R01	03-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,86763
03-R01	03-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,68591
03-R01	03-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,37188
03-R01	03-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,77810
03-R01	03-R01-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,53627
03-R01	03-R01-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,71656
03-R02	03-R02-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ústní dutiny, hltanu nebo nosohltanu v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,97634
03-R02	03-R02-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ústní dutiny, hltanu nebo nosohltanu v rámci 1 ozařovacího dne	0,38478
04-C02	04-C02-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar dýchací soustavy	0,29858
04-C02	04-C02-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy	0,36900
04-I08	04-I08-01	Opakovaná hrudní drenáž nebo hrudní drenáž u pacientů s CC=4	3,00898
04-I08	04-I08-02	Hrudní drenáž otevřeným přístupem nebo thorakoskopicky u pacientů s CC=0-3	1,86172
04-I08	04-I08-03	Klasická nebo perkutánní hrudní drenáž u pacientů s CC=1-3	1,49166
04-I08	04-I08-04	Klasická nebo perkutánní hrudní drenáž u pacientů s CC=0	0,96850
04-I09	04-I09-01	Diagnostický chirurgický výkon nebo odstranění mízních uzlin pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=1-4	2,17369
04-I09	04-I09-02	Diagnostický chirurgický výkon nebo odstranění mízních uzlin pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=0	0,84412
04-I10	04-I10-01	Chirurgický výkon pro ošetření tracheostomie bez jejího uzavření	1,10471
04-I10	04-I10-02	Chirurgický výkon pro ošetření tracheostomie s jejím uzavřením	0,59793

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
04-K01	04-K01-01	Tuberkulóza u dětí do 18 let věku nebo u pacientů s CC=1-4	1,41113
04-K01	04-K01-02	Tuberkulóza u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,46043
04-K02	04-K02-01	Časné úmrtí do 2 dnů pro zánět plic	0,16563
04-K02	04-K02-02	Záněty plic u pacientů s CC=4 nebo s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	2,24512
04-K02	04-K02-03	Záněty plic u pacientů s CC=2-3	1,07568
04-K02	04-K02-04	Záněty plic u pacientů s CC=0-1	0,75536
04-K03	04-K03-01	Záněty průdušnice, průdušek a průdušinek u pacientů s CC=3-4	1,00200
04-K03	04-K03-02	Záněty průdušnice, průdušek a průdušinek u pacientů s CC=1-2	0,59703
04-K03	04-K03-03	Záněty průdušnice, průdušek a průdušinek u pacientů s CC=0	0,50953
04-K04	04-K04-01	Astma u pacientů s CC=2-4	0,91131
04-K04	04-K04-02	Astma u pacientů s CC=0-1	0,51808
04-K05	04-K05-01	Časné úmrtí do 2 dnů pro plicní embolii	0,41918
04-K05	04-K05-02	Plicní embolie v CVSP u pacientů s akutním cor pulmonale, CC=3-4 nebo s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	1,31719
04-K05	04-K05-03	Plicní embolie v CVSP u pacientů bez akutního cor pulmonale s CC=0-2	0,65578
04-K05	04-K05-04	Plicní embolie mimo CVSP u pacientů s akutním cor pulmonale, CC=3-4 nebo s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	0,91994
04-K05	04-K05-05	Plicní embolie mimo CVSP u pacientů bez akutního cor pulmonale s CC=0-2	0,49694
04-K06	04-K06-01	Chronická obstrukční plicní nemoc u pacientů s CC=4	1,71389
04-K06	04-K06-02	Chronická obstrukční plicní nemoc u pacientů s CC=2-3	0,87366
04-K06	04-K06-03	Chronická obstrukční plicní nemoc u pacientů s CC=0-1	0,58783
04-K07	04-K07-01	Intersticiální plicní nemoc u pacientů s CC=4	2,69773
04-K07	04-K07-02	Intersticiální plicní nemoc u pacientů s CC=2-3	1,05232
04-K07	04-K07-03	Intersticiální plicní nemoc u pacientů s CC=0-1	0,59632
04-K08	04-K08-01	Časné úmrtí do 2 dnů pro respirační selhání	0,40133
04-K08	04-K08-02	Respirační selhání u pacientů s CC=4	2,37346
04-K08	04-K08-03	Respirační selhání u pacientů s CC=2-3	1,35822
04-K08	04-K08-04	Respirační selhání u pacientů s CC=0-1	0,46061
04-K09	04-K09-01	Časné úmrtí do 2 dnů pro zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku	0,14586
04-K09	04-K09-02	Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,10759
04-K09	04-K09-03	Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,59317
04-K09	04-K09-04	Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,77045
04-K09	04-K09-05	Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,45689
04-K10	04-K10-01	Novotvary dýchací soustavy mimo zhoubné u pacientů s CC=2-4	0,66035
04-K10	04-K10-02	Novotvary dýchací soustavy mimo zhoubné u pacientů s CC=0-1	0,35100
04-K11	04-K11-01	Cystická fibróza u pacientů ve věku 16 a více let	2,28203
04-K11	04-K11-02	Cystická fibróza u dětí do 16 let věku	1,57221
04-K12	04-K12-00	Vrozené vady dýchací soustavy mimo cystickou fibrózu	0,56179
04-K13	04-K13-01	Trauma dýchací soustavy a hrudníku v CVSP	0,59654
04-K13	04-K13-02	Trauma dýchací soustavy a hrudníku mimo CVSP	0,42768

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
04-K14	04-K14-01	Pneumotorax a hemotorax u pacientů s CC=3-4	1,80581
04-K14	04-K14-02	Pneumotorax a hemotorax u pacientů s CC=1-2	1,06285
04-K14	04-K14-03	Pneumotorax a hemotorax u pacientů s CC=0	0,63293
04-K15	04-K15-01	Jiné nemoci dýchací soustavy u pacientů s CC=4	2,45419
04-K15	04-K15-02	Plicní edém nebo jiné nemoci dýchací soustavy u pacientů s CC=2-3	1,04601
04-K15	04-K15-03	Jiné nemoci dýchací soustavy u pacientů s CC=0-1	0,41704
04-M01	04-M01-01	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 1801 a více hodin (76 a více dní)	70,58409
04-M01	04-M01-02	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 1009-1800 hodin (43-75 dní)	35,03094
04-M01	04-M01-03	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 505-1008 hodin (22-42 dní)	15,99192
04-M01	04-M01-04	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 241-504 hodin (11-21 dní)	9,30973
04-M01	04-M01-05	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 97-240 hodin (5-10 dní)	4,56100
04-M01	04-M01-06	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 25-96 hodin (2-4 dny) u pacientů ve věku 18 a více let s CC=3-4	2,92358
04-M01	04-M01-07	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 25-96 hodin (2-4 dny) u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2	2,45444
04-M01	04-M01-08	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 25-96 hodin (2-4 dny) u dětí do 18 let věku	3,81450
04-M02	04-M02-01	Endoskopické zavedení endobronchiální chlopně pro chronickou obstrukční plicní nemoc	5,34967
04-M02	04-M02-02	Endoskopická dilatace stenóz pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=1-4	2,11845
04-M02	04-M02-03	Endoskopický výkon mimo dilatace pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=1-4	1,29492
04-M02	04-M02-04	Endoskopický výkon pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=0	0,62219
04-R02	04-R02-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	5,64935
04-R02	04-R02-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,03245
04-R02	04-R02-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,13839
04-R02	04-R02-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,39797
04-R02	04-R02-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,29253
04-R02	04-R02-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,76026
04-R02	04-R02-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,41782
04-R02	04-R02-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,89228
04-R03	04-R03-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,84951
04-R03	04-R03-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v rámci 1 ozařovacího dne	0,40286

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
05-D01	05-D01-01	Elektrofyziologické vyšetření nebo implantace arytmického záznamníku se srdeční katetrizací	2,33700
05-D01	05-D01-02	Implantace arytmického záznamníku	1,39177
05-D01	05-D01-03	Elektrofyziologické vyšetření	1,05728
05-D01	05-D01-04	Jiná invazivní diagnostika pro srdeční zástavu nebo šok nebo u pacientů s CC=3-4	2,48905
05-D01	05-D01-05	Jiná invazivní diagnostika pro závažné onemocnění oběhové soustavy mimo zástavu nebo šok u pacientů s CC=2	1,31459
05-D01	05-D01-06	Jiná invazivní diagnostika pro závažné onemocnění oběhové soustavy mimo zástavu nebo šok u pacientů s CC=0-1	0,69467
05-D01	05-D01-07	Jiná invazivní diagnostika pro jinou nemoc oběhové soustavy u pacientů s CC=2	0,55045
05-D01	05-D01-08	Jiná invazivní diagnostika pro jinou nemoc oběhové soustavy u pacientů s CC=0-1	0,40093
05-I23	05-I23-01	Amputace celé končetiny nebo amputace části končetiny mimo prsty pro nemoc periferních cév pacientů s CC=3-4 v CVSP	4,01318
05-I23	05-I23-02	Amputace části končetiny mimo prsty pro nemoc periferních cév v CVSP u pacientů s CC=0-2	1,91294
05-I23	05-I23-03	Amputace celé končetiny nebo amputace části končetiny mimo prsty pro nemoc periferních cév pacientů s CC=3-4 mimo CVSP	2,40635
05-I23	05-I23-04	Amputace části končetiny mimo prsty pro nemoc periferních cév mimo CVSP u pacientů s CC=0-2	1,45084
05-I27	05-I27-01	Jiný chirurgický výkon pro nemoc oběhové soustavy v CVSP u pacientů se závažnou hlavní diagnózou nebo s CC=2-4	1,75406
05-I27	05-I27-02	Jiný chirurgický výkon pro nemoc oběhové soustavy v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,96985
05-I27	05-I27-03	Jiný chirurgický výkon pro nemoc oběhové soustavy mimo CVSP	0,95528
05-I28	05-I28-01	Amputace prstů nebo záprstí pro nemoc periferních cév v CVSP	0,87376
05-I28	05-I28-02	Amputace prstů nebo záprstí pro nemoc periferních cév mimo CVSP	0,74905
05-K01	05-K01-01	Nemoci myokardu u pacientů s CC=3-4	2,00637
05-K01	05-K01-02	Nemoci myokardu u pacientů s CC=1-2	0,78868
05-K01	05-K01-03	Nemoci myokardu u pacientů s CC=0	0,68379
05-K02	05-K02-01	Nemoci perikardu v CVSP u pacientů s CC=1-4	1,36192
05-K02	05-K02-02	Nemoci perikardu v CVSP u pacientů s CC=0	0,71252
05-K02	05-K02-03	Nemoci perikardu mimo CVSP	0,62315
05-K03	05-K03-01	Akutní koronární syndrom v CVSP u pacientů s CC=3-4	1,51595
05-K03	05-K03-02	Akutní koronární syndrom v CVSP u pacientů s CC=1-2	0,86431
05-K03	05-K03-03	Akutní koronární syndrom v CVSP u pacientů s CC=0	0,48066
05-K03	05-K03-04	Akutní koronární syndrom mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	1,14113
05-K03	05-K03-05	Akutní koronární syndrom mimo CVSP u pacientů s CC=1-2	0,51444
05-K03	05-K03-06	Akutní koronární syndrom mimo CVSP u pacientů s CC=0	0,27364
05-K04	05-K04-01	Chronická ischemická choroba srdeční v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,91927
05-K04	05-K04-02	Chronická ischemická choroba srdeční v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,30897
05-K04	05-K04-03	Chronická ischemická choroba srdeční mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,53598
05-K04	05-K04-04	Chronická ischemická choroba srdeční mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,24074
05-K05	05-K05-01	Poruchy srdečního rytmu v CVSP u pacientů s CC=3-4	1,42308

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
05-K05	05-K05-02	Poruchy srdečního rytmu v CVSP u pacientů s CC=1-2	0,73117
05-K05	05-K05-03	Poruchy srdečního rytmu mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	1,30716
05-K05	05-K05-04	Poruchy srdečního rytmu mimo CVSP u pacientů s CC=1-2	0,49557
05-K05	05-K05-05	Poruchy srdečního rytmu u pacientů s CC=0	0,31999
05-K06	05-K06-01	Srdeční zástava a šok v CVSP u pacientů s CC=4 nebo umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	1,99425
05-K06	05-K06-02	Srdeční zástava a šok mimo CVSP u pacientů s CC=4 nebo umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	1,67696
05-K06	05-K06-03	Časné úmrtí do 2 dnů pro srdeční zástavu nebo šok	0,48054
05-K06	05-K06-04	Srdeční zástava a šok v CVSP u pacientů s CC=0-3	1,26375
05-K06	05-K06-05	Srdeční zástava a šok mimo CVSP u pacientů s CC=0-3	1,00267
05-K07	05-K07-01	Srdeční selhání s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	3,05933
05-K07	05-K07-02	Časné úmrtí do 2 dnů pro srdeční selhání	0,19998
05-K07	05-K07-03	Srdeční selhání v CVSP u pacientů s CC=3-4	1,62466
05-K07	05-K07-04	Srdeční selhání v CVSP u pacientů s CC=1-2	1,03496
05-K07	05-K07-05	Srdeční selhání v CVSP u pacientů s CC=0	0,69548
05-K07	05-K07-06	Srdeční selhání mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	1,18450
05-K07	05-K07-07	Srdeční selhání mimo CVSP u pacientů s CC=1-2	0,65710
05-K07	05-K07-08	Srdeční selhání mimo CVSP u pacientů s CC=0	0,45501
05-K08	05-K08-01	Zánět endokardu v CVSP u pacientů s CC=3-4	4,71046
05-K08	05-K08-02	Zánět endokardu v CVSP u pacientů s CC=0-2	2,12601
05-K08	05-K08-03	Zánět endokardu mimo CVSP	1,91893
05-K09	05-K09-01	Funkční a strukturální poruchy chlopní u pacientů s CC=3-4	1,36972
05-K09	05-K09-02	Funkční a strukturální poruchy chlopní u pacientů s CC=1-2	0,50990
05-K09	05-K09-03	Funkční a strukturální poruchy chlopní u pacientů s CC=0	0,40926
05-K10	05-K10-00	Funkční a strukturální poruchy aorty	0,49638
05-K11	05-K11-01	Funkční a strukturální poruchy plicní cirkulace u pacientů s CC=1-4	0,66326
05-K11	05-K11-02	Funkční a strukturální poruchy plicní cirkulace u pacientů s CC=0	0,53012
05-K12	05-K12-01	Funkční a strukturální poruchy tepen mimo aortu u pacientů s CC=3-4	1,11803
05-K12	05-K12-02	Funkční a strukturální poruchy tepen mimo aortu u pacientů s CC=0-2	0,48884
05-K13	05-K13-01	Trombóza hlubokých žil nebo žilní městky s vředem nebo jiné nemoci žil u pacientů s CC=3-4 v CVSP	1,29396
05-K13	05-K13-02	Jiné nemoci žil v CVSP u pacientů s CC=0-2	0,48024
05-K13	05-K13-03	Trombóza hlubokých žil nebo žilní městky s vředem nebo jiné nemoci žil u pacientů s CC=3-4 mimo CVSP	0,95560
05-K13	05-K13-04	Jiné nemoci žil mimo CVSP u pacientů s CC=0-2	0,37641
05-K14	05-K14-01	Hypertenze se selháním srdce nebo ledvin v CVSP	1,08002
05-K14	05-K14-02	Hypertenze v CVSP u pacientů s CC=1-4	0,82588
05-K14	05-K14-03	Hypertenze v CVSP u pacientů s CC=0	0,41050
05-K14	05-K14-04	Hypertenze se selháním srdce nebo ledvin mimo CVSP	0,69158
05-K14	05-K14-05	Hypertenze mimo CVSP u pacientů s CC=1-4	0,42099
05-K14	05-K14-06	Hypertenze mimo CVSP u pacientů s CC=0	0,25289
05-K15	05-K15-01	Hypotenze a kolaps v CVSP u pacientů s CC=1-4	0,74985
05-K15	05-K15-02	Hypotenze a kolaps v CVSP u pacientů s CC=0	0,39730

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
05-K15	05-K15-03	Hypotenze a kolaps mimo CVSP u pacientů s CC=1-4	0,41045
05-K15	05-K15-04	Hypotenze a kolaps mimo CVSP u pacientů s CC=0	0,27353
05-K16	05-K16-00	Vrozené vady oběhové soustavy	0,58533
05-K17	05-K17-00	Traumata oběhové soustavy	0,69107
05-K18	05-K18-01	Infekční a zánětlivé komplikace umělých náhrad	1,47033
05-K18	05-K18-02	Jiné komplikace umělých náhrad	0,53336
05-K19	05-K19-01	Jiné nemoci a poruchy oběhové soustavy v CVSP	0,33249
05-K19	05-K19-02	Jiné nemoci a poruchy oběhové soustavy mimo CVSP	0,21732
06-C01	06-C01-00	Cílená léčba pro Crohnovu nemoc nebo ulcerózní kolitidu	0,14217
06-C02	06-C02-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar trávicí soustavy	0,28650
06-C02	06-C02-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar jícnu nebo žaludku	0,32940
06-C02	06-C02-03	Chemoterapie pro zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu	0,28159
06-D01	06-D01-00	Endoskopický diagnostický výkon a staging pro Crohnovu nemoc a ulcerózní kolitidu	0,70987
06-I14	06-I14-01	Drenážní výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	2,89327
06-I14	06-I14-02	Drenážní výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	1,19942
06-K01	06-K01-01	Klostridiová střevní infekce u pacientů s CC=4	2,28720
06-K01	06-K01-02	Klostridiová střevní infekce u pacientů s CC=2-3	1,10969
06-K01	06-K01-03	Klostridiová střevní infekce u pacientů s CC=0-1	0,70009
06-K02	06-K02-01	Střevní infekce mimo klostridiové u pacientů s CC=4	1,71096
06-K02	06-K02-02	Střevní infekce mimo klostridiové u pacientů s CC=2-3	0,59214
06-K02	06-K02-03	Parazitární a bakteriální střevní infekce mimo klostridiové u pacientů s CC=0-1	0,45672
06-K02	06-K02-04	Virové střevní infekce u pacientů s CC=0-1	0,36403
06-K03	06-K03-01	Refluxní onemocnění a zánět jícnu u pacientů s CC=4	2,13616
06-K03	06-K03-02	Refluxní onemocnění a zánět jícnu u pacientů s CC=2-3	0,79641
06-K03	06-K03-03	Refluxní onemocnění a zánět jícnu u pacientů s CC=0-1	0,38894
06-K04	06-K04-01	Peptický vřed a zánět žaludku u pacientů s CC=4	1,83813
06-K04	06-K04-02	Peptický vřed a zánět žaludku s perforací nebo krvácením nebo u pacientů s CC=2-3	0,84158
06-K04	06-K04-03	Peptický vřed bez perforace a krvácení a jiný zánět žaludku u pacientů s CC=0-1	0,37347
06-K05	06-K05-01	Nemoci apendixu se zánětem peritonea	0,79300
06-K05	06-K05-02	Nemoci apendixu bez zánětu peritonea	0,38611
06-K06	06-K06-01	Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida u pacientů s CC=1-4	1,15671
06-K06	06-K06-02	Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida u pacientů s CC=0	0,57455
06-K07	06-K07-01	Divertikulární nemoc střeva s perforací a abscesem nebo u pacientů s CC=2-4	0,75023
06-K07	06-K07-02	Divertikulární nemoc střeva bez perforace a abscesu u pacientů s CC=0-1	0,42949
06-K08	06-K08-01	Varixy jícnu s krvácením nebo jiné funkční a strukturální poruchy jícnu a žaludku u pacientů s CC=3-4	1,17513
06-K08	06-K08-02	Funkční a strukturální poruchy jícnu a žaludku mimo krvácející varixy s CC=0-2	0,36054
06-K09	06-K09-01	Kýly u pacientů s CC=2-4	1,02018

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
06-K09	06-K09-02	Kýly u pacientů s CC=0-1	0,29705
06-K10	06-K10-01	Vaskulární onemocnění střeva nebo obstrukce trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	1,65711
06-K10	06-K10-02	Vaskulární onemocnění střeva u pacientů s CC=0-2 nebo obstrukce trávicí soustavy u pacientů s CC=1-2	0,71573
06-K10	06-K10-03	Obstrukce trávicí soustavy u pacientů s CC=0	0,41475
06-K11	06-K11-00	Nemoci anorekta	0,36105
06-K12	06-K12-01	Pooperační střevní malabsorpce	1,94334
06-K12	06-K12-02	Střevní malabsorpce mimo pooperační	0,39379
06-K13	06-K13-01	Zhoubný novotvar jícnu a žaludku v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,27037
06-K13	06-K13-02	Zhoubný novotvar jícnu a žaludku v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,52877
06-K13	06-K13-03	Zhoubný novotvar jícnu a žaludku mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,89133
06-K13	06-K13-04	Zhoubný novotvar jícnu a žaludku mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,41622
06-K14	06-K14-01	Zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,12917
06-K14	06-K14-02	Zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,55313
06-K14	06-K14-03	Zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,79479
06-K14	06-K14-04	Zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,43629
06-K15	06-K15-01	Novotvary trávicích orgánů mimo zhoubné u pacientů s CC=1-4	0,48701
06-K15	06-K15-02	Novotvary trávicích orgánů mimo zhoubné u pacientů s CC=0	0,26152
06-K16	06-K16-00	Vrozené vady trávicí soustavy	0,62767
06-K17	06-K17-01	Traumata trávicí soustavy mimo cizí těleso	0,84863
06-K17	06-K17-02	Cizí těleso v trávicí soustavě	0,25844
06-K18	06-K18-00	Umělá vyústění trávicí soustavy	0,34813
06-K19	06-K19-01	Zánět pobřišnice nebo střeva u pacientů s CC=3-4	1,98890
06-K19	06-K19-02	Zánět pobřišnice nebo střeva u pacientů s CC=1-2	1,01646
06-K19	06-K19-03	Zánět pobřišnice nebo střeva u pacientů s CC=0	0,69554
06-K20	06-K20-01	Krvácení z trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	1,49090
06-K20	06-K20-02	Krvácení z trávicí soustavy u pacientů s CC=1-2	0,75461
06-K20	06-K20-03	Krvácení z trávicí soustavy u pacientů s CC=0	0,39123
06-K21	06-K21-01	Jiný neinfekční střevní zánět u pacientů s CC=3-4	1,68209
06-K21	06-K21-02	Jiný neinfekční střevní zánět u pacientů s CC=1-2	0,67853
06-K21	06-K21-03	Jiný neinfekční střevní zánět u pacientů s CC=0	0,35256
06-K22	06-K22-01	Jiné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	1,07602
06-K22	06-K22-02	Jiné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=1-2	0,47177
06-K22	06-K22-03	Jiné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0	0,31171
06-M01	06-M01-01	Endoskopický výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	2,06691
06-M01	06-M01-02	Endoskopický výkon pro odstranění léze trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	1,10416
06-M01	06-M01-03	Endoskopická dilatace trávicí trubice, zavedení stentu nebo stavění krvácení z trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	0,81546

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
06-M01	06-M01-04	Endoskopické zavedení gastrostomie pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	0,61160
06-M01	06-M01-05	Endoskopický výkon pro jícnové varixy, odstranění polypu nebo cizího tělesa z trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	0,39318
06-R01	06-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	6,30470
06-R01	06-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	4,91387
06-R01	06-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	2,97855
06-R01	06-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,79644
06-R01	06-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,34359
06-R01	06-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,85236
06-R01	06-R01-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,50615
06-R01	06-R01-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,82051
06-R02	06-R02-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,75469
06-R02	06-R02-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v rámci 1 ozařovacího dne	0,40918
07-C01	07-C01-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní	0,37275
07-C01	07-C01-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní	0,28408
07-I11	07-I11-01	Jiný chirurgický výkon v dutině břišní pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=2-4	3,51640
07-I11	07-I11-02	Jiný chirurgický výkon v dutině břišní pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=0-1	1,36428
07-K01	07-K01-01	Zánět a selhání jater u pacientů s CC=3-4	2,05509
07-K01	07-K01-02	Zánět a selhání jater u pacientů s CC=0-2	0,94571
07-K02	07-K02-01	Akutní zánět slinivky břišní u pacientů s CC=3-4	2,57613
07-K02	07-K02-02	Akutní zánět slinivky břišní u dětí do 18 let věku nebo u pacientů s CC=2	1,26943
07-K02	07-K02-03	Akutní zánět slinivky břišní u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	0,69957
07-K03	07-K03-01	Chronický zánět a cysta slinivky břišní u pacientů s CC=3-4	1,72668
07-K03	07-K03-02	Chronický zánět a cysta slinivky břišní u pacientů s CC=0-2	0,45830
07-K04	07-K04-01	Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=4	2,46761
07-K04	07-K04-02	Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=3	1,36008
07-K04	07-K04-03	Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=1-2 nebo hepatorenální syndrom	0,80741
07-K04	07-K04-04	Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=0	0,49658
07-K05	07-K05-01	Obstrukce nebo zánět žlučníku a žlučových cest u pacientů s CC=3-4	1,40956
07-K05	07-K05-02	Zánět žlučníku a žlučových cest u pacientů s CC=0-2	0,57621
07-K05	07-K05-03	Obstrukce žlučníku a žlučových cest u pacientů s CC=0-2	0,33582
07-K06	07-K06-01	Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,11754
07-K06	07-K06-02	Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,48010

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
07-K06	07-K06-03	Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,67081
07-K06	07-K06-04	Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,37133
07-K07	07-K07-01	Zhoubný novotvar slinivky břišní v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,93673
07-K07	07-K07-02	Zhoubný novotvar slinivky břišní v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,47224
07-K07	07-K07-03	Zhoubný novotvar slinivky břišní mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,67039
07-K07	07-K07-04	Zhoubný novotvar slinivky břišní mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,37177
07-K08	07-K08-01	Novotvary hepatobiliární soustavy a slinivky břišní mimo zhoubné u pacientů s CC=2-4	0,84494
07-K08	07-K08-02	Novotvary hepatobiliární soustavy a slinivky břišní mimo zhoubné u pacientů s CC=0-1	0,34748
07-K09	07-K09-00	Vrozené vady hepatobiliární soustavy a slinivky břišní	0,90920
07-K10	07-K10-00	Traumata hepatobiliární soustavy a slinivky břišní	1,34452
07-K11	07-K11-01	Jiné nemoci hepatobiliární soustavy a slinivky břišní u pacientů s CC=3-4	0,89534
07-K11	07-K11-02	Jiné nemoci hepatobiliární soustavy a slinivky břišní u dětí do 18 let věku s CC=0-2	0,65439
07-K11	07-K11-03	Jiné nemoci hepatobiliární soustavy a slinivky břišní u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2	0,38275
07-R02	07-R02-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	5,64816
07-R02	07-R02-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,22068
07-R02	07-R02-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,26443
07-R02	07-R02-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,83609
07-R02	07-R02-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,31524
07-R02	07-R02-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,86910
07-R02	07-R02-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,64419
07-R02	07-R02-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,01492
07-R03	07-R03-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,86740
07-R03	07-R03-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy v rámci 1 ozařovacího dne	0,38478
08-C01	08-C01-01	Aplikace více než 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	5,49161
08-C01	08-C01-02	Aplikace 90 až 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	3,51770
08-C01	08-C01-03	Aplikace 45 až 90 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	2,45384
08-C01	08-C01-04	Aplikace 25 až 45 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	2,01320
08-C01	08-C01-05	Aplikace 15 až 25 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	1,46441

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
08-C01	08-C01-06	Aplikace méně než 15 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	1,02967
08-C03	08-C03-01	Chemoterapie nebo cílená léčba pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání u dětí do 18 let věku	1,10919
08-C03	08-C03-02	Chemoterapie nebo cílená léčba pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání u pacientů ve věku 18 a více let	0,69432
08-C04	08-C04-01	Cílená léčba pro autoimunitní onemocnění pojivových tkání	0,73796
08-C04	08-C04-02	Chemoterapie pro autoimunitní onemocnění pojivových tkání	0,32830
08-I12	08-I12-01	Amputace celé končetiny nebo amputace části končetiny pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=3-4	4,27233
08-I12	08-I12-02	Amputace části končetiny pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=0-2	2,09982
08-I17	08-I17-01	Operace poranění kostí předloktí a zápěstí v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=1-4 nebo u pacientů ve věku 75 a více let	1,24548
08-I17	08-I17-02	Operace poranění kostí předloktí a zápěstí v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	0,75657
08-I17	08-I17-03	Operace poranění kostí předloktí a zápěstí mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=1-4 nebo u pacientů ve věku 75 a více let	0,97126
08-I17	08-I17-04	Operace poranění kostí předloktí a zápěstí mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	0,70402
08-I29	08-I29-01	Krytí defektu kožním štěpem pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=1-4	1,65409
08-I29	08-I29-02	Krytí defektu kožním štěpem pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=0	1,36599
08-I30	08-I30-01	Drenážní výkon a chirurgické odstranění nekrotické tkáně pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=2-4	1,99141
08-I30	08-I30-02	Drenážní výkon a chirurgické odstranění nekrotické tkáně u pacientů s CC=0-1	1,05147
08-I32	08-I32-00	Odstranění osteosyntetického materiálu	0,39024
08-K01	08-K01-01	Systémová onemocnění pojivových tkání u pacientů s CC=2-4	1,74067
08-K01	08-K01-02	Systémová onemocnění pojivových tkání u pacientů s CC=1	1,16731
08-K01	08-K01-03	Systémová onemocnění pojivových tkání u pacientů s CC=0	0,69813
08-K02	08-K02-01	Neinfekční zánětlivá onemocnění kloubů a páteře u pacientů s CC=2-4	1,45341
08-K02	08-K02-02	Neinfekční zánětlivá onemocnění kloubů a páteře u pacientů s CC=1	1,16130
08-K02	08-K02-03	Neinfekční zánětlivá onemocnění kloubů a páteře u pacientů s CC=0	0,76853
08-K03	08-K03-01	Infekční onemocnění obratlů a meziobratlových plotének u pacientů s CC=1-4	2,71052
08-K03	08-K03-02	Infekční onemocnění obratlů a meziobratlových plotének u pacientů s CC=0 nebo ostatní infekce kloubů a kostí u pacientů s CC=1-4 nebo akutní osteomyelitida	1,48884
08-K03	08-K03-03	Ostatní infekční onemocnění kloubů a kostí u pacientů s CC=0	0,60713
08-K04	08-K04-01	Jiná onemocnění kostí, kloubů a měkkých tkání u pacientů s CC=1-4	1,09315
08-K04	08-K04-02	Jiná onemocnění kostí, kloubů a měkkých tkání u pacientů do 18 let s CC=0	0,47230
08-K04	08-K04-03	Jiná onemocnění kostí, kloubů a měkkých tkání u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,41775
08-K05	08-K05-00	Patologické zlomeniny	0,87300
08-K06	08-K06-01	Deformity a vrozené vady pohybového aparátu kromě páteře, ruky a chodidla	0,41069

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
08-K06	08-K06-02	Deformity a vrozené vady ruky a chodidla	0,12261
08-K07	08-K07-00	Mozková obrna a jiné syndromy ochrnutí	0,71361
08-K08	08-K08-00	Jiná onemocnění páteře a bolest zad	0,53196
08-K09	08-K09-01	Zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,24330
08-K09	08-K09-02	Zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v CVSP u dětí do 18 let s CC=0-1	0,93258
08-K09	08-K09-03	Zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v CVSP u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	0,67820
08-K09	08-K09-04	Zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání mimo CVSP	0,84635
08-K10	08-K10-00	Nezhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání	0,59601
08-K11	08-K11-01	Poranění míchy a zlomeniny obratlů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4	0,90287
08-K11	08-K11-02	Poranění míchy a zlomeniny obratlů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0	0,46662
08-K11	08-K11-03	Ostatní poranění páteře v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,27185
08-K11	08-K11-04	Poranění míchy a zlomeniny obratlů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4	0,64107
08-K11	08-K11-05	Poranění míchy a zlomeniny obratlů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0	0,41694
08-K11	08-K11-06	Ostatní poranění páteře mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,23117
08-K12	08-K12-01	Poranění pánve a stehna v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4	1,02428
08-K12	08-K12-02	Poranění pánve a stehna v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0	0,59688
08-K12	08-K12-03	Poranění pánve a stehna mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4	0,74984
08-K12	08-K12-04	Poranění pánve a stehna mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0	0,41453
08-K13	08-K13-01	Poranění končetin mimo pánev a stehno v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4	0,84005
08-K13	08-K13-02	Poranění končetin mimo pánev a stehno v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0	0,36131
08-K13	08-K13-03	Poranění končetin mimo pánev a stehno mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4	0,47943
08-K13	08-K13-04	Poranění končetin mimo pánev a stehno mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0	0,25797
08-K14	08-K14-01	Poranění páteře, pánve a stehna v CVSP u dětí do 16 let	0,52056
08-K14	08-K14-02	Poranění dolní končetiny mimo pánev a stehno v CVSP u dětí do 16 let	0,38920
08-K14	08-K14-03	Poranění horní končetiny v CVSP u dětí do 16 let	0,32261
08-K14	08-K14-04	Poranění páteře a dolní končetiny mimo CVSP u dětí do 16 let	0,42477
08-K14	08-K14-05	Poranění horní končetiny mimo CVSP u dětí do 16 let	0,30328
08-K15	08-K15-00	Následná ortopedická péče nebo neurčené poruchy muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání	0,28749
08-M01	08-M01-00	Léčebná výměnná plazmaferéza pro systémové onemocnění pojivových tkání	5,21537
08-R02	08-R02-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	6,08713

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
08-R02	08-R02-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,07588
08-R02	08-R02-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,30446
08-R02	08-R02-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,88139
08-R02	08-R02-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,46646
08-R02	08-R02-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	2,13942
08-R02	08-R02-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,93114
08-R02	08-R02-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,29470
09-C02	09-C02-00	Cílená léčba pro papuloskvamózní onemocnění	0,14905
09-C03	09-C03-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar prsu	0,31454
09-C03	09-C03-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar prsu	0,34230
09-C04	09-C04-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar kůže	0,25924
09-C04	09-C04-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar kůže	0,37595
09-I02	09-I02-01	Amputace celé končetiny nebo amputace části končetiny mimo prsty pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=3-4	4,06051
09-I02	09-I02-02	Amputace části končetiny pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=0-2	1,94908
09-I05	09-I05-01	Opakovaný chirurgický výkon pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu s CC=3-4	3,41846
09-I05	09-I05-02	Opakovaný chirurgický výkon pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu s CC=0-2	1,76608
09-I11	09-I11-01	Amputace prstů nebo záprstí pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=2-4	1,09426
09-I11	09-I11-02	Amputace prstů nebo záprstí pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=0-1	0,75984
09-I12	09-I12-01	Krytí defektu kožním štěpem pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů se závažnou hlavní diagnózou nebo s CC=1-4	1,02397
09-I12	09-I12-02	Krytí defektu kožním štěpem pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0	0,71149
09-I13	09-I13-01	Jiný chirurgický výkon pro zánětlivé onemocnění kůže u pacientů s CC=3-4 nebo pro nezánětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=4	2,11816
09-I13	09-I13-02	Jiný chirurgický výkon pro zánětlivé onemocnění kůže u pacientů s CC=1-2 nebo pro nezánětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=3	1,20929
09-I13	09-I13-03	Jiný chirurgický výkon pro zánětlivé onemocnění kůže u pacientů s CC=0 nebo pro nezánětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=1-2	0,71245
09-I13	09-I13-04	Jiný chirurgický výkon pro vybrané nezánětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0	0,57556
09-I13	09-I13-05	Jiný chirurgický výkon pro ostatní nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0	0,47329
09-K01	09-K01-01	Onemocnění kůže způsobená mikroorganismy a parazity u pacientů s CC=4	2,19261

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
09-K01	09-K01-02	Onemocnění kůže způsobená mikroorganismy a parazity u pacientů s CC=1-3	0,95175
09-K01	09-K01-03	Růže u pacientů s CC=0	0,85569
09-K01	09-K01-04	Jiná onemocnění kůže způsobená mikroorganismy a parazity u pacientů s CC=0	0,51775
09-K02	09-K02-00	Bulózní dermatózy a papuloskvamózní onemocnění	0,92050
09-K03	09-K03-01	Vředová onemocnění kůže u pacientů s CC=1-4	1,00260
09-K03	09-K03-02	Vředová onemocnění kůže u pacientů s CC=0	0,80910
09-K04	09-K04-01	Jiná zánětlivá onemocnění kůže u pacientů s CC=1-4	0,82384
09-K04	09-K04-02	Jiná zánětlivá onemocnění kůže u pacientů s CC=0	0,63485
09-K05	09-K05-00	Erytematózní onemocnění	0,71906
09-K06	09-K06-00	Lymfedém	0,83043
09-K07	09-K07-01	Zhoubný novotvar kůže u pacientů s CC=2-4	1,19335
09-K07	09-K07-02	Zhoubný novotvar kůže u pacientů s CC=0-1	0,49588
09-K08	09-K08-01	Zhoubný novotvar prsu v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,25261
09-K08	09-K08-02	Zhoubný novotvar prsu v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,57347
09-K08	09-K08-03	Zhoubný novotvar prsu mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,62031
09-K08	09-K08-04	Zhoubný novotvar prsu mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,43620
09-K09	09-K09-00	Novotvary kůže mimo zhoubné	0,47468
09-K10	09-K10-00	Novotvary prsu mimo zhoubné	0,37903
09-K11	09-K11-00	Vrozené vady kůže, podkožní tkáně a prsu	0,86432
09-K12	09-K12-00	Poranění kožního krytu hlavy a krku	0,24567
09-K13	09-K13-01	Otevřené poranění kožního krytu trupu nebo končetin nebo povrchové poranění kožního krytu trupu nebo končetin u pacientů s CC=1-4	0,54790
09-K13	09-K13-02	Povrchové poranění kožního krytu trupu nebo končetin u pacientů s CC=0	0,30151
09-K14	09-K14-01	Jiná onemocnění kůže a podkožního vaziva u pacientů s CC=1-4	0,85293
09-K14	09-K14-02	Jiná onemocnění kůže a podkožního vaziva u pacientů s CC=0	0,46684
09-K15	09-K15-00	Jiné nemoci a poruchy prsní tkáně	0,37740
09-K16	09-K16-00	Následky poranění a následná péče	0,57221
09-R01	09-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT nebo DIBH	5,20533
09-R01	09-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT nebo DIBH	4,12752
09-R01	09-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT nebo DIBH	3,08362
09-R01	09-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT nebo DIBH	2,35194
09-R01	09-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,24322
09-R01	09-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,54252
09-R01	09-R01-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,51178
09-R01	09-R01-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,93306
09-R02	09-R02-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,80859

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
09-R02	09-R02-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v rámci 1 ozařovacího dne	0,35547
10-C01	10-C01-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar endokrinních žláz	0,59164
10-C01	10-C01-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar endokrinních žláz	0,37322
10-I05	10-I05-01	Amputace celé dolní končetiny nebo amputace části končetiny nad kotníkem pro syndrom diabetické nohy v CVSP u pacientů s CC=3-4	4,01318
10-I05	10-I05-02	Amputace části končetiny nad kotníkem pro syndrom diabetické nohy v CVSP u pacientů s CC=0-2	1,91294
10-I05	10-I05-03	Amputace celé dolní končetiny nebo amputace části končetiny nad kotníkem pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	2,40635
10-I05	10-I05-04	Amputace části končetiny nad kotníkem pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP u pacientů s CC=0-2	1,45084
10-I07	10-I07-01	Amputace končetiny pod kotníkem pro syndrom diabetické nohy v CVSP u pacientů s infekcí nebo s CC=3-4	1,54536
10-I07	10-I07-02	Amputace končetiny pod kotníkem pro syndrom diabetické nohy v CVSP u pacientů s CC=0-2 bez infekce	0,78776
10-I07	10-I07-03	Amputace končetiny pod kotníkem pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP	0,71611
10-I08	10-I08-01	Jiný chirurgický výkon na diabetické noze u pacientů s infekcí nebo s CC=3-4	1,31014
10-I08	10-I08-02	Jiný chirurgický výkon na diabetické noze u pacientů s CC=0-2 bez infekce	0,84836
10-K01	10-K01-01	Nemoci štítné žlázy a příštítných tělísek u pacientů s CC=3-4	1,60360
10-K01	10-K01-02	Záněty a funkční poruchy štítné žlázy a příštítných tělísek u pacientů s CC=0-2	0,47488
10-K01	10-K01-03	Strukturální a jiné poruchy štítné žlázy a příštítných tělísek u pacientů s CC=0-2	0,40173
10-K02	10-K02-01	Syndrom diabetické nohy u pacientů s CC=3-4 nebo s infekcí	1,01904
10-K02	10-K02-02	Syndrom diabetické nohy u pacientů s CC=0-2 bez infekce	0,51463
10-K03	10-K03-01	Diabetická ketoacidóza nebo kóma u pacientů s CC=4	2,19346
10-K03	10-K03-02	Diabetická ketoacidóza nebo kóma u dětí do 16 let věku s CC=0-3	1,60066
10-K03	10-K03-03	Diabetická ketoacidóza nebo kóma u pacientů ve věku 16 a více let s CC=2-3	1,35516
10-K03	10-K03-04	Diabetická ketoacidóza nebo kóma u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-1	0,70555
10-K04	10-K04-01	Diabetes mellitus u pacientů s CC=4	1,82206
10-K04	10-K04-02	Diabetes mellitus u pacientů ve věku 16 a více let s CC=2-3	0,83700
10-K04	10-K04-03	Diabetes mellitus u dětí do 16 let věku s CC=0-3	0,94377
10-K04	10-K04-04	Diabetes mellitus u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-1	0,48925
10-K05	10-K05-01	Funkční poruchy hypofýzy a nadledviny u pacientů s CC=1-4	0,99203
10-K05	10-K05-02	Funkční poruchy hypofýzy a nadledviny u pacientů s CC=0	0,51241
10-K06	10-K06-00	Zhoubný novotvar štítné žlázy a příštítných tělísek	0,44505
10-K07	10-K07-00	Zhoubný novotvar nadledviny	0,56310
10-K08	10-K08-00	Novotvary endokrinních žláz mimo zhoubné	0,43995
10-K09	10-K09-00	Vrozené vady endokrinních žláz	1,14028
10-K10	10-K10-00	Poruchy pohlavního a fyziologického vývoje	0,53266
10-K11	10-K11-01	Těžká podvýživa a nutriční karence u pacientů s CC=2-4	1,85868
10-K11	10-K11-02	Těžká podvýživa a nutriční karence u pacientů s CC=0-1	0,88910

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
10-K12	10-K12-01	Poruchy metabolismu a vnitřního prostředí mimo dehydrataci u pacientů s CC=4	2,54654
10-K12	10-K12-02	Poruchy metabolismu a vnitřního prostředí mimo dehydrataci u pacientů s CC=1-3	0,86506
10-K12	10-K12-03	Poruchy metabolismu a vnitřního prostředí mimo dehydrataci u pacientů s CC=0	0,47425
10-K13	10-K13-01	Jiné nutriční poruchy u pacientů s CC=4	2,32214
10-K13	10-K13-02	Jiné nutriční poruchy u pacientů s CC=1-3	0,85231
10-K13	10-K13-03	Jiné nutriční poruchy u pacientů s CC=0	0,41669
10-K14	10-K14-01	Dehydratace u pacientů s CC=4	1,78649
10-K14	10-K14-02	Dehydratace u pacientů ve věku 65 a více let s CC=2-3	0,83467
10-K14	10-K14-03	Dehydratace u pacientů ve věku 65 a více let s CC=0-1	0,44835
10-K14	10-K14-04	Dehydratace u pacientů do 65 let věku s CC=2-3	0,41007
10-K14	10-K14-05	Dehydratace u pacientů do 65 let věku s CC=0-1	0,35120
10-K15	10-K15-01	Obezita u pacientů s CC=2-4	0,71806
10-K15	10-K15-02	Obezita u pacientů s CC=0-1	0,31161
10-K16	10-K16-01	Jiné nemoci endokrinních žláz u pacientů s CC=4	2,34050
10-K16	10-K16-02	Jiné nemoci endokrinních žláz u pacientů s CC=1-3	0,57875
10-K16	10-K16-03	Jiné nemoci endokrinních žláz u pacientů s CC=0	0,34417
10-M01	10-M01-00	Zavedení inzulínové pumpy	0,43705
10-M02	10-M02-00	Eliminační metody krve pro poruchu metabolismu nebo vnitřního prostředí	1,14401
10-R01	10-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	5,90764
10-R01	10-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,19764
10-R01	10-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,42968
10-R01	10-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,81763
10-R01	10-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,31416
10-R01	10-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,87484
10-R01	10-R01-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,61864
10-R01	10-R01-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,84034
11-C01	11-C01-01	Chemoterapie nebo cílená léčba pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy u dětí do 18 let	1,07532
11-C01	11-C01-02	Chemoterapie nebo cílená léčba pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy u pacientů ve věku 18 a více let	0,22748
11-I11	11-I11-01	Exploratorní nebo drenážní výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=2-4	2,97166
11-I11	11-I11-02	Exploratorní nebo drenážní výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=0-1	1,21483
11-I16	11-I16-01	Vytvoření AV zkratu protézou pro chronické onemocnění ledvin	1,14424
11-I16	11-I16-02	Vytvoření nebo úprava AV zkratu bez použití protézy pro chronické onemocnění ledvin	0,41431

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
11-I17	11-I17-01	Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=3-4	1,69407
11-I17	11-I17-02	Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=1-2	0,74178
11-I17	11-I17-03	Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=0	0,45506
11-K01	11-K01-01	Záněty močových cest u pacientů s CC=3-4	1,23396
11-K01	11-K01-02	Záněty močových cest u pacientů s CC=1-2	0,77501
11-K01	11-K01-03	Záněty močových cest u dětí do 18 let s CC=0	0,67815
11-K01	11-K01-04	Záněty močových cest u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,51594
11-K02	11-K02-01	Hemolyticko-uremický syndrom nebo jiné akutní onemocnění ledvin u pacientů s CC=4	2,49812
11-K02	11-K02-02	Jiné akutní onemocnění ledvin u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-3	1,23360
11-K02	11-K02-03	Jiné akutní onemocnění ledvin u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	0,77187
11-K03	11-K03-01	Chronické onemocnění ledvin u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=3-4	1,45657
11-K03	11-K03-02	Chronické onemocnění ledvin u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2	0,49120
11-K04	11-K04-01	Pyonefróza nebo jiné obstruktivní, strukturální a funkční poruchy horních cest močových u pacientů s CC=2-4	0,78161
11-K04	11-K04-02	Jiné obstruktivní, strukturální a funkční poruchy horních cest močových u pacientů s CC=0-1	0,32547
11-K05	11-K05-00	Obstruktivní, strukturální a funkční poruchy dolních cest močových	0,33875
11-K06	11-K06-01	Močové kameny u dětí do 18 let nebo pacientů ve věku 60 a více let	0,34502
11-K06	11-K06-02	Močové kameny u pacientů ve věku 18-59 let	0,20462
11-K07	11-K07-01	Zhoubný novotvar ledviny a horních cest močových v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,18434
11-K07	11-K07-02	Zhoubný novotvar ledviny a horních cest močových v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,65376
11-K07	11-K07-03	Zhoubný novotvar ledviny a horních cest močových mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,92512
11-K07	11-K07-04	Zhoubný novotvar ledviny a horních cest močových mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,46290
11-K08	11-K08-01	Zhoubný novotvar močového měchýře a dolních cest močových v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,03958
11-K08	11-K08-02	Zhoubný novotvar močového měchýře a dolních cest močových v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,52438
11-K08	11-K08-03	Zhoubný novotvar močového měchýře a dolních cest močových mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,80119
11-K08	11-K08-04	Zhoubný novotvar močového měchýře a dolních cest močových mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,43482
11-K09	11-K09-00	Novotvary ledviny a horních cest močových mimo zhoubné	0,39616
11-K10	11-K10-00	Novotvary močového měchýře a dolních cest močových mimo zhoubné	0,43614
11-K11	11-K11-00	Vrozené vady vylučovací soustavy	0,73225
11-K12	11-K12-01	Traumata vylučovací soustavy u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-4	1,16161
11-K12	11-K12-02	Traumata vylučovací soustavy u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	0,48813
11-K13	11-K13-01	Ošetření umělých vyústění u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=1-4	0,47559
11-K13	11-K13-02	Ošetření umělých vyústění u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,14682
11-K14	11-K14-01	Jiné nemoci vylučovací soustavy u pacientů ve věku 18 a více let s CC=3-4 nebo u dětí do 18 let věku s CC=1-4	1,20104

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
11-K14	11-K14-02	Jiné nemoci vylučovací soustavy u pacientů ve věku 18 a více let s CC=1-2 nebo u dětí do 18 let věku s CC=0	0,51278
11-K14	11-K14-03	Jiné nemoci vylučovací soustavy u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,28734
11-M02	11-M02-01	Eliminační metody krve pro akutní selhání ledvin provedené v 6 a více dnech	5,23129
11-M02	11-M02-02	Eliminační metody krve pro akutní selhání ledvin provedené ve 4-5 dnech	2,83734
11-M02	11-M02-03	Eliminační metody krve pro akutní selhání ledvin provedené v 1-3 dnech	2,40998
11-M02	11-M02-04	Eliminační metody krve pro jinou nemoc vylučovací soustavy provedené v 6 a více dnech	3,99858
11-M02	11-M02-05	Eliminační metody krve pro jinou nemoc vylučovací soustavy provedené v 4-5 dnech	1,77706
11-M02	11-M02-06	Eliminační metody krve pro jinou nemoc vylučovací soustavy provedené ve 2-3 dnech	0,90511
11-M02	11-M02-07	Eliminační metody krve pro jinou nemoc vylučovací soustavy provedené v 1 dni	0,49712
11-M04	11-M04-01	Jiný perkutánní výkon na ledvině pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=3-4	2,14055
11-M04	11-M04-02	Jiný perkutánní výkon na ledvině u pacientů s CC=1-2	1,44896
11-M04	11-M04-03	Jiný perkutánní výkon na ledvině u pacientů s CC=0	0,75972
11-R01	11-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	6,05165
11-R01	11-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,17374
11-R01	11-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,13247
11-R01	11-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,70281
11-R01	11-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,30650
11-R01	11-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,84650
11-R01	11-R01-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,68731
11-R01	11-R01-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,22419
12-C01	12-C01-01	Chemoterapie pro zhoubný novotvar varlat, pyje, šourku a testikulárních adnex	0,59922
12-C01	12-C01-02	Chemoterapie nebo cílená léčba pro zhoubný novotvar prostaty	0,26659
12-D01	12-D01-00	Biopsie prostaty	0,25052
12-I01	12-I01-00	Odstranění nekrotické tkáně pro zánět mužské reprodukční soustavy	1,32681
12-I11	12-I11-00	Drenážní výkon pro onemocnění mužské reprodukční soustavy	0,95005
12-K01	12-K01-01	Záněty mužské reprodukční soustavy u pacientů s CC=3-4	1,20068
12-K01	12-K01-02	Záněty mužské reprodukční soustavy u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2	0,56229
12-K01	12-K01-03	Záněty mužské reprodukční soustavy u dětí do 18 let s CC=0-2	0,33218
12-K02	12-K02-01	Funkční nebo strukturální poruchy prostaty u pacientů s CC=3-4	1,07829
12-K02	12-K02-02	Funkční nebo strukturální poruchy prostaty u pacientů s CC=0-2	0,36198
12-K03	12-K03-00	Funkční nebo strukturální poruchy penisu	0,29030
12-K04	12-K04-00	Funkční nebo strukturální poruchy šourku, varlete nebo testikulárních adnex	0,35872

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
12-K05	12-K05-01	Zhoubný novotvar prostaty v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,31503
12-K05	12-K05-02	Zhoubný novotvar prostaty v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,61741
12-K05	12-K05-03	Zhoubný novotvar prostaty mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,76604
12-K05	12-K05-04	Zhoubný novotvar prostaty mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,30974
12-K06	12-K06-00	Zhoubný novotvar penisu	0,42523
12-K07	12-K07-00	Zhoubný novotvar šourku, varlat a testikulárních adnex	0,42065
12-K08	12-K08-00	Novotvary mužské reprodukční soustavy mimo zhoubné	0,37445
12-K09	12-K09-00	Vrozené vady mužské reprodukční soustavy	0,40491
12-K10	12-K10-00	Traumata mužské reprodukční soustavy	0,30403
12-K11	12-K11-00	Jiné nemoci mužské reprodukční soustavy	0,41709
12-R02	12-R02-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	5,96495
12-R02	12-R02-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,02105
12-R02	12-R02-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,19105
12-R02	12-R02-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,74775
12-R02	12-R02-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,33357
12-R02	12-R02-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,67876
12-R02	12-R02-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,65846
12-R02	12-R02-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,83750
12-R03	12-R03-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,86868
12-R03	12-R03-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v rámci 1 ozařovacího dne	0,40609
13-C01	13-C01-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy	0,22628
13-C01	13-C01-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy	0,24497
13-I18	13-I18-01	Jiný chirurgický výkon pro onemocnění ženské reprodukční soustavy otevřeným přístupem nebo u pacientek s CC=3-4	1,77651
13-I18	13-I18-02	Jiný chirurgický výkon pro závažné onemocnění ženské reprodukční soustavy nebo u pacientek ve věku 60 a více let s CC=0-2	0,79390
13-I18	13-I18-03	Jiný chirurgický výkon pro onemocnění ženské reprodukční soustavy u pacientek do 60 let věku s CC=0-2	0,57303
13-K01	13-K01-01	Záněty ženské reprodukční soustavy u pacientek ve věku 60 a více let	0,80398
13-K01	13-K01-02	Záněty ženské reprodukční soustavy u pacientek do 60 let věku	0,44821
13-K02	13-K02-00	Funkční a strukturální poruchy děložních adnex	0,26447
13-K03	13-K03-00	Funkční a strukturální poruchy dělohy	0,29200
13-K04	13-K04-00	Funkční a strukturální poruchy pochvy a vulvy	0,39937
13-K05	13-K05-00	Genitální píštěle a sestup ženských pohlavních orgánů	0,49821
13-K06	13-K06-00	Endometrióza	0,36409
13-K07	13-K07-01	Zhoubný novotvar děložních adnex u pacientek s CC=2-4	0,89994
13-K07	13-K07-02	Zhoubný novotvar děložních adnex u pacientek s CC=0-1	0,47228
13-K08	13-K08-01	Zhoubný novotvar dělohy u pacientek s CC=2-4	1,17809

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
13-K08	13-K08-02	Zhoubný novotvar dělohy u pacientek s CC=0-1	0,38739
13-K09	13-K09-01	Zhoubný novotvar pochvy a vulvy u pacientek s CC=2-4	1,07561
13-K09	13-K09-02	Zhoubný novotvar pochvy a vulvy u pacientek s CC=0-1	0,42725
13-K10	13-K10-00	Novotvary děložních adnex mimo zhoubné	0,33121
13-K11	13-K11-00	Novotvary dělohy mimo zhoubné	0,28335
13-K12	13-K12-00	Novotvary pochvy a vulvy mimo zhoubné	0,27018
13-K13	13-K13-00	Vrozené vady ženské reprodukční soustavy	0,38421
13-K14	13-K14-00	Traumata ženské reprodukční soustavy	0,31711
13-K15	13-K15-01	Jiné nemoci ženské reprodukční soustavy u pacientek ve věku 60 a více let	0,41706
13-K15	13-K15-02	Jiné nemoci ženské reprodukční soustavy u pacientek do 60 let věku	0,22552
13-R01	13-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar děložního hrdla v délce 21 a více ozařovacích dní	6,69723
13-R01	13-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženských pohlavních orgánů vyjma hrdla děložního v délce 21 a více ozařovacích dní	5,10169
13-R01	13-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar děložního hrdla v délce 11-20 ozařovacích dní	3,03353
13-R01	13-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženských pohlavních orgánů vyjma hrdla děložního v délce 11-20 ozařovacích dní	3,00612
13-R01	13-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar děložního hrdla v délce 6-10 ozařovacích dní	2,20064
13-R01	13-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženských pohlavních orgánů vyjma hrdla děložního v délce 6-10 ozařovacích dní	1,74710
13-R01	13-R01-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženské pohlavní soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientek s CC=2-4	1,62112
13-R01	13-R01-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženské pohlavní soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientek s CC=0-1	0,81817
13-R02	13-R02-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,95590
13-R02	13-R02-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v rámci 1 ozařovacího dne	0,32149
14-I07	14-I07-00	Cerkláž děložního hrdla v těhotenství	0,86965
14-K01	14-K01-00	Mimoděložní těhotenství	0,18487
14-K02	14-K02-00	Potrat	0,20480
14-K03	14-K03-01	Předporodní diagnózy při mnohočetném těhotenství nebo se závažnou diagnózou	0,42944
14-K03	14-K03-02	Předporodní diagnózy při těhotenství jednoho dítěte bez závažné diagnózy	0,27861
14-K04	14-K04-00	Falešný porod	0,12520
14-K05	14-K05-01	Péče o pacientku bezprostředně po porodu mimo zdravotnické zařízení	0,25430
14-K05	14-K05-02	Poporodní a popotratové diagnózy u pacientek ve věku 40 a více let nebo se závažnou diagnózou	0,50271
14-K05	14-K05-03	Poporodní a popotratové diagnózy u pacientek do 40 let věku bez závažné diagnózy	0,36426
15-K01	15-K01-00	Časný překlad novorozence	0,17498
16-C01	16-C01-01	Podání koagulačních faktorů v CVSP	2,08255
16-C01	16-C01-02	Podání koagulačních faktorů mimo CVSP	1,79547
16-C02	16-C02-00	Podání romiplostimu nebo eltrombopagu	4,82878
16-C03	16-C03-01	Podání trombocytů v CVSP u pacientů s CC=2-4	3,55309

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
16-C03	16-C03-02	Podání trombocytů v CVSP u pacientů s CC=0-1	2,53461
16-C03	16-C03-03	Podání trombocytů mimo CVSP	1,71695
16-C04	16-C04-01	Aplikace více než 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	5,74275
16-C04	16-C04-02	Aplikace 90 až 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	3,87759
16-C04	16-C04-03	Aplikace 45 až 90 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	2,40475
16-C04	16-C04-04	Aplikace 25 až 45 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	1,42992
16-C04	16-C04-05	Aplikace 15 až 25 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	1,17820
16-C04	16-C04-06	Aplikace méně než 15 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	1,37173
16-C05	16-C05-01	Cílená léčba pro myelodysplastický syndrom	0,60716
16-C05	16-C05-02	Chemoterapie pro myelodysplastický syndrom	1,34052
16-C06	16-C06-00	Chemoterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku	0,37335
16-C07	16-C07-01	Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,79779
16-C07	16-C07-02	Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,99862
16-C07	16-C07-03	Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	1,09002
16-C07	16-C07-04	Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,69367
16-I03	16-I03-01	Drenážní výkon pro onemocnění mízních uzlin, sleziny nebo brzlíku u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-4	1,30149
16-I03	16-I03-02	Drenážní výkon pro onemocnění mízních uzlin, sleziny nebo brzlíku u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	0,98503
16-K01	16-K01-01	Zvětšení a zánět mízních uzlin u pacientů s CC=1-4	0,91965
16-K01	16-K01-02	Zvětšení a zánět mízních uzlin u pacientů s CC=0	0,43651
16-K02	16-K02-01	Anémie u pacientů s CC=3-4	1,47477
16-K02	16-K02-02	Anémie u pacientů s CC=1-2	0,72913
16-K02	16-K02-03	Anémie u pacientů s CC=0	0,49460
16-K03	16-K03-01	Poruchy krevního srážení u pacientů s CC=3-4	1,33920
16-K03	16-K03-02	Poruchy krevního srážení u pacientů s CC=1-2	0,66757
16-K03	16-K03-03	Poruchy krevního srážení u pacientů s CC=0	0,56569
16-K04	16-K04-01	Poruchy kostní dřeně v CVSP u pacientů s CC=1-4	1,44035
16-K04	16-K04-02	Poruchy kostní dřeně v CVSP u pacientů s CC=0	0,67110
16-K04	16-K04-03	Poruchy kostní dřeně mimo CVSP u pacientů s CC=1-4	0,81344
16-K04	16-K04-04	Poruchy kostní dřeně mimo CVSP u pacientů s CC=0	0,47787
16-K05	16-K05-00	Poruchy imunitních mechanismů	0,94361
16-K06	16-K06-01	Trauma sleziny v CVSP	1,40615
16-K06	16-K06-02	Trauma sleziny mimo CVSP	1,25195
16-K07	16-K07-00	Nemoci sleziny a brzlíku	0,60369
16-M01	16-M01-00	Léčebná výměnná plazmaferéza pro anémii nebo poruchu krevního srážení	5,01545

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
16-R01	16-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	6,00656
16-R01	16-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,19764
16-R01	16-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,24135
16-R01	16-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,71958
16-R01	16-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,31416
16-R01	16-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,82993
16-R01	16-R01-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,61864
16-R01	16-R01-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,00136
17-C01	17-C01-01	Indukční a reindukční fáze léčby akutní leukémie u dětí do 18 let věku	2,83532
17-C01	17-C01-02	Indukční a reindukční fáze léčby akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let	13,86219
17-C02	17-C02-01	Léčba relapsu akutní leukémie u pacientů s CC=4	13,10775
17-C02	17-C02-02	Léčba relapsu akutní leukémie u dětí do 18 let věku s CC=0-3	1,90795
17-C02	17-C02-03	Léčba relapsu akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-3	9,61292
17-C03	17-C03-01	Konsolidační fáze léčby akutní leukémie u pacientů s CC=4	6,49179
17-C03	17-C03-02	Konsolidační fáze léčby akutní leukémie u dětí do 18 let věku s CC=0-3	0,99105
17-C03	17-C03-03	Konsolidační fáze léčby akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-3	2,48013
17-C04	17-C04-01	Paliativní fáze léčby akutní leukémie u pacientů s CC=4	6,33611
17-C04	17-C04-02	Paliativní fáze léčby akutní leukémie u dětí do 18 let věku s CC=0-3	1,90860
17-C04	17-C04-03	Paliativní fáze léčby akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-3	1,90860
17-C05	17-C05-01	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krvetvorby u pacientů s CC=4	4,87561
17-C05	17-C05-02	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krvetvorby u pacientů s CC=3	2,56404
17-C05	17-C05-03	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krvetvorby u pacientů s CC=2	1,33431
17-C05	17-C05-04	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krvetvorby u pacientů s CC=1	1,10611
17-C05	17-C05-05	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krvetvorby u dětí do 18 let věku s CC=0	0,74911
17-C05	17-C05-06	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krvetvorby u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,52382
17-C06	17-C06-01	Chemoterapie nebo cílená léčba pro špatně diferencované novotvary u dětí do 18 let věku	1,01143
17-C06	17-C06-02	Chemoterapie nebo cílená léčba pro špatně diferencované novotvary u pacientů ve věku 18 a více let a s CC=2-4	0,89438
17-C06	17-C06-03	Chemoterapie nebo cílená léčba pro špatně diferencované novotvary u pacientů ve věku 18 a více let a s CC=0-1	0,41693
17-I08	17-I08-01	Jiný chirurgický výkon v dutině břišní, retroperitoneu nebo pánvi u dětí do 18 let věku nebo u pacientů s CC=3-4	3,43961
17-I08	17-I08-02	Jiný chirurgický výkon v dutině břišní, retroperitoneu nebo pánvi u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2	1,02453

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
17-I09	17-I09-01	Jiný chirurgický výkon v oblasti hlavy a krku u pacientů s CC=3-4	3,23481
17-I09	17-I09-02	Jiný chirurgický výkon v oblasti hlavy a krku pro špatně diferencované novotvary u pacientů s CC=0-2	1,03634
17-I09	17-I09-03	Jiný chirurgický výkon v oblasti hlavy a krku pro onemocnění krvetvorby vyjma akutní leukémie u pacientů s CC=0-2	0,86810
17-I10	17-I10-01	Resekční výkon na měkkých tkáních, kůži a prsu u pacientů s CC=3-4	4,38411
17-I10	17-I10-02	Resekční výkon na měkkých tkáních, kůži a prsu u pacientů s CC=0-2	0,74912
17-K01	17-K01-01	Akutní leukémie v CVSP u pacientů s CC=2-4	2,94345
17-K01	17-K01-02	Akutní leukémie v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,89494
17-K01	17-K01-03	Akutní leukémie mimo CVSP	0,87985
17-K02	17-K02-01	Chronická lymfocytární leukémie v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,34134
17-K02	17-K02-02	Chronická lymfocytární leukémie v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,43336
17-K02	17-K02-03	Chronická lymfocytární leukémie mimo CVSP	0,92513
17-K03	17-K03-01	Mnohočetný myelom v CVSP u pacientů s CC=2-4	2,03343
17-K03	17-K03-02	Mnohočetný myelom v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,67042
17-K03	17-K03-03	Mnohočetný myelom mimo CVSP	0,90820
17-K04	17-K04-00	Hodgkinův lymfom	0,71320
17-K05	17-K05-01	Non-Hodgkinův lymfom v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,71917
17-K05	17-K05-02	Non-Hodgkinův lymfom v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,60502
17-K05	17-K05-03	Non-Hodgkinův lymfom mimo CVSP	1,01538
17-K06	17-K06-00	Primárně kožní non-Hodgkinův lymfom	0,88556
17-K07	17-K07-01	Jiné myeloproliferativní poruchy a novotvary v CVSP u pacientů s CC=2-4	2,65153
17-K07	17-K07-02	Jiné myeloproliferativní poruchy a novotvary v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,88888
17-K07	17-K07-03	Jiné myeloproliferativní poruchy a novotvary mimo CVSP	0,78203
17-K08	17-K08-00	Novotvary mízních uzlin mimo lymfomy	0,53762
17-K09	17-K09-01	Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,37672
17-K09	17-K09-02	Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání v CVSP u dětí do 18 let věku s CC=0-1	0,90075
17-K09	17-K09-03	Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání v CVSP u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	0,52321
17-K09	17-K09-04	Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání mimo CVSP	0,42699
17-K10	17-K10-01	Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,33803
17-K10	17-K10-02	Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,55651
17-K10	17-K10-03	Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,93921
17-K10	17-K10-04	Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,41485
17-M01	17-M01-00	Terapeutická cytaferéza pro onemocnění krvetvorby	4,81597
17-R01	17-R01-01	Zevní radioterapie pro onemocnění krvetvorby vyjma akutní leukémie a kožního lymfomu v délce 21 a více ozařovacích dní	5,61011
17-R01	17-R01-02	Zevní radioterapie pro špatně diferencované novotvary nebo kožní lymfom v délce 21 a více ozařovacích dní	6,04523

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
17-R01	17-R01-03	Zevní radioterapie pro onemocnění krvetvorby vyjma akutní leukémie a kožního lymfomu v délce 11-20 ozařovacích dní	3,18337
17-R01	17-R01-04	Zevní radioterapie pro špatně diferencované novotvary nebo kožní lymfom v délce 11-20 ozařovacích dní	3,31453
17-R01	17-R01-05	Zevní radioterapie pro onemocnění krvetvorby vyjma akutní leukémie a kožního lymfomu v délce 6-10 ozařovacích dní	2,61605
17-R01	17-R01-06	Zevní radioterapie pro špatně diferencované novotvary nebo kožní lymfom v délce 6-10 ozařovacích dní	1,92906
17-R01	17-R01-07	Zevní radioterapie pro nemoci a poruchy krvetvorby vyjma akutní leukémie nebo špatně diferencované novotvary v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,98096
17-R01	17-R01-08	Zevní radioterapie pro nemoci a poruchy krvetvorby vyjma akutní leukémie nebo špatně diferencované novotvary v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,15003
18-I01	18-I01-01	Amputace částí končetin mimo prsty nebo chirurgický výkon v dutině hrudní nebo břišní pro eliminaci zánětlivého ložiska sepse	3,85952
18-I01	18-I01-02	Jiný chirurgický výkon pro eliminaci zánětlivého ložiska sepse	3,31156
18-K01	18-K01-01	Těžká sepse u pacientů s CC=4 nebo sepse u dětí do 18 let věku s CC=4	3,00507
18-K01	18-K01-02	Těžká sepse u pacientů s CC=0-3 nebo sepse u dětí do 18 let věku s CC=2-3	2,32046
18-K01	18-K01-03	Sepse u dětí do 18 let věku s CC=0-1	1,48946
18-K01	18-K01-04	Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=4	2,68429
18-K01	18-K01-05	Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=3	1,75686
18-K01	18-K01-06	Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=1-2	1,45836
18-K01	18-K01-07	Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	1,17460
18-K02	18-K02-01	Bakteriální, mykotické a parazitární nemoci nezařazené jinde u pacientů s CC=3-4	1,82398
18-K02	18-K02-02	Bakteriální, mykotické a parazitární nemoci nezařazené jinde u pacientů s CC=1-2	1,16617
18-K02	18-K02-03	Bakteriální, mykotické a parazitární nemoci nezařazené jinde u pacientů s CC=0	0,83488
18-K02	18-K02-04	Virové nemoci a neurčené následky infekcí nezařazené jinde u pacientů s CC=1-4	0,62360
18-K02	18-K02-05	Virové nemoci a neurčené následky infekcí nezařazené jinde u pacientů s CC=0	0,43601
18-K03	18-K03-01	Zánětlivé a systémové stavy nezařazené jinde u pacientů s CC=2-4	0,73077
18-K03	18-K03-02	Zánětlivé a systémové stavy nezařazené jinde u pacientů s CC=0-1	0,63806
18-M01	18-M01-01	Eliminační metody krve pro sepsi provedené v 6 a více dnech nebo s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	4,82198
18-M01	18-M01-02	Eliminační metody krve pro sepsi provedené ve 4-5 dnech	2,81486
18-M01	18-M01-03	Eliminační metody krve pro sepsi provedené v 1-3 dnech	2,10907
21-I01	21-I01-01	Chirurgický výkon pro roztržení operační rány u pacientů ve věku 60 a více let	2,77628
21-I01	21-I01-02	Chirurgický výkon pro roztržení operační rány u pacientů do 60 let věku	1,04490
21-K01	21-K01-00	Mnohočetná a jiná poranění nezařazená jinde	0,59636
21-K02	21-K02-00	Účinky vnějších příčin nezařazené jinde	0,39602
21-K03	21-K03-00	Vyšetření a pozorování po úrazu a otravě	0,16184
21-K04	21-K04-00	Alergické reakce	0,22449
21-K05	21-K05-01	Toxické účinky u pacientů s CC=3-4	1,75541

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
21-K05	21-K05-02	Toxické účinky léčiv a drog u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2	0,41122
21-K05	21-K05-03	Toxické účinky léčiv a drog u dětí ve věku 11 až 17 let s CC=0-2	0,90808
21-K05	21-K05-04	Toxické účinky léčiv a drog u dětí do 11 let věku s CC=0-2	0,23910
21-K05	21-K05-05	Toxické účinky jiných látek u pacientů s CC=0-2	0,25836
21-K06	21-K06-01	Závažné komplikace zdravotní péče u pacientů s CC=3-4	1,78059
21-K06	21-K06-02	Závažné komplikace zdravotní péče u pacientů s CC=0-2	0,69487
21-K06	21-K06-03	Jiné komplikace zdravotní péče	0,32521
21-M01	21-M01-00	Eliminační metody krve pro toxické účinky	1,66115
22-I02	22-I02-00	Amputace částí končetin mimo prsty pro popálení, poleptání nebo omrzlinu	1,93799
22-I03	22-I03-01	Amputace prstů nebo záprstí v CVSP pro popálení, poleptání nebo omrzlinu	1,25427
22-I03	22-I03-02	Amputace prstů nebo záprstí mimo CVSP pro popálení, poleptání nebo omrzlinu	0,82534
22-I04	22-I04-01	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny v CVSP s 2 a více ošetřovacími dny	4,63772
22-I04	22-I04-02	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny v CVSP s 1 ošetřovacím dnem	1,68362
22-I04	22-I04-03	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny v CVSP bez celkové anestezie	0,79865
22-I04	22-I04-04	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny mimo CVSP s 2 a více ošetřovacími dny	1,67962
22-I04	22-I04-05	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny mimo CVSP s nejvýše 1 ošetřovacím dnem	0,68008
22-K01	22-K01-00	Popáleniny a poleptání dětí ve věku do 3 let	0,26337
22-K02	22-K02-00	Popáleniny a poleptání dětí ve věku 3-14 let	0,33412
22-K03	22-K03-00	Popáleniny a poleptání pacientů ve věku 15 a více let	0,25315
22-K04	22-K04-00	Omrzliny	0,79416
23-I10	23-I10-00	Odstranění silikonové tamponády oka	0,51205
23-K01	23-K01-00	Neprovedení plánované péče	0,13113
23-K02	23-K02-01	Léčba související se zkráceným trváním těhotenství a nízkou porodní hmotností u dětí s věkem 29 dnů a více	2,52488
23-K02	23-K02-02	Léčba ostatních stavů vzniklých v perinatálním období u dětí s věkem 29 dnů a více	0,68876
23-K03	23-K03-01	Potřeba imunizace	0,37106
23-K03	23-K03-02	Jiná péče o osoby bez obtíží nebo známé diagnózy	0,33230
23-K04	23-K04-01	Vyšetření a pozorování pro podezření na nemoci a patologické stavy u pacientů ve věku 80 a více let	0,52037
23-K04	23-K04-02	Vyšetření a pozorování pro podezření na nemoci a patologické stavy u pacientů do 79 let věku	0,31959
23-K05	23-K05-01	Následné vyšetření pro již dříve léčený zhoubný novotvar štítné žlázy	0,44922
23-K05	23-K05-02	Následné vyšetření pro již dříve léčené onemocnění	0,46170
23-K06	23-K06-00	Péče a diagnostika pro nemoci a stavy nezařazené jinde	0,41053
24-M04	24-M04-00	Krátkodobá (neúplná) rehabilitace - 0-4 rehabilitační dny	0,35053
24-M05	24-M05-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 5-6 rehabilitačních dnů	0,64934
24-M05	24-M05-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 5-6 rehabilitačních dnů	0,60626

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
24-M06	24-M06-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 7-12 rehabilitačních dnů	1,20074
24-M06	24-M06-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 7-12 rehabilitačních dnů	0,96777
24-M07	24-M07-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 13-18 rehabilitačních dnů	1,78152
24-M07	24-M07-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 13-18 rehabilitačních dnů	1,65043
24-M08	24-M08-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 19-24 rehabilitačních dnů	2,49275
24-M08	24-M08-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 19-24 rehabilitačních dnů	2,50027
24-M09	24-M09-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 25-30 rehabilitačních dnů	3,15181
24-M09	24-M09-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 25-30 rehabilitačních dnů	3,11793
24-M10	24-M10-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 31-42 rehabilitačních dnů	4,06088
24-M10	24-M10-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 31-42 rehabilitačních dnů	4,06088
24-M11	24-M11-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy - 43-54 rehabilitačních dnů	5,24986
24-M11	24-M11-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 43-54 rehabilitačních dnů	5,24986
24-M12	24-M12-00	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy - 55-66 rehabilitačních dnů	5,24986
24-M13	24-M13-00	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy - 67 a více rehabilitačních dnů	5,24986
88-I01	88-I01-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 01	0,97996
88-I02	88-I02-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 02	0,46607
88-I03	88-I03-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 03	0,43630
88-I04	88-I04-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 04	0,90654
88-I05	88-I05-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 05	0,87726
88-I06	88-I06-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 06	0,41942
88-I07	88-I07-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 07	1,05089
88-I08	88-I08-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 08	0,45264
88-I09	88-I09-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 09	0,59053
88-I10	88-I10-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 10	0,61339
88-I11	88-I11-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 11	0,58620
88-I12	88-I12-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 12	0,39242
88-I13	88-I13-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 13	0,30171
88-I14	88-I14-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 14	0,22068
88-I15	88-I15-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 15	0,27319
88-I16	88-I16-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 16	0,86174
88-I17	88-I17-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 17	0,58885
88-I18	88-I18-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 18	0,43736
88-I19	88-I19-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 19	0,13970
88-I20	88-I20-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 20	0,12254
88-I21	88-I21-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 21	0,82829
88-I22	88-I22-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 22	0,25315
88-I23	88-I23-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 23	0,12254
88-I24	88-I24-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 24	0,12254

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
88-I25	88-I25-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 25	0,12254
88-I26	88-I26-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 00	0,12254
99-K01	99-K01-00	Nepřípustná hlavní diagnóza	0,12254
99-K02	99-K02-00	Nekonzistence hlavní diagnózy a údaje přímo s ní souvisejícího	0,12254
99-K03	99-K03-00	Novorozenec s nekonzistentními údaji	0,12254
99-K04	99-K04-01	Neuvedené klinické stádium solidního zhoubného novotvaru	0,12254
99-K04	99-K04-02	Neuvedený stupeň diferenciace solidního zhoubného novotvaru	0,12254
99-K04	99-K04-03	Neuvedené NIHSS skóre	0,12254
99-K04	99-K04-04	Neuvedený typ srdečního selhání	0,12254
99-K04	99-K04-05	Neuvedené omezení motorických nebo kognitivních funkcí	0,12254
99-K99	99-K99-00	Neklasifikovatelné	0,12254

Část B

Homogenní hrazené služby klasifikované do bází, které byly v referenčním období hrazeny paušální úhradou a v hodnoceném období jsou hrazeny případovým paušálem

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část B - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
05-I20	05-I20-01	Opakovaný chirurgický výkon pro nemoc periferních cév v CVSP u pacientů s CC=1-4	4,97392	-	-
05-I20	05-I20-02	Opakovaný chirurgický výkon pro nemoc periferních cév v CVSP u pacientů s CC=0	2,71106	-	-
05-I20	05-I20-03	Opakovaný chirurgický výkon pro nemoc periferních cév mimo CVSP	2,81672	-	-
05-M09	05-M09-00	Dočasná srdeční stimulace nebo úprava endokardiální elektrody	0,84721	-	-
05-M10	05-M10-00	Elektrická kardioverse	0,20304	-	-

Část C

Homogenní hrazené služby klasifikované do bází, které byly v referenčním období roku paušální úhradou a v hodnoceném období jsou hrazeny úhradou vyčleněnou z paušální úhrady

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část C - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
01-C02	01-C02-01	Trombolýza pomocí rt-PA v komplexním CVSP u pacientů s CC=1-4	2,09525	-	-
01-C02	01-C02-02	Trombolýza pomocí rt-PA v komplexním CVSP u pacientů s CC=0	1,44258	-	-
01-C02	01-C02-03	Trombolýza pomocí rt-PA mimo komplexní CVSP u pacientů s CC=1-4	1,61523	-	-
01-C02	01-C02-04	Trombolýza pomocí rt-PA mimo komplexní CVSP u pacientů s CC=0	1,07956	-	-
03-I14	03-I14-01	Chirurgický výkon ve vnitřním uchu nebo chirurgický výkon ve středním uchu pro novotvar, u dětí do 3 let věku, s CC=3-4 nebo s dalším provedeným výkonem pro komplikaci	1,88084	-	-
03-I14	03-I14-02	Chirurgický výkon ve středním uchu pro onemocnění mimo novotvar u pacientů ve věku 3 a více let s CC=0-2	0,96127	-	-
03-I21	03-I21-00	Odstranění hltanové mandle	0,40542	-	-
03-I22	03-I22-01	Endoskopický výkon na hrtanu pro novotvar	0,60114	-	-
03-I22	03-I22-02	Endoskopický výkon na hrtanu pro onemocnění mimo novotvar	0,51965	-	-
03-I23	03-I23-01	Jiný endonazální výkon pro zhoubný novotvar nosu nebo nosních dutin nebo u pacientů s CC=3-4	0,98184	-	-
03-I23	03-I23-02	Jiný endonazální výkon pro onemocnění nosu a nosních dutin mimo zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2	0,59594	-	-
04-C01	04-C01-01	Trombolýza pomocí rt-PA pro plicní embolii u pacientů s CC=1-4	1,74509	-	-
04-C01	04-C01-02	Trombolýza pomocí rt-PA pro plicní embolii u pacientů s CC=0	1,29584	-	-
06-I12	06-I12-01	Chirurgický výkon na žaludku nebo střevu mimo resekce s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	4,92009	-	-
06-I12	06-I12-02	Chirurgický výkon na žaludku nebo střevu mimo resekce pro závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-3	2,10576	-	-
06-I12	06-I12-03	Chirurgický výkon na žaludku nebo střevu mimo resekce pro méně závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-3	1,76692	-	-
06-I13	06-I13-01	Stomický výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	3,56242	-	-
06-I13	06-I13-02	Stomický výkon pro závažné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	1,85928	-	-
06-I13	06-I13-03	Stomický výkon pro méně závažné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	1,39164	-	-

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část C - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
06-I20	06-I20-01	Jiný chirurgický výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=2-4	2,32976	-	-
06-I20	06-I20-02	Jiný chirurgický výkon pro onemocnění trávicí soustavy mimo akutní bolest břicha a jiné symptomy u pacientů s CC=0-1	1,45726	-	-
06-I20	06-I20-03	Jiný chirurgický výkon pro akutní bolest břicha nebo jiné symptomy týkající se trávicí soustavy u pacientů s CC=0-1	0,48081	-	-
07-I09	07-I09-00	Výkon na nervech pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní	1,01198	-	-
08-I24	08-I24-01	Operace pletence ramenního, kostí předloktí a zápěstí mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=1-4	0,88984	-	-
08-I24	08-I24-02	Operace pletence ramenního, kostí předloktí a zápěstí mimo poranění u pacientů s CC=0	0,67435	-	-
08-I25	08-I25-01	Operace kostí nártu, dlaně a prstů mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=1-4	0,87273	-	-
08-I25	08-I25-02	Operace kostí nártu, dlaně a prstů mimo poranění u pacientů s CC=0	0,54621	-	-
08-I26	08-I26-01	Operace vazivového aparátu kolene mimo poranění	1,18752	-	-
08-I26	08-I26-02	Rekonstrukce nebo sutura ostatních vazů, šlach a svalů mimo poranění	0,74103	-	-
08-I26	08-I26-03	Chirurgické uvolnění svalů a šlach mimo poranění	0,47565	-	-
08-I31	08-I31-01	Resekce zhoubného novotvaru kostí končetin	1,12883	-	-
08-I31	08-I31-02	Resekce zhoubného novotvaru měkkých tkání	1,05980	-	-
08-I31	08-I31-03	Ostatní excize a exstirpace kostí končetin	0,60569	-	-
08-I31	08-I31-04	Ostatní excize a menší výkony na měkkých tkáních a kůži	0,50955	-	-
08-M03	08-M03-01	Revizní nebo zvláště složitá rekonstrukční artroskopie	1,01987	-	-
08-M03	08-M03-02	Artroskopická stabilizace ramene nebo rekonstrukce rotátorové manžety	0,76758	-	-
08-M03	08-M03-03	Artroskopická dekomprese ramene	0,62297	-	-
08-M03	08-M03-04	Rekonstrukční artroskopie kloubů mimo rameno	0,80527	-	-
08-M03	08-M03-05	Složitá artroskopie	0,42148	-	-
08-M03	08-M03-06	Jednoduchá artroskopie	0,34954	-	-
12-I08	12-I08-01	Odstranění varlete nebo nadvarlete u pacientů s CC=3-4	2,36961	-	-
12-I08	12-I08-02	Odstranění varlete nebo nadvarlete u pacientů s CC=1-2	1,15027	-	-
12-I08	12-I08-03	Odstranění varlete nebo nadvarlete pro onemocnění varlat nebo nadvarlat u pacientů s CC=0	0,61792	-	-

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část C - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
12-I08	12-I08-04	Odstranění varlete nebo nadvarlete pro zhoubný novotvar prostaty u pacientů s CC=0	0,59005	-	-
12-I14	12-I14-00	Jiný chirurgický výkon na penisu	0,40246	-	-
13-I19	13-I19-00	Malý operační výkon pro onemocnění ženské reprodukční soustavy	0,27613	-	-
14-I08	14-I08-01	Malý operační výkon v těhotenství, po porodu nebo po potratu se závažnou diagnózou	0,46108	-	-
14-I08	14-I08-02	Umělé přerušení těhotenství v II. trimestru nebo selektivní fetocida plodu při vícečetném těhotenství	0,30260	-	-
14-I08	14-I08-03	Jiný malý operační výkon v těhotenství, po porodu nebo po potratu bez závažné diagnózy	0,24403	-	-
23-I09	23-I09-01	Sterilizace odstraněním vejcovodů	0,60312	-	-
23-I09	23-I09-02	Sterilizace přerušením vejcovodů nebo chámovodů	0,57547	-	-

Část D

Hrazené služby klasifikované do bází, které byly v referenčním období hrazeny paušální úhradou a v hodnoceném období jsou hrazeny případovým paušálem duševního zdraví

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část D - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
20-K01	20-K01-01	Předčasné ukončení hospitalizace proti doporučení lékaře pro nadužívání psychoaktivních látek	0,13260
20-K01	20-K01-02	Akutní intoxikace psychoaktivními látkami u pacientů s CC=2-4	0,69210
20-K01	20-K01-03	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro delirium způsobené psychoaktivními látkami	0,55105
20-K01	20-K01-04	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika u dětí do 18 let věku pro duševní poruchy a poruchy chování způsobené psychoaktivními látkami nebo pro akutní intoxikaci léky nebo drogami u pacientů s CC=0-1	0,47731
20-K01	20-K01-05	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika u pacientů ve věku 18 a více let pro duševní poruchy a poruchy chování způsobené psychoaktivními látkami nebo pro akutní intoxikaci léky nebo drogami u pacientů s CC=0-1	0,31857
20-K01	20-K01-06	Akutní intoxikace alkoholem u dětí do 18 let věku s CC=0-1	0,30584
20-K01	20-K01-07	Akutní intoxikace alkoholem u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	0,20708
20-K02	20-K02-00	Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	0,35164
20-K03	20-K03-00	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	0,67531
20-K04	20-K04-00	Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	1,19304
20-K05	20-K05-00	Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	1,67216
20-K06	20-K06-00	Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	2,06353
20-K07	20-K07-00	Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	2,46479
20-K08	20-K08-00	Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	3,13429
20-M01	20-M01-00	Eliminační metody krve při akutní intoxikaci psychoaktivními látkami	1,45304

Část E

Homogenní hrazené služby klasifikované do bází, které byly v referenčním období hrazeny úhradou vyčleněnou z paušální úhrady a v hodnoceném období jsou rovněž hrazeny úhradou vyčleněnou z paušální úhrady

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část E - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
00-I06	00-I06-00	Transplantace orgánů nezařazených jinde	6,75403	-	-
00-K01	00-K01-01	Léčba akutní rejekce transplantovaného orgánu u pacientů s CC=3-4	3,13814	-	-
00-K01	00-K01-02	Léčba akutní rejekce transplantovaného orgánu u pacientů s CC=0-2	1,34348	-	-
00-K02	00-K02-00	Léčba akutní rejekce transplantátu krvetvorných buněk	1,38528	-	-
01-I06	01-I06-01	Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií u dětí do 18 let věku pro epilepsii	9,19626	-	-
01-I06	01-I06-02	Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií u dětí do 18 let věku pro ostatní onemocnění	5,90439	-	-
01-I06	01-I06-03	Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií u pacientů ve věku 18 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den	6,18009	-	-
01-I06	01-I06-04	Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií u pacientů ve věku 18 a více let pro závažnou hlavní diagnózu a s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=3-4	5,12070	-	-
01-I06	01-I06-05	Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií u pacientů ve věku 18 a více let pro závažnou hlavní diagnózu a s CC=0-2	3,36740	-	-
01-I06	01-I06-06	Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií u pacientů ve věku 18 a více let pro ostatní onemocnění a s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=3-4	3,42049	-	-
01-I06	01-I06-07	Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií u pacientů ve věku 18 a více let pro ostatní onemocnění a s CC=0-2	2,43213	-	-
01-I07	01-I07-01	Chirurgický výkon z návrtu nebo transsfenoidálním přístupem s dalším operačním výkonem v jiný den	6,02966	-	-
01-I07	01-I07-02	Chirurgický výkon z návrtu nebo transsfenoidálním přístupem pro netraumatické krvácení, infekci nebo s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo u pacientů s CC=4	4,32690	-	-
01-I07	01-I07-03	Chirurgický výkon z návrtu nebo transsfenoidálním přístupem pro hydrocefalus nebo vrozené vady nervové soustavy u pacientů s CC=0-3	2,64740	-	-

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část E - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
01-I07	01-I07-04	Chirurgický výkon z návrtu nebo transsfenoidálním přístupem pro ostatní onemocnění u pacientů s CC=0-3	1,76772	-	-
01-I09	01-I09-01	Extrakraniální chirurgický výkon na cévách hlavy v komplexním CVSP u pacientů s CC=1-4	2,01685	-	-
01-I09	01-I09-02	Extrakraniální chirurgický výkon na cévách hlavy v komplexním CVSP u pacientů s CC=0	1,29162	-	-
01-I09	01-I09-03	Extrakraniální chirurgický výkon na cévách hlavy mimo komplexní CVSP	1,23599	-	-
01-I11	01-I11-01	Chirurgický výkon v retrobasilinguální nebo velofaryngeální oblasti pro poruchu spánku	0,94736	-	-
01-I11	01-I11-02	Chirurgický výkon v nosní dutině nebo nosohltanu pro poruchu spánku	0,48852	-	-
01-I12	01-I12-01	Mikrochirurgická sutura nervových pletení	2,02837	-	-
01-I12	01-I12-02	Jiný chirurgický výkon na nervových pleteních	1,01198	-	-
01-I14	01-I14-01	Mikrochirurgická sutura jiných periferních nervů	1,09007	-	-
01-I14	01-I14-02	Jiný chirurgický výkon na jiných periferních nervech	0,94170	-	-
01-M02	01-M02-00	Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro onemocnění nervové soustavy	4,53407	-	-
01-M03	01-M03-01	Angioplastika mozkových cév pro mozkový infarkt, aneurysma nebo disekci	4,20774	-	-
01-M03	01-M03-02	Angioplastika mozkových cév pro ostatní cévní onemocnění mozku	2,08017	-	-
01-R01	01-R01-00	Radiochirurgie pro onemocnění nervové soustavy	0,88475	-	-
02-I01	02-I01-00	Transplantace rohovky včetně chirurgického výkonu na čočce	1,26127	-	-
02-I02	02-I02-01	Transplantace rohovky	1,20016	-	-
02-I02	02-I02-02	Transplantace amniové membrány	1,08641	-	-
02-I03	02-I03-00	Odstranění tumoru očnice z kraniotomie	3,26007	-	-
02-I04	02-I04-00	Rekonstrukční chirurgický výkon na očnici	0,93281	-	-
02-I05	02-I05-01	Chirurgické ošetření poranění oka ve dvou a více operačních dnech	2,09003	-	-
02-I05	02-I05-02	Chirurgické ošetření poranění oka v rámci jednoho operačního dne	1,24485	-	-
02-I06	02-I06-01	Odstranění sklivce pro zánět	1,24035	-	-
02-I06	02-I06-02	Odstranění sklivce včetně chirurgického výkonu na čočce pro nezánětlivé onemocnění	0,99813	-	-
02-I06	02-I06-03	Odstranění sklivce pro odchlípení nebo trhlinu sítnice	0,74248	-	-
02-I06	02-I06-04	Odstranění sklivce pro jiné hlavní diagnózy	0,56628	-	-
02-I07	02-I07-01	Odstranění celého oka nebo části oka z předního segmentu s komplikující hlavní diagnózou	1,37339	-	-

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část E - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
02-I07	02-I07-02	Odstranění celého oka nebo části oka z předního segmentu bez komplikující hlavní diagnózy	0,77306	-	-
02-I08	02-I08-01	Chirurgický výkon pro náhradu čočky u dětí do 18 let	1,09336	-	-
02-I08	02-I08-02	Chirurgický výkon pro náhradu čočky u pacientů ve věku 18 a více let	0,56448	-	-
02-I10	02-I10-01	Rekonstrukční výkon na slzném ústrojí pro zánět	0,71732	-	-
02-I10	02-I10-02	Rekonstrukční výkon na slzném ústrojí pro jiné hlavní diagnózy	0,53444	-	-
02-I11	02-I11-01	Rekonstrukční výkon na okohybném svalu u dětí do 18 let	0,70111	-	-
02-I11	02-I11-02	Rekonstrukční výkon na okohybném svalu u pacientů ve věku 18 a více let	0,58657	-	-
02-R01	02-R01-00	Radiochirurgie oka	0,87070	-	-
02-R02	02-R02-00	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar oka	1,68599	-	-
03-I07	03-I07-01	Resekční výkon v dutině ústní nebo na slinných žlázách s odstraněním krčních mízních uzlin a se zavedením gastrostomie, umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=3-4	4,02399	OnkoDosp	0,75
03-I07	03-I07-02	Resekční výkon v dutině ústní s odstraněním krčních mízních uzlin u pacientů s CC=0-2	2,54593	OnkoDosp	0,75
03-I07	03-I07-03	Resekční výkon na slinných žlázách s odstraněním krčních mízních uzlin u pacientů s CC=0-2	1,68601	OnkoDosp	0,75
03-I08	03-I08-01	Disekce krčních uzlin pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku	2,04535	-	-
03-I08	03-I08-02	Částečná exstirpace krčních uzlin pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku	0,85841	-	-
03-I09	03-I09-01	Rekonstrukční výkon pro rozštěp rtu nebo patra u dětí do 18 let věku	1,80644	-	-
03-I09	03-I09-02	Rekonstrukční výkon pro rozštěp rtu nebo patra u pacientů ve věku 18 a více let	0,87919	-	-
03-I10	03-I10-01	Resekce čelisti pro zhoubný novotvar nebo zánět dutiny ústní	1,30242	-	-
03-I10	03-I10-02	Resekce čelisti pro onemocnění dutiny ústní mimo zhoubný novotvar a zánět	1,29704	-	-
03-I11	03-I11-01	Rekonstrukční výkon na obou čelistech pro onemocnění mimo trauma	2,46523	-	-
03-I11	03-I11-02	Jiný rekonstrukční výkon na čelisti nebo obličeji pro onemocnění mimo trauma	1,31023	-	-
03-I11	03-I11-03	Rekonstrukční výkon na čelisti nebo obličeji pro trauma	1,11038	-	-
03-I12	03-I12-01	Odstranění celé příušní žlázy	1,45170	-	-
03-I12	03-I12-02	Odstranění laloku příušní žlázy	1,23739	-	-
03-I12	03-I12-03	Exstirpace podčelistní nebo podjazykové slinné žlázy	1,01330	-	-

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část E - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
03-I12	03-I12-04	Extrakapsulární exstirpace nebo biopsie příušní žlázy	0,89596	-	-
03-I13	03-I13-00	Jiný chirurgický výkon na hrtanu	1,03072	-	-
03-I15	03-I15-00	Chirurgický výkon pro vrozenou cystu nebo píštěl obličeje nebo krku	0,93326	-	-
03-I16	03-I16-01	Odstranění krčních mandlí pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=2-4	1,72489	-	-
03-I16	03-I16-02	Odstranění krčních mandlí pro méně závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-1	0,93607	-	-
03-I17	03-I17-00	Plastický nebo rekonstrukční výkon nosu, nosní přepážky nebo nosních kůstek	0,82902	-	-
03-I18	03-I18-01	Výkon na vedlejších dutinách nosních ze zevního přístupu	1,04136	-	-
03-I18	03-I18-02	Endoskopický výkon na vedlejších dutinách nosních pro zhoubný novotvar	1,10162	-	-
03-I18	03-I18-03	Endoskopický výkon na vedlejších dutinách nosních pro onemocnění mimo zhoubný novotvar	0,82240	-	-
03-I20	03-I20-01	Velký rekonstrukční výkon ucha pro poranění nebo vrozenou vadu	1,76549	-	-
03-I20	03-I20-02	Chirurgický výkon na zevním uchu u pacientů ve věku 18 a více let	0,63222	-	-
03-I20	03-I20-03	Chirurgický výkon na zevním uchu pro vrozenou vadu u dětí do 18 let věku	0,69454	-	-
03-I20	03-I20-04	Chirurgický výkon na zevním uchu pro onemocnění mimo vrozené vady u dětí do 18 let věku	0,42043	-	-
04-D01	04-D01-00	Srdeční katetrizace pro onemocnění dýchací soustavy	1,77180	-	-
04-I01	04-I01-00	Extrakorporální membránová oxygenace pro plicní embolii	9,01902	-	-
04-I04	04-I04-00	Výkon na cévách pro onemocnění dýchací soustavy	2,89419	-	-
04-I07	04-I07-00	Destrukční výkon pro onemocnění dýchací soustavy	1,45044	-	-
04-R01	04-R01-01	Radiochirurgie pro zhoubný novotvar plic v rámci 2 a více ozařovacích dnů	2,00640	-	-
04-R01	04-R01-02	Radiochirurgie pro zhoubný novotvar plic v rámci 1 ozařovacího dne	1,58896	-	-
06-I02	06-I02-01	Rozsáhlý výkon v dutině břišní pro zhoubný novotvar trávicí soustavy	5,36135	-	-
06-I02	06-I02-02	Rozsáhlý výkon v dutině břišní pro onemocnění trávicí soustavy mimo zhoubný novotvar	4,33229	-	-
06-I04	06-I04-01	Odstranění nebo resekce žaludku s dalším operačním výkonem v jiný den	6,87764	-	-
06-I04	06-I04-02	Odstranění nebo resekce žaludku u pacientů s CC=4	5,64692	-	-
06-I04	06-I04-03	Odstranění nebo resekce žaludku u pacientů s CC=0-3	4,01262	-	-
06-I05	06-I05-01	Roboticky asistované odstranění nebo resekce konečníku	3,79884	Rektum	0,9

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část E - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
06-I05	06-I05-02	Odstranění nebo resekce konečníku s dalším operačním výkonem v jiný den	5,89037	Rektum	0,9
06-I05	06-I05-03	Odstranění nebo resekce konečníku u pacientů s CC=3-4	4,21300	Rektum	0,9
06-I05	06-I05-04	Odstranění nebo resekce konečníku u pacientů s CC=0-2	3,03655	Rektum	0,9
06-I06	06-I06-01	Výkon na cévách pro vaskulární onemocnění střeva	5,79767	-	-
06-I06	06-I06-02	Výkon na cévách nebo slezině pro onemocnění trávicí soustavy	4,02060	-	-
06-I07	06-I07-01	Resekce střeva nebo peritonea pro onemocnění trávicí soustavy s dalším operačním výkonem v jiný den u pacientů s CC=4	7,82994	-	-
06-I07	06-I07-02	Resekce střeva nebo peritonea pro onemocnění trávicí soustavy u dětí do 2 let věku	4,37048	-	-
06-I07	06-I07-03	Resekce střeva nebo peritonea pro onemocnění trávicí soustavy s dalším operačním výkonem v jiný den u pacientů ve věku 2 a více let s CC=0-3	4,82125	-	-
06-I07	06-I07-04	Resekce střeva nebo peritonea pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů ve věku 2 a více let s CC=4	4,22298	-	-
06-I07	06-I07-05	Resekce střeva nebo peritonea pro závažné onemocnění trávicí soustavy u pacientů ve věku 2 a více let s CC=0-3	2,64516	-	-
06-I07	06-I07-06	Resekce střeva nebo peritonea pro méně závažné onemocnění trávicí soustavy u pacientů ve věku 2 a více let s CC=0-3	2,19028	-	-
06-I15	06-I15-00	Výkon pro brániční kýlu nebo refluxní chorobu	1,67822	-	-
06-I18	06-I18-01	Odstranění apendixu s dalším operačním výkonem v jiný den	2,79989	-	-
06-I18	06-I18-02	Odstranění apendixu u dětí do 18 let věku nebo pacientů ve věku 65 a více let pro rozsáhlý zánět nebo s CC=2-4	2,22257	-	-
06-I18	06-I18-03	Odstranění apendixu u pacientů ve věku 18-64 let pro rozsáhlý zánět nebo s CC=2-4	1,18462	-	-
06-I18	06-I18-04	Odstranění apendixu pro méně rozsáhlý zánět nebo jiné onemocnění u dětí do 18 let nebo pacientů ve věku 65 a více let s CC=0-1	1,05013	-	-
06-I18	06-I18-05	Odstranění apendixu pro méně rozsáhlý zánět nebo jiné onemocnění u pacientů ve věku 18-64 let s CC=0-1	0,76715	-	-
06-I19	06-I19-00	Uvolňování srůstů pobřišnice nebo střeva	1,15418	-	-
06-I21	06-I21-01	Perianální výkon u pacientů s CC=3-4	0,99380	-	-
06-I21	06-I21-02	Perianální výkon pro zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2	0,73287	-	-
06-I21	06-I21-03	Perianální výkon pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2	0,46409	-	-

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část E - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
06-I22	06-I22-01	Chirurgické odstranění hemoroidů staplerovou metodou	0,56684	-	-
06-I22	06-I22-02	Chirurgické odstranění hemoroidů klasickou metodou	0,40263	-	-
06-M02	06-M02-00	Výkon pro obstrukci trávicí soustavy u dětí	0,51299	-	-
07-I05	07-I05-00	Destrukční výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní	1,45044	-	-
07-I06	07-I06-01	Výkon na cévách se zavedením portosystémového shuntu pro cirhózu	4,25302	-	-
07-I06	07-I06-02	Výkon na cévách bez zavedení portosystémového shuntu pro onemocnění hepatobiliární soustavy	1,67747	-	-
07-I07	07-I07-00	Nekrektomie nebo drenážní výkon pro akutní zánět slinivky břišní	7,90886	-	-
07-I08	07-I08-01	Spojkový nebo rekonstrukční výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=3-4	4,89849	-	-
07-I08	07-I08-02	Spojkový nebo rekonstrukční výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=0-2	3,20207	-	-
07-I10	07-I10-01	Odstranění žlučníku otevřeným přístupem u pacientů s CC=3-4	3,09364	-	-
07-I10	07-I10-02	Odstranění žlučníku laparoskopicky u pacientů s CC=3-4	2,19862	-	-
07-I10	07-I10-03	Odstranění žlučníku otevřeným přístupem pro akutní zánět slinivky břišní nebo u pacientů s CC=1-2	1,97343	-	-
07-I10	07-I10-04	Odstranění žlučníku otevřeným přístupem pro jiné onemocnění mimo akutní zánět slinivky břišní u pacientů s CC=0	1,22837	-	-
07-I10	07-I10-05	Odstranění žlučníku laparoskopicky pro akutní zánět slinivky břišní nebo u pacientů s CC=1-2	1,10765	-	-
07-I10	07-I10-06	Odstranění žlučníku laparoskopicky pro jiné onemocnění mimo akutní zánět slinivky břišní u pacientů s CC=0	0,86092	-	-
07-M01	07-M01-00	Eliminační metody pro náhradu funkce akutně selhávajících jater	3,14225	-	-
07-M02	07-M02-01	Opakovaný endoskopický nebo radiologický výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní	2,37767	-	-
07-M02	07-M02-02	Endoskopický nebo radiologický výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=3-4	1,85045	-	-
07-M02	07-M02-03	Endoskopický nebo radiologický výkon pro akutní zánět nebo zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=0-2	1,16348	-	-

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část E - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
07-M02	07-M02-04	Endoskopický nebo radiologický výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní mimo akutní zánět a zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2	0,75431	-	-
07-R01	07-R01-00	Radiochirurgie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní	2,02001	-	-
08-C02	08-C02-00	Izolovaná regionální hypertermní perfúze končetiny cytostatiky pro zhoubný novotvar kostí a měkkých tkání	3,71912	-	-
08-I05	08-I05-01	Implantace tumorózní endoprotézy kyčle	4,16416	-	-
08-I05	08-I05-02	Reimplantace endoprotézy kyčle	3,32982	-	-
08-I05	08-I05-03	Revize endoprotézy kyčle s výměnou artikulačních komponent nebo odstranění endoprotézy	3,07526	-	-
08-I05	08-I05-04	Implantace necementované totální endoprotézy kyčle	2,12698	-	-
08-I05	08-I05-05	Implantace hybridní totální endoprotézy kyčle	1,88230	-	-
08-I05	08-I05-06	Implantace cementované totální endoprotézy kyčle	1,81922	-	-
08-I05	08-I05-07	Implantace cervikokapitální endoprotézy kyčle	1,80451	-	-
08-I06	08-I06-01	Implantace tumorózní endoprotézy kolene	5,92497	-	-
08-I06	08-I06-02	Reimplantace endoprotézy kolene	3,99005	-	-
08-I06	08-I06-03	Revize endoprotézy kolene s výměnou artikulačních komponent nebo odstranění endoprotézy	2,74798	-	-
08-I06	08-I06-04	Implantace totální endoprotézy kolene	2,00924	-	-
08-I06	08-I06-05	Implantace hemiartroplastiky kolene nebo patelo-femorální náhrady	1,73755	-	-
08-I08	08-I08-01	Implantace tumorózní endoprotézy nebo reimplantace/revize/odstranění endoprotézy ramene	3,08249	-	-
08-I08	08-I08-02	Implantace reverzní totální endoprotézy ramene	2,47785	-	-
08-I08	08-I08-03	Implantace anatomické totální endoprotézy ramene	2,79565	-	-
08-I08	08-I08-04	Implantace cervikokapitální endoprotézy ramene	2,14915	-	-
08-I10	08-I10-01	Implantace endoprotézy zápěstí	1,16763	-	-
08-I10	08-I10-02	Implantace ne-silikonové endoprotézy prstu	0,92953	-	-
08-I10	08-I10-03	Implantace silikonové endoprotézy prstu	0,80377	-	-
08-I11	08-I11-01	Replantace končetiny nebo její části mimo prsty	4,25493	-	-
08-I11	08-I11-02	Replantace dvou a více prstů	3,02269	-	-
08-I11	08-I11-03	Replantace jednoho prstu	1,93137	-	-
08-I13	08-I13-01	Operace poranění pánve v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=3-4	4,73520	-	-

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část E - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
08-I13	08-I13-02	Operace poranění pánve v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s CC=1-2 nebo ve věku 75 a více let	2,33900	-	-
08-I13	08-I13-03	Operace poranění pánve v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	2,31506	-	-
08-I13	08-I13-04	Operace poranění stehenní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=3-4	2,99346	-	-
08-I13	08-I13-05	Operace poranění stehenní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s CC=1-2 nebo ve věku 75 a více let	1,75861	-	-
08-I13	08-I13-06	Operace poranění stehenní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,45298	-	-
08-I13	08-I13-07	Operace poranění pánve a stehenní kosti mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=3-4	2,58922	-	-
08-I13	08-I13-08	Operace poranění pánve a stehenní kosti mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s CC=1-2 nebo ve věku 75 a více let	1,55164	-	-
08-I13	08-I13-09	Operace poranění pánve a stehenní kosti mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,29706	-	-
08-I14	08-I14-01	Operace poranění kostí bérce v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=1-4	2,74142	-	-
08-I14	08-I14-02	Operace poranění kostí bérce v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let pro zlomeninu proximálního/distálního segmentu nebo u pacientů ve věku 75 a více let	1,24945	-	-
08-I14	08-I14-03	Operace poranění jiných segmentů kostí bérce v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,18347	-	-
08-I14	08-I14-04	Operace poranění čéšky v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,81029	-	-
08-I14	08-I14-05	Operace poranění kostí bérce mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=1-4	2,40493	-	-
08-I14	08-I14-06	Operace poranění kostí bérce mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let proximálního/distálního segmentu nebo u pacientů ve věku 75 a více let	1,22507	-	-
08-I14	08-I14-07	Operace poranění jiných segmentů kostí bérce mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,04498	-	-
08-I14	08-I14-08	Operace poranění čéšky mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,78797	-	-
08-I15	08-I15-01	Operace poranění kostí hlezna a zánártí v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=1-4	1,80119	-	-

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část E - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
08-I15	08-I15-02	Operace poranění kostí hlezna a zánártí v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let pro zlomeninu patní kosti nebo u pacientů ve věku 75 a více let	1,24278	-	-
08-I15	08-I15-03	Operace poranění jiných kostí hlezna a zánártí v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	0,78468	-	-
08-I15	08-I15-04	Operace poranění kostí hlezna a zánártí mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=1-4	1,52624	-	-
08-I15	08-I15-05	Operace poranění kostí hlezna a zánártí mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let pro zlomeninu patní kosti nebo u pacientů ve věku 75 a více let	1,20555	-	-
08-I15	08-I15-06	Operace poranění jiných kostí hlezna a zánártí mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	0,77824	-	-
08-I16	08-I16-01	Operace poranění pažní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=1-4	2,03142	-	-
08-I16	08-I16-02	Operace poranění pažní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let pro zlomeninu distálního segmentu nebo u pacientů ve věku 75 a více let	1,39330	-	-
08-I16	08-I16-03	Operace poranění jiných segmentů pažní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,06739	-	-
08-I16	08-I16-04	Operace poranění pletence ramenního mimo pažní kost v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,70960	-	-
08-I16	08-I16-05	Operace poranění pažní kosti mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=1-4	1,65099	-	-
08-I16	08-I16-06	Operace poranění pažní kosti mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let pro zlomeninu distálního segmentu nebo u pacientů ve věku 75 a více let	1,11234	-	-
08-I16	08-I16-07	Operace poranění jiných segmentů pažní kosti mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	0,90797	-	-
08-I16	08-I16-08	Operace poranění pletence ramenního mimo pažní kost mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,63173	-	-
08-I18	08-I18-01	Násobná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,79522	-	-
08-I18	08-I18-02	Izolovaná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,52682	-	-
08-I18	08-I18-03	Násobná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,65455	-	-

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část E - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
08-I18	08-I18-04	Izolovaná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,47007	-	-
08-I19	08-I19-01	Operace poranění vazivového aparátu kolene v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,71816	-	-
08-I19	08-I19-02	Násobná operace poranění vazů, šlach a svalů ruky a zápěstí v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,78001	-	-
08-I19	08-I19-03	Izolovaná operace poranění ostatních vazů, šlach a svalů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,48059	-	-
08-I19	08-I19-04	Operace poranění vazivového aparátu kolene mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,75070	-	-
08-I19	08-I19-05	Násobná operace poranění vazů, šlach a svalů ruky a zápěstí mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,59713	-	-
08-I19	08-I19-06	Izolovaná operace poranění ostatních vazů, šlach a svalů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,45090	-	-
08-I20	08-I20-01	Operace poranění pánve a stehna v CVSP u dětí do 16 let	1,83523	-	-
08-I20	08-I20-02	Operace poranění bérce, hlezna a zánártí v CVSP u dětí do 16 let	0,84572	-	-
08-I20	08-I20-03	Operace poranění horní končetiny, nártu a prstů v CVSP u dětí do 16 let	0,60131	-	-
08-I20	08-I20-04	Operace poranění pánve, stehna, bérce, hlezna a zánártí mimo CVSP u dětí do 16 let	0,97594	-	-
08-I20	08-I20-05	Operace poranění horní končetiny, nártu a prstů mimo CVSP u dětí do 16 let	0,57909	-	-
08-I21	08-I21-01	Operace pánve a stehenní kosti mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=1-4	2,21477	-	-
08-I21	08-I21-02	Operace pánve a stehenní kosti mimo poranění u pacientů s CC=0	1,07183	-	-
08-I22	08-I22-01	Operace kostí bérce a pažní kosti mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=1-4	1,68409	-	-
08-I22	08-I22-02	Operace kostí bérce a pažní kosti mimo poranění u pacientů s CC=0	1,09726	-	-
08-I23	08-I23-01	Operace kostí hlezna a zánártí mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=1-4	1,41009	-	-
08-I23	08-I23-02	Operace kostí hlezna a zánártí mimo poranění u pacientů s CC=0	0,87963	-	-
08-I28	08-I28-01	Krytí defektu velkým lalokem pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=2-4	3,91473	-	-
08-I28	08-I28-02	Krytí defektu velkým lalokem pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=0-1	1,19417	-	-
08-M02	08-M02-00	Miniinvazivní výkon na páteři	0,88698	-	-

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část E - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
08-M04	08-M04-00	Nekrvavá repozice vrozených deformit kyčle	3,03890	-	-
08-R01	08-R01-00	Radiochirurgie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání	1,95729	-	-
09-C01	09-C01-00	Izolovaná regionální hypertermní perfúze končetiny cytostatiky pro melanom kůže	3,71912	-	-
09-I04	09-I04-01	Velké rekonstrukční výkony pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=2-4	3,91473	-	-
09-I04	09-I04-02	Velké rekonstrukční výkony pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0-1	0,91997	-	-
09-I10	09-I10-01	Odstranění krčních mízních uzlin pro zhoubný novotvar kůže nebo odstranění mízních uzlin pro novotvar kůže nebo prsu u pacientů s CC=2-4	1,68735	-	-
09-I10	09-I10-02	Odstranění mízních uzlin pro novotvar kůže nebo prsu u pacientů s CC=0-1	0,77524	-	-
10-I02	10-I02-01	Výkon na cévách s chirurgickým výkonem na noze pro syndrom diabetické nohy v CVSP	4,17217	-	-
10-I02	10-I02-02	Výkon na cévách s chirurgickým výkonem na noze pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP	2,74140	-	-
10-I03	10-I03-01	Výkon na cévách bez chirurgického výkonu na noze pro syndrom diabetické nohy v CVSP	1,68683	-	-
10-I03	10-I03-02	Výkon na cévách bez chirurgického výkonu na noze pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP	1,68683	-	-
10-I04	10-I04-01	Opakovaný chirurgický výkon na diabetické noze v CVSP	2,90310	-	-
10-I04	10-I04-02	Opakovaný chirurgický výkon na diabetické noze mimo CVSP	2,04551	-	-
10-I06	10-I06-00	Rekonstrukční nebo transplantační výkon na diabetické noze	1,71932	-	-
10-I09	10-I09-01	Bypass žaludku nebo biliopankreatická diverze	2,11946	-	-
10-I09	10-I09-02	Tubulizace žaludku	1,76956	-	-
10-I09	10-I09-03	Plikace žaludku	1,73035	-	-
10-I09	10-I09-04	Bandáž žaludku	1,56600	-	-
10-I10	10-I10-00	Plastický výkon pro metabolickou nebo nutriční poruchu	1,15060	-	-
10-I12	10-I12-00	Odstranění nebo resekce štítné nebo příštítné žlázy s odstraněním krčních mízních uzlin	1,58452	-	-
10-I13	10-I13-01	Odstranění nebo resekce štítné žlázy nebo příštítných tělísek ze sternotomie, s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=3-4	1,79145	-	-
10-I13	10-I13-02	Odstranění celé štítné žlázy u pacientů s CC=0-2	1,06987	-	-

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část E - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
10-I13	10-I13-03	Odstranění celého laloku štítné žlázy u pacientů s CC=0-2	0,86878	-	-
10-I13	10-I13-04	Odstranění příštítných tělísek u pacientů s CC=0-2	0,64967	-	-
10-I14	10-I14-00	Odstranění krčních mízních uzlin pro novotvar štítné žlázy	1,10381	-	-
10-I15	10-I15-00	Chirurgický výkon na štítné žláze mimo resekce	0,94475	-	-
10-R02	10-R02-01	Léčba zhoubného novotvaru štítné žlázy radiojódem	0,70616	-	-
10-R02	10-R02-02	Léčba hypertyreózy radiojódem	0,40658	-	-
11-I09	11-I09-00	Resekce močového měchýře otevřeným přístupem	2,07652	-	-
11-I10	11-I10-01	Roboticky asistovaná plastika ledvinné pánvičky	2,47196	-	-
11-I10	11-I10-02	Rekonstrukční výkon na horních cestách močových nebo močovém měchýři pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=4	4,05376	-	-
11-I10	11-I10-03	Rekonstrukční výkon na horních cestách močových nebo močovém měchýři u pacientů s CC=0-3	2,23918	-	-
11-I12	11-I12-00	Odstranění nebo rekonstrukce močové trubice	1,30528	-	-
11-I13	11-I13-00	Otevřený výkon pro kámen dolních cest močových	1,28526	-	-
11-I15	11-I15-00	Destrukční výkon pro novotvary vylučovací soustavy	1,28661	-	-
11-M01	11-M01-01	Embolizace pro chronické onemocnění ledvin nebo u pacientů s CC=3-4	3,04935	-	-
11-M01	11-M01-02	Embolizace pro ostatní onemocnění vylučovací soustavy u pacientů s CC=0-2	1,68440	-	-
11-M03	11-M03-01	Perkutánní extrakce kamene z horních cest močových u pacientů s CC=2-4	2,26490	-	-
11-M03	11-M03-02	Perkutánní extrakce kamene z horních cest močových u pacientů s CC=0-1	1,30545	-	-
11-M05	11-M05-01	Extrakce kamene horních cest močových flexibilním ureterorenoskopem	0,76075	-	-
11-M05	11-M05-02	Extrakce kamene horních cest močových jiným typem ureterorenoskopu	0,57748	-	-
11-M06	11-M06-01	Transuretrální resekce močového měchýře u pacientů s CC=3-4	1,82367	-	-
11-M06	11-M06-02	Transuretrální resekce močového měchýře u pacientů s CC=1-2	0,75900	-	-
11-M06	11-M06-03	Transuretrální resekce močového měchýře u pacientů s CC=0	0,56936	-	-
11-M07	11-M07-01	Miniinvazivní odstranění kamene z dolních cest močových u pacientů ve věku 70 a více let	0,70248	-	-
11-M07	11-M07-02	Miniinvazivní odstranění kamene z dolních cest močových u pacientů do 70 let	0,66154	-	-
11-M08	11-M08-00	Extrakorporální litotrypse	0,34965	-	-

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část E - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
12-I04	12-I04-00	Totální amputace penisu pro onemocnění mužské reprodukční soustavy	2,17849	-	-
12-I06	12-I06-00	Parciální amputace penisu	0,97381	-	-
12-I07	12-I07-01	Rekonstrukční výkon na penisu pro zadní hypospadii nebo epispadii u dětí do 18 let věku	1,62790	-	-
12-I07	12-I07-02	Rekonstrukční výkon na penisu pro přední nebo střední hypospadii nebo jinou vrozenou vadu pyje u dětí do 18 let věku	1,44814	-	-
12-I07	12-I07-03	Rekonstrukční výkon na penisu pro vrozenou vadu pyje u pacientů ve věku 18 a více let nebo pro funkční nebo strukturální poruchu pyje	0,88716	-	-
12-I09	12-I09-00	Destrukční výkon pro onemocnění prostaty	1,04548	-	-
12-I12	12-I12-00	Výkon na močové trubici pro onemocnění prostaty	0,60463	-	-
12-M01	12-M01-00	Embolizace pro onemocnění mužské reprodukční soustavy	1,25562	-	-
12-R01	12-R01-00	Radiochirurgie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy	2,30899	-	-
13-I09	13-I09-00	Rekonstrukční výkon pro vrozenou vadu ženské reprodukční soustavy	1,69501	-	-
13-I10	13-I10-01	Transperitoneální nebo transvezikální odstranění píštěle ženské reprodukční soustavy	2,21845	-	-
13-I10	13-I10-02	Vaginální odstranění píštěle ženské reprodukční soustavy	0,98853	-	-
13-I11	13-I11-01	Odstranění dělohy pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4	2,67882	-	-
13-I11	13-I11-02	Odstranění dělohy pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s CC=1-2	1,68944	-	-
13-I11	13-I11-03	Odstranění dělohy pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s CC=0	1,41313	-	-
13-I12	13-I12-00	Jiný chirurgický výkon pro odstranění extragenitálních endometriózních ložisek	1,49090	-	-
13-I13	13-I13-01	Rekonstrukční výkon pro úplný výhřez pochvy i dělohy	1,40418	-	-
13-I13	13-I13-02	Rekonstrukční výkon pro jiný sestup ženských pohlavních orgánů	0,89056	-	-
13-I14	13-I14-01	Resekční výkon na děložních adnexech pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4	1,82068	-	-
13-I14	13-I14-02	Resekční výkon na děložních adnexech pro onemocnění mimo zhoubný novotvar otevřeným přístupem u pacientek s CC=0-2	1,25708	-	-
13-I14	13-I14-03	Resekční výkon na děložních adnexech pro onemocnění mimo zhoubný novotvar	0,87970	-	-

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část E - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
		laparoskopickým přístupem u pacientek s CC=0-2			
13-I15	13-I15-01	Odstranění vulvy u pacientek ve věku 60 a více let	0,81331	-	-
13-I15	13-I15-02	Odstranění vulvy u pacientek do 60 let věku	0,58570	-	-
13-I16	13-I16-00	Odstranění děložního myomu	1,13564	-	-
13-I17	13-I17-00	Uvolňování pánevních peritoneálních srůstů	0,85612	-	-
13-M01	13-M01-00	Embolizace nebo termoablace děložního myomu nebo varixů pohlavních orgánů	1,98987	-	-
14-I01	14-I01-01	Porod císařským řezem v CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci	1,36567	-	-
14-I01	14-I01-02	Porod císařským řezem v CVSP při mnohočetném těhotenství nebo po vedení porodu vaginálně	1,12047	-	-
14-I01	14-I01-03	Porod císařským řezem mimo CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci	1,24965	-	-
14-I01	14-I01-04	Porod císařským řezem mimo CVSP při mnohočetném těhotenství nebo po vedení porodu vaginálně	1,28648	-	-
14-I01	14-I01-05	Porod jediného dítěte císařským řezem bez závažné diagnózy	0,83294	-	-
14-I02	14-I02-01	Odstranění dělohy v těhotenství, po porodu nebo po potratu	1,73664	-	-
14-I02	14-I02-02	Jiný chirurgický výkon na děloze mimo odstranění v těhotenství, po porodu nebo po potratu	0,82311	-	-
14-I03	14-I03-00	Výkon na cévách pro komplikaci v těhotenství, po potratu nebo po porodu	3,57635	-	-
14-I04	14-I04-00	Chirurgický výkon na děložních adnexech v těhotenství, po porodu nebo po potratu	0,71400	-	-
14-I05	14-I05-00	Chirurgický výkon v dutině břišní mimo dělohu a děložní adnexa v těhotenství, po porodu nebo po potratu	0,61763	-	-
14-M01	14-M01-01	Vaginální porod v CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci	0,84351	-	-
14-M01	14-M01-02	Vaginální porod v CVSP při mnohočetném těhotenství nebo s revizí po porodu	0,73691	-	-
14-M01	14-M01-03	Vaginální porod mimo CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci	0,76838	-	-
14-M01	14-M01-04	Vaginální porod mimo CVSP při mnohočetném těhotenství nebo s revizí po porodu	0,73996	-	-
14-M01	14-M01-05	Vaginální porod jediného dítěte bez závažné diagnózy	0,57019	-	-
15-I01	15-I01-00	Extrakorporální membránová oxygenace novorozence	23,75837	-	-

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část E - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
15-K02	15-K02-01	Časné úmrtí do 2 dnů u novorozence s hmotností do 1500 g	0,22884	-	-
15-K02	15-K02-02	Novorozenci s hmotností do 1500 g a velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 30. týdne	4,44099	-	-
15-K02	15-K02-03	Novorozenci s hmotností do 1500 g bez velmi závažné diagnózy a s gestačním stářím od 31. týdne	3,19423	-	-
15-K03	15-K03-01	Novorozenci s hmotností 1500-1999 g a velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 33. týdne	2,66130	-	-
15-K03	15-K03-02	Novorozenci s hmotností 1500-1999 g a závažnou diagnózou nebo gestačním stářím od 34. do 36. týdne	1,61043	-	-
15-K03	15-K03-03	Novorozenci s hmotností 1500-1999 g bez závažné diagnózy a s gestačním stářím od 37. týdne	1,33428	-	-
15-K04	15-K04-01	Novorozenci s hmotností 2000-2499 g narození v daném zdravotnickém zařízení v CVSP a s velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 33. týdne	1,78114	-	-
15-K04	15-K04-02	Novorozenci s hmotností 2000-2499 g narození v daném zdravotnickém zařízení v CVSP a se závažnou diagnózou nebo gestačním stářím od 34. do 36. týdne	0,84329	-	-
15-K04	15-K04-03	Novorozenci s hmotností 2000-2499 g narození v daném zdravotnickém zařízení mimo CVSP a se závažnou nebo velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 36. týdne	0,59998	-	-
15-K04	15-K04-04	Novorozenci s hmotností 2000-2499 g narození v daném zdravotnickém zařízení bez závažné diagnózy a s gestačním stářím od 37. týdne	0,39102	-	-
15-K05	15-K05-01	Novorozenci s hmotností 2500 a více g narození v daném zdravotnickém zařízení v CVSP a s velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 33. týdne	0,95282	-	-
15-K05	15-K05-02	Novorozenci s hmotností 2500 a více g narození v daném zdravotnickém zařízení v CVSP a se závažnou diagnózou nebo gestačním stářím od 34. do 36. týdne	0,48216	-	-
15-K05	15-K05-03	Novorozenci s hmotností 2500 a více g narození v daném zdravotnickém zařízení mimo CVSP a se závažnou nebo velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 36. týdne	0,40421	-	-
15-K05	15-K05-04	Novorozenci s hmotností 2500 a více g narození v daném zdravotnickém zařízení bez závažné diagnózy a s gestačním stářím od 37. týdne	0,27004	-	-

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část E - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
15-K06	15-K06-01	Novorozenci s hmotností 2000 a více g nenarození v daném zdravotnickém zařízení v CVSP a s velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 33. týdne	1,55128	-	-
15-K06	15-K06-02	Novorozenci s hmotností 2000-2499 g nenarození v daném zdravotnickém zařízení v CVSP a se závažnou diagnózou nebo gestačním stářím od 34. do 36. týdne	1,05288	-	-
15-K06	15-K06-03	Novorozenci s hmotností 2500 a více g nenarození v daném zdravotnickém zařízení v CVSP a se závažnou diagnózou nebo gestačním stářím od 34. do 36. týdne	0,79148	-	-
15-K06	15-K06-04	Novorozenci s hmotností 2000 a více g nenarození v daném zdravotnickém zařízení v CVSP bez závažné diagnózy a s gestačním stářím od 37. týdne	0,47053	-	-
15-K06	15-K06-05	Novorozenci s hmotností 2000 a více g nenarození v daném zdravotnickém zařízení mimo CVSP	0,50896	-	-
16-I01	16-I01-01	Chirurgický nebo endovaskulární výkon na slezině u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-4	3,12537	-	-
16-I01	16-I01-02	Chirurgický nebo endovaskulární výkon na slezině u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	1,94073	-	-
16-I02	16-I02-00	Odstranění brzlíku pro onemocnění brzlíku	1,50887	-	-
16-I04	16-I04-01	Odstranění krčních mízních uzlin pro zvětšení nebo zánět nebo odstranění mízních uzlin pro zvětšení nebo zánět u pacientů s CC=2-4	0,93818	-	-
16-I04	16-I04-02	Odstranění mízních uzlin mimo krční pro zvětšení nebo zánět u pacientů s CC=0-1	0,58612	-	-
19-I03	19-I03-00	Totální amputace penisu pro poruchy sexuálních funkcí	2,12718	-	-
19-I04	19-I04-00	Odstranění dělohy pro poruchy sexuálních funkcí	1,19003	-	-
19-I05	19-I05-00	Resekce prsu pro poruchy sexuálních funkcí	0,92782	-	-
19-I06	19-I06-00	Jiný chirurgický výkon pro poruchy sexuálních funkcí	0,88880	-	-
23-I01	23-I01-00	Odběr orgánů od zemřelého dárce	1,53082	-	-
23-I02	23-I02-00	Odběr jater od zdravého dárce	4,15931	-	-
23-I03	23-I03-00	Odběr ledviny od zdravého dárce	2,24094	-	-
23-I04	23-I04-00	Odběr dělohy od zdravé dárkyně	1,47240	-	-
23-M01	23-M01-00	Odběr krvetvorných buněk od zdravého dárce	0,28176	-	-

Část F

Homogenní hrazené služby klasifikované do bází, které byly v referenčním období hrazeny úhradou vyčleněnou z paušální úhrady a v hodnoceném období jsou hrazeny případovým paušálem

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část F - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
00-M06	00-M06-01	Alogenní transplantace krvetvorných buněk u dětí do 18 let věku	21,52134	HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti	0,75
00-M06	00-M06-02	Alogenní transplantace krvetvorných buněk u pacientů ve věku 18 a více let	16,65732	HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti	0,75
01-I10	01-I10-00	Odstranění brzlíku pro onemocnění nervosvalového přenosu	1,49158	PneumoOnko	0,75
03-I01	03-I01-01	Oboustranná endoprotéza čelistního kloubu	19,99072	-	-
03-I01	03-I01-02	Jednostranná endoprotéza čelistního kloubu	9,88125	-	-
03-I02	03-I02-01	Zavedení oboustranného kochleárního implantátu	19,53969	-	-
03-I02	03-I02-02	Zavedení jednostranného kochleárního implantátu	9,30286	-	-
03-I02	03-I02-03	Zavedení aktivního středoušního implantátu	6,52531	-	-
03-I02	03-I02-04	Zavedení sluchového implantátu pro přímé kostní vedení	5,04361	-	-
03-I05	03-I05-01	Odstranění hrtanu nebo resekční výkon na hrtanu s odstraněním krčních mízních uzlin a se zavedením gastrostomie, umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=3-4	4,84152	OnkoDosp	0,75
03-I05	03-I05-02	Odstranění hrtanu nebo resekční výkon na hrtanu s odstraněním krčních mízních uzlin u pacientů s CC=0-2	4,21480	OnkoDosp	0,75
04-I06	04-I06-01	Miniinvazivní operace vpáčeného nebo ptačího hrudníku	2,70041	SpondyloChir	0,75
04-I06	04-I06-02	Operace vpáčeného nebo ptačího hrudníku otevřeným přístupem	2,08212	SpondyloChir	0,75
04-I11	04-I11-00	Odstranění dlahy po operaci vpáčeného nebo ptačího hrudníku	0,63193	SpondyloChir	0,75
05-I01	05-I01-01	Zavedení dlouhodobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 241 a více hodin (11 a více dní)	89,47005	-	-
05-I01	05-I01-02	Zavedení dlouhodobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní)	74,64529	-	-
05-I01	05-I01-03	Zavedení dlouhodobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 0-96 hodin (bez UPV nebo max. 4 dny)	58,57630	-	-
05-I02	05-I02-01	Zavedení krátkodobé až střednědobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 241 a více hodin (11 a více dní)	32,81923	-	-
05-I02	05-I02-02	Zavedení krátkodobé až střednědobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní)	29,29154	-	-

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část F - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
05-I02	05-I02-03	Zavedení krátkodobé až střednědobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 0-96 hodin (bez UPV nebo max. 4 dny)	15,01115	-	-
05-I03	05-I03-01	Zavedení jiné mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 241 a více hodin (11 a více dní)	25,38663	-	-
05-I03	05-I03-02	Zavedení jiné mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní)	16,55598	-	-
05-I03	05-I03-03	Dva operační výkony na srdci nebo aortě v různých dnech se zavedením jiné mechanické srdeční podpory	16,95184	-	-
05-I03	05-I03-04	Zavedení jiné mechanické srdeční podpory s nejvýše jedním operačním dnem na srdci nebo aortě	8,25158	-	-
05-I04	05-I04-01	Druhá a další reoperace vrozené srdeční vady na otevřeném srdci u dětí do 18 let	9,67606	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, Kardio, KardioDěti	0,75
05-I04	05-I04-02	První reoperace vrozené srdeční vady na otevřeném srdci u dětí do 18 let	7,02505	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, Kardio, KardioDěti	0,75
05-I05	05-I05-01	Primooperace vrozené srdeční vady na otevřeném srdci III-IV u dětí do 18 let	6,73465	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, Kardio, KardioDěti	0,75
05-I05	05-I05-02	Primooperace vrozené srdeční vady na otevřeném srdci I-II u dětí do 18 let	5,05328	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, Kardio, KardioDěti	0,75
05-I14	05-I14-01	Implantace kardioverteru-defibrilátoru s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	8,28386	-	-
05-I14	05-I14-02	Implantace kardioverteru-defibrilátoru se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	5,08011	-	-
05-I14	05-I14-03	Implantace dvoukomorového nebo subkutánního kardioverteru-defibrilátoru u pacientů s CC=0-3	4,81155	-	-
05-I14	05-I14-04	Implantace dvoudutinového nebo jednodutinového kardioverteru-defibrilátoru u pacientů s CC=0-3	4,04411	-	-
05-I15	05-I15-00	Chirurgická ablace poruchy srdečního rytmu	7,20594	-	-
05-I17	05-I17-00	Odstranění nebo chirurgická drenáž perikardu	3,77860	-	-
05-I18	05-I18-01	Roboticky asistovaný bypass nebo rekonstrukce na centrálních cévách v hrudní a břišní dutině	5,46495	-	-
05-I18	05-I18-02	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na centrálních cévách v hrudní a břišní dutině s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	5,95157	-	-

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část F - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
05-I18	05-I18-03	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na centrálních cévách v hrudní a břišní dutině s odstraněním uzávěru cévy nebo se závažnou vedlejší diagnózou nebo u pacientů s CC=2-3	3,93006	-	-
05-I18	05-I18-04	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na centrálních cévách v hrudní a břišní dutině u pacientů s CC=0-1	3,07745	-	-
05-I21	05-I21-01	Chirurgická implantace nebo extrakce stimulačních elektrod	4,20070	-	-
05-I21	05-I21-02	Transvenózní extrakce stimulačních elektrod	2,69399	-	-
05-I22	05-I22-00	Transplantace kůže nebo krytí defektu lalokem pro nemoc periferních cév	1,25738	-	-
05-I24	05-I24-01	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na periferních cévách mimo hrudní a břišní dutinu s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	4,84654	-	-
05-I24	05-I24-02	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na periferních cévách mimo hrudní a břišní dutinu s endovaskulárním výkonem ve stejný den u pacientů s CC=0-3	3,17777	-	-
05-I24	05-I24-03	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na periferních cévách mimo hrudní a břišní dutinu u pacientů s CC=2-3	2,82813	-	-
05-I24	05-I24-04	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na periferních cévách mimo hrudní a břišní dutinu u pacientů s CC=0-1	1,88223	-	-
05-I25	05-I25-01	Implantace kardiostimulátoru s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	3,29649	-	-
05-I25	05-I25-02	Implantace dvoukomorového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3	2,48144	-	-
05-I25	05-I25-03	Implantace dvoudutinového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3	1,32929	-	-
05-I25	05-I25-04	Implantace jednodutinového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3	1,06253	-	-
05-I26	05-I26-01	Trombektomie, embolektomie nebo endarterektomie centrálních a periferních cév v CVSP u pacientů s CC=1-4	1,85216	-	-
05-I26	05-I26-02	Trombektomie, embolektomie nebo endarterektomie centrálních a periferních cév v CVSP u pacientů s CC=0	1,27994	-	-
05-I26	05-I26-03	Trombektomie, embolektomie nebo endarterektomie centrálních a periferních cév mimo CVSP	1,30138	-	-
05-I29	05-I29-01	Vytvoření AV zkratu protézou pro onemocnění periferních tepen	1,13998	-	-
05-I29	05-I29-02	Vytvoření nebo úprava AV zkratu bez použití protézy pro onemocnění periferních tepen u pacientů s CC=2-4	1,18311	-	-
05-I29	05-I29-03	Vytvoření nebo úprava AV zkratu bez použití protézy pro onemocnění periferních tepen u pacientů s CC=0-1	0,69180	-	-

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část F - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
05-I30	05-I30-01	Operace povrchových končetinových žil s ošetřením refluxu otevřeným přístupem	0,52427	-	-
05-I30	05-I30-02	Operace povrchových končetinových žil termickými metodami	0,35748	-	-
05-I30	05-I30-03	Extirpace varikózních větví bez ošetření refluxu v žilních kmenech	0,46990	-	-
05-M01	05-M01-01	Katetrizační implantace nebo korekce chlopní s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	11,57759	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, Kardio, KardioDěti	0,75
05-M01	05-M01-02	Katetrizační implantace nebo korekce chlopní se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	9,29678	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, Kardio, KardioDěti	0,75
05-M01	05-M01-03	Katetrizační implantace nebo korekce chlopní u pacientů s CC=0-3	8,91688	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, Kardio, KardioDěti	0,75
05-M04	05-M04-01	Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro nemoc periferních cév s dalším operačním výkonem v jiný den u pacientů s CC=1-4	4,42080	-	-
05-M04	05-M04-02	Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro nemoc periferních cév s dalším operačním výkonem v jiný den u pacientů s CC=0	3,27184	-	-
05-M04	05-M04-03	Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro nemoc periferních cév s mechanickou aterektomií nebo trombektomií	2,82747	-	-
05-M04	05-M04-04	Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro nemoc periferních cév bez mechanické aterektomie a trombektomie	2,04118	-	-
05-M06	05-M06-01	Angioplastika 2 a více věnčitých tepen s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	3,74995	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, Kardio, KardioDěti	0,75
05-M06	05-M06-02	Angioplastika 1 věnčité tepny s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	3,27377	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, Kardio, KardioDěti	0,75
05-M06	05-M06-03	Komplexní angioplastika 2 a více věnčitých tepen za použití zobrazovacích nebo rotačních technik	2,38570	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, Kardio, KardioDěti	0,75
05-M06	05-M06-04	Komplexní angioplastika 1 věnčité tepny za použití zobrazovacích nebo rotačních technik	1,74619	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, Kardio, KardioDěti	0,75
05-M06	05-M06-05	Angioplastika 2 a více věnčitých tepen při akutním infarktu myokardu	1,96515	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, Kardio, KardioDěti	0,75
05-M06	05-M06-06	Angioplastika 1 věnčité tepny při akutním infarktu myokardu	1,54752	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, Kardio,	0,75

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část F - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
				KardioDěti	
05-M06	05-M06-07	Angioplastika 2 a více věnčitých tepen při jiném onemocnění srdce	1,58098	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, Kardio, KardioDěti	0,75
05-M06	05-M06-08	Angioplastika 1 věnčité tepny při jiném onemocnění srdce	1,14781	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, Kardio, KardioDěti	0,75
05-M07	05-M07-01	Angioplastika centrálních a periferních cév se zavedením stentgraftu	3,60982	-	-
05-M07	05-M07-02	Angioplastika centrálních a periferních cév s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	3,12884	-	-
05-M07	05-M07-03	Vícesegmentální angioplastika centrálních a periferních cév se zavedením stentu u pacientů s CC=0-3	1,94544	-	-
05-M07	05-M07-04	Angioplastika centrálních a periferních cév se zavedením stentu u pacientů s CC=0-3	1,51050	-	-
05-M07	05-M07-05	Vícesegmentální angioplastika centrálních a periferních cév bez zavedení stentu u pacientů s CC=0-3	1,62924	-	-
05-M07	05-M07-06	Angioplastika centrálních a periferních cév bez zavedení stentu u pacientů s CC=0-3	1,02487	-	-
05-M08	05-M08-00	Embolizace pro nemoc centrálních a periferních cév	2,63467	-	-
06-I01	06-I01-01	Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci stolice - zkušební i definitivní období	7,67880	-	-
06-I01	06-I01-02	Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci stolice - pouze definitivní období	5,44412	-	-
06-I01	06-I01-03	Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci stolice - pouze zkušební období	1,68884	-	-
06-I03	06-I03-00	Odstranění nebo resekce jícnu	6,44594	Jícen	0,9
06-I08	06-I08-00	Chirurgický výkon pro vrozenou vadu jícnu nebo žaludku	1,38720	-	-
06-I09	06-I09-01	Chirurgický výkon pro vrozenou vadu tenkého nebo tlustého střeva u dětí do 18 let věku	3,32304	-	-
06-I09	06-I09-02	Chirurgický výkon pro vrozenou vadu tenkého nebo tlustého střeva u pacientů ve věku 18 a více let	1,44253	-	-
06-I10	06-I10-00	Chirurgický výkon pro vrozenou vadu konečníku nebo řiti	2,13562	-	-
06-I11	06-I11-00	Chirurgický výkon na jícnu mimo resekce	1,82094	-	-
06-I16	06-I16-01	Výkon pro tříselnou nebo stehenní kýlu s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=3-4	1,53081	-	-

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část F - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
06-I16	06-I16-02	Laparoskopický výkon pro oboustrannou tříselnou nebo stehenní kýlu u pacientů s CC=0-2	0,95058	-	-
06-I16	06-I16-03	Laparoskopický výkon pro jednostrannou tříselnou nebo stehenní kýlu u pacientů s CC=0-2	0,74602	-	-
06-I16	06-I16-04	Otevřený chirurgický výkon pro tříselnou nebo stehenní kýlu u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-2	0,64789	-	-
06-I16	06-I16-05	Otevřený chirurgický výkon pro tříselnou nebo stehenní kýlu u dětí do 16 let věku s CC=0-2	0,46566	-	-
06-I17	06-I17-01	Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=3-4	2,81696	-	-
06-I17	06-I17-02	Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu s použitím implantátu nebo korekce rozestupu přímých svalů břišních u pacientů s CC=0-2	0,96361	-	-
06-I17	06-I17-03	Výkon pro recidivující břišní nebo pupeční kýlu u pacientů s CC=0-2	0,87841	-	-
06-I17	06-I17-04	Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-2	0,46157	-	-
06-I17	06-I17-05	Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu u dětí do 16 let věku s CC=0-2	0,39446	-	-
08-I01	08-I01-01	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění páteře a míchy - zkušební i definitivní období	7,67880	-	-
08-I01	08-I01-02	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění páteře a míchy - pouze definitivní období	6,22912	-	-
08-I01	08-I01-03	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění páteře a míchy - pouze zkušební období	1,80057	-	-
08-I02	08-I02-00	Implantace elektronické lékové pumpy pro onemocnění páteře a míchy nebo syndrom ochrnutí	8,25266	-	-
08-I03	08-I03-01	Operace páteře s instrumentací 9 a více segmentů	8,26921	SpondyloChir	0,75
08-I03	08-I03-02	Operace páteře s instrumentací 5 až 8 segmentů	5,07132	SpondyloChir	0,75
08-I03	08-I03-03	Operace páteře s instrumentací 3 až 4 segmentů pro novotvar nebo poranění mimo krční páteř	3,97140	SpondyloChir	0,75
08-I03	08-I03-04	Operace páteře s instrumentací 3 až 4 segmentů pro jiná onemocnění mimo krční páteř	3,39265	SpondyloChir	0,75
08-I03	08-I03-05	Operace páteře s instrumentací nejvýše 2 segmentů pro novotvar nebo poranění mimo krční páteř	2,87145	SpondyloChir	0,75
08-I03	08-I03-06	Operace páteře s instrumentací nejvýše 2 segmentů pro jiná onemocnění mimo krční páteř	2,81180	SpondyloChir	0,75
08-I03	08-I03-07	Operace páteře s instrumentací pro poranění krční páteře	2,38389	SpondyloChir	0,75

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část F - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
08-I03	08-I03-08	Operace páteře s instrumentací pro jiná onemocnění krční páteře	1,73809	SpondyloChir	0,75
08-I07	08-I07-01	Implantace tumorózní endoprotézy nebo reimplantace/revize/odstranění endoprotézy hlezna	1,55303	-	-
08-I07	08-I07-02	Implantace totální endoprotézy hlezna	1,55303	-	-
08-I09	08-I09-01	Implantace tumorózní endoprotézy nebo reimplantace/revize/odstranění endoprotézy lokte	2,86434	-	-
08-I09	08-I09-02	Implantace totální endoprotézy lokte	2,86434	-	-
08-I09	08-I09-03	Implantace endoprotézy hlavičky radia	1,39790	-	-
09-I06	09-I06-01	Resekce prsu včetně odstranění mízních uzlin a rekonstrukce implantátem obou prsů	2,12642	-	-
09-I06	09-I06-02	Resekce prsu včetně odstranění mízních uzlin a rekonstrukce implantátem jednoho prsu	1,65825	-	-
09-I06	09-I06-03	Resekce obou prsů včetně odstranění mízních uzlin nebo resekce jednoho prsu včetně odstranění mízních uzlin u pacientů s CC=1-4 v CVSP	1,22648	-	-
09-I06	09-I06-04	Resekce jednoho prsu včetně odstranění mízních uzlin v CVSP u pacientů s CC=0	0,86389	-	-
09-I06	09-I06-05	Resekce prsu včetně odstranění mízních uzlin mimo CVSP	0,83794	-	-
09-I09	09-I09-01	Resekce obou prsů pro zhoubný novotvar nebo resekce jednoho prsu pro zhoubný novotvar u pacientů s CC=1-4 v CVSP	1,00313	-	-
09-I09	09-I09-02	Resekce jednoho prsu pro zhoubný novotvar v CVSP u pacientů s CC=0	0,76157	-	-
09-I09	09-I09-03	Resekce prsu pro zhoubný novotvar mimo CVSP	0,71667	-	-
09-I09	09-I09-04	Resekce obou prsů pro ostatní onemocnění nebo resekce jednoho prsu pro ostatní onemocnění u pacientů s CC=1-4	0,76131	-	-
09-I09	09-I09-05	Resekce jednoho prsu pro ostatní onemocnění u pacientů s CC=0	0,44766	-	-
10-I11	10-I11-00	Chirurgický výkon pro onemocnění nadledviny	1,88060	OnkoUro	0,75
11-I02	11-I02-00	Implantace arteficiálního sfinkteru	4,52140	-	-
11-I03	11-I03-01	Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci moči - zkušební i definitivní období	7,67880	-	-
11-I03	11-I03-02	Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci moči - pouze definitivní období	5,91051	-	-
11-I03	11-I03-03	Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci moči - pouze zkušební období	1,78802	-	-
11-I04	11-I04-01	Odstranění ledviny včetně nadledviny, močovodu nebo mízních uzlin s dalším	4,36467	-	-

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část F - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
		operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4			
11-I04	11-I04-02	Odstranění ledviny včetně nadledviny, močovodu nebo mízních uzlin u pacientů s CC=0-3	2,51902	-	-
11-I05	11-I05-00	Odstranění mízních uzlin pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy	2,77968	OnkoUro	0,75
11-I06	11-I06-01	Odstranění nebo resekce močovodu pro závažnou hlavní diagnózu nebo u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-4	2,35216	-	-
11-I06	11-I06-02	Odstranění nebo resekce močovodu u pacientů s CC=0-1	2,08118	-	-
11-I07	11-I07-01	Roboticky asistovaná resekce ledviny	2,36874	OnkoDosp, OnkoUro, Trans	0,75
11-I07	11-I07-02	Resekce ledviny s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	3,99739	OnkoDosp, OnkoUro, Trans	0,75
11-I07	11-I07-03	Resekce ledviny u pacientů s CC=2-3	2,49791	OnkoDosp, OnkoUro, Trans	0,75
11-I07	11-I07-04	Resekce ledviny u pacientů s CC=0-1	1,79619	OnkoDosp, OnkoUro, Trans	0,75
11-I08	11-I08-01	Odstranění ledviny s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	5,11258	OnkoDosp, OnkoUro, Trans	0,75
11-I08	11-I08-02	Odstranění ledviny u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-3	2,80144	OnkoDosp, OnkoUro, Trans	0,75
11-I08	11-I08-03	Odstranění ledviny u pacientů s CC=0-1	1,82403	OnkoDosp, OnkoUro, Trans	0,75
11-I14	11-I14-01	Závěsná nebo slingová operace močové trubice u mužů	1,12677	-	-
11-I14	11-I14-02	Závěsná nebo slingová operace močové trubice u žen	0,58298	-	-
12-I02	12-I02-01	Roboticky asistované odstranění prostaty včetně mízních uzlin	2,63001	OnkoDosp, OnkoUro	0,75
12-I02	12-I02-02	Laparoskopické odstranění prostaty včetně mízních uzlin	1,99325	OnkoDosp, OnkoUro	0,75
12-I02	12-I02-03	Odstranění prostaty včetně mízních uzlin otevřeným způsobem	1,87270	OnkoDosp, OnkoUro	0,75
12-I03	12-I03-01	Roboticky asistované odstranění prostaty bez mízních uzlin	2,28246	-	-
12-I03	12-I03-02	Laparoskopické odstranění prostaty bez mízních uzlin	2,00794	-	-
12-I03	12-I03-03	Odstranění prostaty bez mízních uzlin otevřeným způsobem pro zhoubný novotvar	1,90757	-	-
12-I03	12-I03-04	Odstranění prostaty bez mízních uzlin otevřeným způsobem pro ostatní hlavní diagnózy	1,70700	-	-
12-I10	12-I10-01	Laparoskopický rekonstrukční výkon pro onemocnění varlat nebo testikulárních adnex	0,72405	-	-
12-I10	12-I10-02	Rekonstrukční výkon otevřeným přístupem nebo exploratorní výkon pro onemocnění varlat nebo testikulárních adnex	0,52774	-	-

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část F - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
12-I13	12-I13-01	Laparoskopické odstranění varikokély nebo odstranění varikokély, hydrokély nebo spermatokély otevřeným přístupem u pacientů s CC=3-4	0,70868	-	-
12-I13	12-I13-02	Odstranění varikokély, hydrokély a spermatokély otevřeným přístupem u pacientů s CC=0-2	0,51539	-	-
12-M02	12-M02-01	Transuretrální odstranění prostaty u pacientů s CC=1-4	1,19990	-	-
12-M02	12-M02-02	Transuretrální odstranění prostaty u pacientů s CC=0	0,95440	-	-
13-I03	13-I03-01	Resekční výkon na trávicí soustavě nebo ledvině pro extragenitální endometriózu	2,57109	-	-
13-I03	13-I03-02	Resekční výkon na trávicí soustavě pro rektokélu	1,46588	-	-
17-I01	17-I01-00	Rozsáhlý resekční výkon v dutině břišní nebo pánevní pro onemocnění krvetvorby nebo špatně diferencované novotvary	6,04056	OnkoDosp	0,75
17-I04	17-I04-01	Resekční výkon na trávicí soustavě, játrech nebo odstranění omenta s následným operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	6,73651	OnkoDosp	0,75
17-I04	17-I04-02	Resekční výkon na trávicí soustavě, játrech nebo odstranění omenta u pacientů s CC=0-3	2,78724	OnkoDosp	0,75
17-I05	17-I05-01	Rozsáhlý resekční výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách se zavedením gastrostomie, umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=4	5,22052	OnkoDosp	0,75
17-I05	17-I05-02	Rozsáhlý resekční výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách u pacientů s CC=0-3	3,05250	OnkoDosp	0,75
17-I06	17-I06-01	Resekční výkon v retroperitoneu, pánvi, dutině hrudní nebo odstranění sleziny s následným operačním výkonem v jiný den nebo u dětí do 18 let věku nebo u pacientů s CC=4	4,63672	OnkoDosp	0,75
17-I06	17-I06-02	Resekční výkon v retroperitoneu, pánvi, dutině hrudní nebo odstranění sleziny u pacientů s CC=0-3	1,90119	OnkoDosp	0,75
17-I07	17-I07-01	Resekční výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách u pacientů s CC=3-4	3,50382	OnkoDosp	0,75
17-I07	17-I07-02	Resekční výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách u pacientů s CC=0-2	1,98187	OnkoDosp	0,75
19-I01	19-I01-01	Implantace zařízení pro hlubokou mozkovou stimulaci pro nemoci a poruchy duševní - bilaterální	12,26839	-	-
19-I01	19-I01-02	Implantace zařízení pro hlubokou mozkovou stimulaci pro nemoci a poruchy duševní - unilaterální	4,69727	-	-
19-I02	19-I02-01	Rekonstrukční výkon pro poruchy sexuálních funkcí zahrnující volný	4,65066	-	-

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část F - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
		přenos dvou a více laloků nebo volný přenos jednoho laloku u pacientů s CC=2-4			
19-I02	19-I02-02	Rekonstrukční výkon pro poruchy sexuálních funkcí zahrnující volný přenos jednoho laloku u pacientů s CC=0-1	3,32374	-	-
23-I05	23-I05-01	Profylaktické odstranění prsu včetně rekonstrukce autologní tkání	3,45226	OnkoDosp	0,75
23-I05	23-I05-02	Profylaktické odstranění prsu včetně rekonstrukce implantátem obou prsů	1,61727	OnkoDosp	0,75
23-I05	23-I05-03	Profylaktické odstranění prsu včetně rekonstrukce implantátem jednoho prsu	1,34866	OnkoDosp	0,75
23-I06	23-I06-01	Profylaktické odstranění obou prsů bez rekonstrukce nebo profylaktické odstranění jednoho prsu u pacientek s CC=2-4	1,10717	OnkoDosp	0,75
23-I06	23-I06-02	Profylaktické odstranění jednoho prsu bez rekonstrukce u pacientek s CC=0-1	0,77409	OnkoDosp	0,75
23-I07	23-I07-00	Profylaktické odstranění dělohy	1,41429	OnkoDosp	0,75
23-I08	23-I08-00	Profylaktické odstranění děložních adnex	0,79050	OnkoDosp	0,75
24-M01	24-M01-01	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 22-42 dnů po předchozí operaci páteře včetně instrumentace	9,46830	TraumaDosp, TraumaDěti, Cerebro	0,75
24-M01	24-M01-02	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 22-42 dnů po předchozí operaci páteře bez instrumentace	7,31995	TraumaDosp, TraumaDěti, Cerebro	0,75
24-M01	24-M01-03	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 22-42 dnů bez předchozí operace páteře	5,23380	TraumaDosp, TraumaDěti, Cerebro	0,75
24-M02	24-M02-01	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 43-63 dnů po předchozí operaci páteře včetně instrumentace	13,24426	TraumaDosp, TraumaDěti, Cerebro	0,75
24-M02	24-M02-02	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 43-63 dnů bez předchozí operace páteře s instrumentací	8,63201	TraumaDosp, TraumaDěti, Cerebro	0,75
24-M03	24-M03-01	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 64 a více dnů po předchozí operaci páteře včetně instrumentace	14,75896	TraumaDosp, TraumaDěti, Cerebro	0,75
24-M03	24-M03-02	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 64 a více dnů bez předchozí operace páteře s instrumentací	10,39349	TraumaDosp, TraumaDěti, Cerebro	0,75

Část G

Hrazené služby klasifikované do bází, které byly v referenčním období hrazeny případovým paušálem a v hodnoceném období jsou rovněž hrazeny případovým paušálem

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část G - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
00-D01	00-D01-01	Kontrolní biopsie transplantovaného srdce nebo plic	0,69722	Trans, KompKardioDosp_T	0,75
00-D01	00-D01-02	Kontrolní biopsie pro transplantovanou ledvinu nebo slinivku	0,57469	Trans	0,75
00-D01	00-D01-03	Kontrolní biopsie transplantovaných jater	0,33293	Trans	0,75
00-I01	00-I01-01	Transplantace plic u pacientů s UPV 1009 a více hodin (43 a více dnů)	97,14172	Trans, KompKardioDosp_T	0,75
00-I01	00-I01-02	Transplantace plic u pacientů s UPV 241-1008 hodin (11-42 dnů)	51,50949	Trans, KompKardioDosp_T	0,75
00-I01	00-I01-03	Transplantace plic u pacientů s UPV do 240 hodin (do 10 dnů)	25,35335	Trans, KompKardioDosp_T	0,75
00-I02	00-I02-01	Transplantace srdce u pacientů s dlouhodobou srdeční podporou	89,47005	Trans, KompKardioDosp_T	0,75
00-I02	00-I02-02	Transplantace srdce u pacientů s jiným typem srdeční podpory	61,58104	Trans, KompKardioDosp_T	0,75
00-I02	00-I02-03	Transplantace srdce u pacientů bez srdeční podpory	23,16243	Trans, KompKardioDosp_T	0,75
00-I03	00-I03-01	Transplantace jater s UPV 505 a více hodin (22 a více dnů)	57,99471	Trans, KompKardioDosp_T	0,75
00-I03	00-I03-02	Transplantace jater s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů)	32,29257	Trans, KompKardioDosp_T	0,75
00-I03	00-I03-03	Transplantace jater u pacientů s CC=4	16,02540	Trans, KompKardioDosp_T	0,75
00-I03	00-I03-04	Transplantace jater u pacientů s CC=0-3	12,69128	Trans, KompKardioDosp_T	0,75
00-I04	00-I04-00	Transplantace slinivky	11,88385	Trans, KompKardioDosp_T	0,75
00-I05	00-I05-01	Transplantace ledviny u pacientů s CC=3-4	10,64016	Trans	0,75
00-I05	00-I05-02	Transplantace ledviny u pacientů s CC=0-2	6,75403	Trans	0,75
00-M07	00-M07-00	Autologní transplantace krvetvorných buněk pro hematoonkologické onemocnění vyjma mnohočetného myelomu	9,97913	HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti	0,75
00-M08	00-M08-00	Autologní transplantace krvetvorných buněk pro mnohočetný myelom	4,28240	HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti	0,75
00-M09	00-M09-01	Autologní transplantace krvetvorných buněk při jiném onemocnění než hematoonkologickém u dětí do 18 let věku	7,54730	HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti	0,75
00-M09	00-M09-02	Autologní transplantace krvetvorných buněk při jiném onemocnění než hematoonkologickém u pacientů ve věku 18 a více let	5,93363	HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti	0,75
00-M10	00-M10-01	Odběr krvetvorných buněk pro autologní transplantaci při hematoonkologickém onemocnění u pacientů s CC=3-4	1,55727	HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti	0,75

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část G - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
00-M10	00-M10-02	Odběr krvetvorných buněk pro autologní transplantaci při hematoonkologickém onemocnění u pacientů s CC=0-2	1,02488	HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti	0,75
00-M11	00-M11-01	Odběr krvetvorných buněk pro autologní transplantaci při jiném onemocnění než hematoonkologickém u pacientů s CC=3-4	2,40724	HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti	0,75
00-M11	00-M11-02	Odběr krvetvorných buněk pro autologní transplantaci při jiném onemocnění než hematoonkologickém u pacientů s CC=0-2	0,67674	HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti	0,75
01-I01	01-I01-01	Implantace zařízení pro hlubokou mozkovou stimulaci pro onemocnění nervové soustavy - bilaterální	12,26839	Cerebro, FarmEpilepsie, Iktus	0,75
01-I01	01-I01-02	Implantace zařízení pro hlubokou mozkovou stimulaci pro onemocnění nervové soustavy - unilaterální	4,69727	Cerebro, FarmEpilepsie, Iktus	0,75
01-I02	01-I02-00	Implantace zařízení pro kortikální mozkovou stimulaci	9,02767	Cerebro, Iktus	0,75
01-I03	01-I03-01	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění nervové soustavy - zkušební i definitivní období	7,67880	Cerebro, Iktus	0,75
01-I03	01-I03-02	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění nervové soustavy - pouze definitivní období	7,29871	Cerebro, Iktus	0,75
01-I03	01-I03-03	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění nervové soustavy - pouze zkušební období	1,82070	Cerebro, Iktus	0,75
01-I04	01-I04-00	Implantace elektronické lékové pumpy pro onemocnění nervové soustavy	8,25266	Cerebro, RS, Iktus	0,75
01-I05	01-I05-00	Implantace zařízení pro stimulaci bloudivého nervu	5,36551	Cerebro, FarmEpilepsie, Iktus	0,75
01-I08	01-I08-01	Kraniofaciální operace pro vrozené vady	6,20215	Cerebro, Iktus	0,75
01-I08	01-I08-02	Chirurgický výkon na úrovni lebky a tvrdé pleny s dalším operačním výkonem v jiný den nebo s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo u pacientů s CC=3-4	3,47129	Cerebro, Iktus	0,75
01-I08	01-I08-03	Chirurgický výkon na úrovni lebky a tvrdé pleny u dětí do 18 let věku	2,43378	Cerebro, Iktus	0,75
01-I08	01-I08-04	Chirurgický výkon na úrovni lebky a tvrdé pleny u pacientů ve věku 18 a více let	1,21109	Cerebro, Iktus	0,75
01-M01	01-M01-01	Embolizace s angioplastikou pro onemocnění nervové soustavy	6,48923	Cerebro, Iktus	0,75
01-M01	01-M01-02	Embolizace pro krvácení do mozku	5,39169	Cerebro, Iktus	0,75
01-M01	01-M01-03	Embolizace pro jiná onemocnění nervové soustavy	3,95038	Cerebro, Iktus	0,75
03-I03	03-I03-01	Mikrochirurgický plastický výkon pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku	8,56529	OnkoDosp	0,75

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část G - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
03-I03	03-I03-02	Jiný plastický nebo rekonstrukční výkon kostí lebky pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku	5,14892	OnkoDosp	0,75
03-I04	03-I04-01	Resekce poloviny obličeje, totální resekce horní čelisti nebo jiný rozsáhlý resekční výkon na čelisti nebo obličeji pro zhoubný novotvar se zavedením gastrostomie, umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=3-4	4,41387	OnkoDosp	0,75
03-I04	03-I04-02	Jiný rozsáhlý resekční výkon na čelisti nebo obličeji pro zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2	3,07267	OnkoDosp	0,75
03-I06	03-I06-01	Resekční výkon na hltanu se zavedením gastrostomie, umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=3-4	4,80784	OnkoDosp	0,75
03-I06	03-I06-02	Resekční výkon na hltanu u pacientů s CC=0-2	3,23823	OnkoDosp	0,75
04-I02	04-I02-01	Roboticky asistovaná anatomická resekce plic	3,32599	PneumoOnko	0,75
04-I02	04-I02-02	Anatomická resekce plic s dalším operačním výkonem v jiný den	6,51101	PneumoOnko	0,75
04-I02	04-I02-03	Anatomická resekce plic u pacientů s CC=3-4	4,47848	PneumoOnko	0,75
04-I02	04-I02-04	Anatomická resekce plic provedená thorakoskopicky u pacientů s CC=0-2	3,00647	PneumoOnko	0,75
04-I02	04-I02-05	Anatomická resekce plic provedená otevřeným přístupem u pacientů s CC=0-2	2,75588	PneumoOnko	0,75
04-I03	04-I03-01	Extraanatomická resekce plic s dalším operačním výkonem v jiný den	4,49828	PneumoOnko	0,75
04-I03	04-I03-02	Extraanatomická resekce plic u pacientů s CC=3-4	3,40566	PneumoOnko	0,75
04-I03	04-I03-03	Extraanatomická resekce plic pro závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-2	2,35011	PneumoOnko	0,75
04-I03	04-I03-04	Extraanatomická resekce plic pro méně závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-2	1,76382	PneumoOnko	0,75
04-I05	04-I05-01	Velký chirurgický výkon v dutině hrudní nebo na hrudníku mimo resekce plic s dalším operačním výkonem v jiný den	5,49049	PneumoOnko	0,75
04-I05	04-I05-02	Velký chirurgický výkon v dutině hrudní nebo na hrudníku mimo resekce plic u pacientů s CC=3-4	3,92166	PneumoOnko	0,75
04-I05	04-I05-03	Velký chirurgický výkon v dutině hrudní nebo na hrudníku mimo resekce plic u pacientů s CC=0-2	1,84868	PneumoOnko	0,75
05-I06	05-I06-01	Roboticky asistovaná náhrada nebo plastika 2 a více chlopní	7,72649	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I06	05-I06-02	Náhrada nebo plastika 2 a více chlopní s dalším provedeným výkonem v jiný den nebo provedená jako urgentní výkon	10,06886	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část G - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
		nebo se závažnou hlavní nebo vedlejší diagnózou nebo u pacientů s CC=4			
05-I06	05-I06-03	Náhrada nebo plastika 2 a více chlopní se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	7,99164	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I06	05-I06-04	Náhrada nebo plastika 2 a více chlopní u pacientů s CC=0-3	7,00212	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I07	05-I07-01	Chirurgický výkon na kořeni aorty s dalším provedeným výkonem v jiný den nebo provedený jako urgentní výkon nebo s endokarditidou na pozici hlavní nebo vedlejší diagnózy nebo u pacientů s CC=4	11,80687	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I07	05-I07-02	Chirurgický výkon na kořeni aorty se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	8,31455	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I07	05-I07-03	Chirurgický výkon na kořeni aorty u pacientů s CC=0-3	7,28932	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I08	05-I08-01	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce aorty mimo břišní s dalším operačním výkonem v jiný den nebo provedená jako urgentní výkon nebo u pacientů s CC=4	9,77457	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I08	05-I08-02	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce aorty mimo břišní u pacientů s CC=0-3	6,78299	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I09	05-I09-00	Chirurgický výkon na plicním řečišti	6,13229	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I10	05-I10-01	Roboticky asistovaná náhrada mitrální nebo trikuspidální chlopně	7,67290	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I10	05-I10-02	Náhrada mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopně s dalším provedeným výkonem v jiný den nebo provedená jako urgentní výkon nebo s endokarditidou na pozici hlavní či vedlejší diagnózy nebo u pacientů s CC=4	9,67901	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I10	05-I10-03	Náhrada mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopně se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	7,90325	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I10	05-I10-04	Náhrada mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopně u pacientů s CC=0-3	6,47091	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I11	05-I11-01	Roboticky asistovaná plastika mitrální nebo trikuspidální chlopně	7,75372	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I11	05-I11-02	Plastika nebo jiný výkon na mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopni s dalším provedeným výkonem v jiný den nebo provedená jako urgentní výkon nebo s endokarditidou na pozici hlavní nebo vedlejší diagnózy nebo u pacientů s CC=4	9,49380	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I11	05-I11-03	Plastika nebo jiný výkon na mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopni se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	7,26015	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I11	05-I11-04	Plastika nebo jiný výkon na mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopni u pacientů s CC=0-3	6,14213	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I12	05-I12-01	Náhrada nebo plastika aortální chlopně s dalším provedeným výkonem v jiný	8,54104	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část G - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
		den nebo provedená jako urgentní výkon nebo s endokarditidou na pozici hlavní nebo vedlejší diagnózy nebo u pacientů s CC=4			
05-I12	05-I12-02	Náhrada nebo plastika aortální chlopně se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	7,89684	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I12	05-I12-03	Náhrada nebo plastika aortální chlopně u pacientů s CC=0-3	6,05947	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I13	05-I13-01	Roboticky asistovaný chirurgický výkon na srdečních síních nebo komorách	7,59451	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I13	05-I13-02	Chirurgický výkon na srdečních síních nebo komorách s dalším provedeným výkonem v jiný den nebo provedený jako urgentní výkon nebo u pacientů s CC=4	8,88281	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I13	05-I13-03	Chirurgický výkon na srdečních síních nebo komorách se srdeční katetrizací	7,28434	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I13	05-I13-04	Chirurgický výkon na srdečních síních nebo komorách bez srdeční katetrizace	5,68734	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I16	05-I16-01	Roboticky asistovaný aortokoronární bypass	4,29639	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I16	05-I16-02	Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	7,01479	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I16	05-I16-03	Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách s chirurgickou ablací u pacientů s CC=0-3	6,78740	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I16	05-I16-04	Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	5,56336	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I16	05-I16-05	Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách ze sternotomie pro závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-3	5,36876	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I16	05-I16-06	Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách ze sternotomie u pacientů s CC=0-3	5,05655	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I16	05-I16-07	Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách z minitorakotomie u pacientů s CC=0-3	3,11443	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,75
05-I19	05-I19-01	Složitá korekce vrozené srdeční vady na zavřeném srdci u dětí do 18 let	3,68220	KompKardioDěti_T	0,75
05-I19	05-I19-02	Jednoduchá korekce vrozené srdeční vady na zavřeném srdci u dětí do 18 let	3,25844	KompKardioDěti_T	0,75
05-M02	05-M02-01	Endovaskulární nebo komplexní chirurgický výkon na aortě s dalším operačním výkonem v jiný den nebo provedený jako urgentní výkon nebo u pacientů s CC=4	9,86361	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, Kardio, KardioDěti	0,75
05-M02	05-M02-02	Endovaskulární nebo komplexní chirurgický výkon na aortě s otevřeným operačním výkonem ve stejný den u pacientů s CC=0-3	7,02085	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, Kardio, KardioDěti	0,75

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část G - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
05-M02	05-M02-03	Endovaskulární nebo komplexní chirurgický výkon na aortě u pacientů s CC=0-3	6,13181	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, Kardio, KardioDěti	0,75
05-M03	05-M03-00	Endovaskulární výkon na srdci	2,77356	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, Kardio, KardioDěti	0,75
05-M05	05-M05-01	Katetrizační ablace s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	4,99776	-	-
05-M05	05-M05-02	Katetrizační ablace komplexních forem arytmií	3,09419	-	-
05-M05	05-M05-03	Katetrizační ablace jednoduchých forem arytmií	1,74633	-	-
05-M05	05-M05-04	Katetrizační ablace atrioventrikulární junkce	1,23853	-	-
07-I01	07-I01-01	Velká resekce slinivky břišní s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	9,19160	HPB	0,9
07-I01	07-I01-02	Velká resekce slinivky břišní u pacientů s CC=0-3	5,28253	HPB	0,9
07-I02	07-I02-01	Velká resekce jater s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	8,01393	HPB	0,9
07-I02	07-I02-02	Velká resekce jater u pacientů s CC=0-3	3,49815	HPB	0,9
07-I03	07-I03-01	Jiná resekce slinivky břišní s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=3-4	5,25389	HPB	0,9
07-I03	07-I03-02	Jiná resekce slinivky břišní u pacientů s CC=0-2	3,24083	HPB	0,9
07-I04	07-I04-01	Jiná resekce jater s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=3-4	4,27487	HPB	0,9
07-I04	07-I04-02	Jiná resekce jater u pacientů s CC=0-2	2,04121	HPB	0,9
08-I04	08-I04-01	Operace páteře bez instrumentace pro poranění nebo novotvar	2,39843	SpondyloChir, OnkoDosp, TraumaDosp	0,75
08-I04	08-I04-02	Operace páteře bez instrumentace pro jiná onemocnění u dětí do 16 let nebo u pacientů ve věku 60 a více let	1,45424	SpondyloChir, OnkoDosp, TraumaDosp, TraumaDěti	0,75
08-I04	08-I04-03	Operace páteře bez instrumentace pro jiná onemocnění u pacientů ve věku 16-59 let	1,14342	SpondyloChir, OnkoDosp, TraumaDosp	0,75
08-I27	08-I27-01	Krytí defektu volným přenosem dvou a více laloků nebo kostí pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání nebo krytí defektu volným přenosem jednoho laloku nebo kosti u pacientů s CC=2-4	4,41120	-	-
08-I27	08-I27-02	Krytí defektu volným přenosem jednoho laloku či kosti pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=0-1	3,39645	-	-

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část G - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
09-I01	09-I01-01	Krytí defektu volným přenosem dvou a více laloků nebo kostí pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu nebo krytí defektu volným přenosem jednoho laloku nebo kosti u pacientů s CC=2-4	4,40417	OnkoDosp	0,75
09-I01	09-I01-02	Krytí defektu volným přenosem jednoho laloku nebo kosti pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0-1	3,23727	OnkoDosp	0,75
09-I03	09-I03-00	Kranioplastika	2,10386	OnkoDosp, TraumaDosp, TraumaDěti	0,75
09-I07	09-I07-01	Resekce prsu včetně rekonstrukce implantátem obou prsů	1,44839	OnkoDosp	0,75
09-I07	09-I07-02	Resekce prsu včetně rekonstrukce implantátem jednoho prsu	1,12163	OnkoDosp	0,75
09-I08	09-I08-01	Rekonstrukce obou prsů implantátem	1,17617	OnkoDosp	0,75
09-I08	09-I08-02	Rekonstrukce jednoho prsu implantátem nebo rekonstrukce obou prsů místní tkání	0,99691	OnkoDosp	0,75
09-I08	09-I08-03	Rekonstrukce jednoho prsu místní tkání	0,78875	OnkoDosp	0,75
10-I01	10-I01-00	Transplantace pankreatických ostrůvků	3,27805	Trans	0,75
11-I01	11-I01-01	Odstranění močového měchýře s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	6,73864	OnkoDosp, OnkoUro	0,75
11-I01	11-I01-02	Odstranění močového měchýře u pacientů s CC=0-3	4,49316	OnkoDosp, OnkoUro	0,75
12-I05	12-I05-00	Odstranění mízních uzlin pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy	1,96994	OnkoUro	0,75
13-I01	13-I01-00	Exenterace pánevních orgánů pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy	5,58437	OnkoGyn	0,5
13-I02	13-I02-01	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů pro zhoubný novotvar včetně rozsáhlého resekčního výkonu na okolních tkáních v alespoň 2 lokalizacích	5,79170	OnkoGyn	0,5
13-I02	13-I02-02	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů pro zhoubný novotvar včetně rozsáhlého resekčního výkonu na okolních tkáních v právě 1 lokalizaci u pacientek s CC=4	5,79170	OnkoGyn	0,5
13-I02	13-I02-03	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů pro zhoubný novotvar včetně rozsáhlého resekčního výkonu na okolních tkáních v právě 1 lokalizaci u pacientek s CC=2-3	3,24936	OnkoGyn	0,5
13-I02	13-I02-04	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů pro zhoubný novotvar včetně rozsáhlého resekčního výkonu na okolních tkáních v právě 1 lokalizaci u pacientek s CC=0-1	2,57943	OnkoGyn	0,5
13-I04	13-I04-01	Roboticky asistované odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar	2,49485	OnkoGyn	0,5
13-I04	13-I04-02	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální	4,62870	OnkoGyn	0,5

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část G - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
		omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=4			
13-I04	13-I04-03	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=2-3	3,36590	OnkoGyn	0,5
13-I04	13-I04-04	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=0-1	1,94125	OnkoGyn	0,5
13-I05	13-I05-01	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně výkonu na mízních uzlinách pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4	4,62870	OnkoGyn	0,5
13-I05	13-I05-02	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně výkonu na mízních uzlinách pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního u pacientek s CC=0-2	1,64519	OnkoGyn	0,5
13-I05	13-I05-03	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně výkonu na mízních uzlinách pro zhoubný novotvar hrdla děložního u pacientek s CC=0-2	1,63601	OnkoGyn	0,5
13-I06	13-I06-01	Radikální odstranění vulvy nebo pochvy pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4	4,53502	OnkoGyn	0,5
13-I06	13-I06-02	Radikální odstranění vulvy nebo pochvy pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=0-2	1,72584	OnkoGyn	0,5
13-I07	13-I07-01	Odstranění mízních uzlin pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního	1,95508	OnkoGyn	0,5
13-I07	13-I07-02	Odstranění mízních uzlin pro zhoubný novotvar hrdla děložního	1,50820	OnkoGyn	0,5
13-I07	13-I07-03	Odstranění mízních uzlin pro zhoubný novotvar pochvy nebo vulvy	1,46712	OnkoGyn	0,5
13-I08	13-I08-01	Neradikální výkon pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního	1,64822	OnkoGyn	0,5
13-I08	13-I08-02	Neradikální výkon pro zhoubný novotvar hrdla děložního nebo pochvy	1,43897	OnkoGyn	0,5
13-I08	13-I08-03	Neradikální výkon pro novotvar in situ ženské reprodukční soustavy	1,24810	OnkoGyn	0,5
14-I06	14-I06-01	Intrauterinní výkon na plodu při mnohočetném těhotenství	0,82467	IntenzivníPerinat	0,75
14-I06	14-I06-02	Intrauterinní výkon na plodu při těhotenství jednoho dítěte	0,53229	IntenzivníPerinat	0,75
15-I02	15-I02-01	Chirurgický výkon na oběhové soustavě, dýchací soustavě nebo na jícnu u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 1009 a více hodin (43 a více dní)	30,31035	IntenzivníPerinat	0,75
15-I02	15-I02-02	Chirurgický výkon na oběhové soustavě, dýchací soustavě nebo na jícnu u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 505-1008 hodin (22-42 dní)	23,85375	IntenzivníPerinat	0,75
15-I02	15-I02-03	Chirurgický výkon na oběhové soustavě, dýchací soustavě nebo na jícnu u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 241-504 hodin (11-21 dní)	13,32783	IntenzivníPerinat	0,75

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část G - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
15-I02	15-I02-04	Chirurgický výkon na oběhové soustavě, dýchací soustavě nebo na jícnu u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní)	11,05504	IntenzivníPerinat	0,75
15-I02	15-I02-05	Chirurgický výkon na oběhové soustavě, dýchací soustavě nebo na jícnu u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 0-96 hodin (0-4 dny)	5,67418	IntenzivníPerinat	0,75
15-I03	15-I03-01	Chirurgický výkon na centrální nervové soustavě nebo lebce u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 1009 a více hodin (43 a více dní)	30,31035	IntenzivníPerinat	0,75
15-I03	15-I03-02	Chirurgický výkon na centrální nervové soustavě nebo lebce u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 505-1008 hodin (22-42 dní)	23,85146	IntenzivníPerinat	0,75
15-I03	15-I03-03	Chirurgický výkon na centrální nervové soustavě nebo lebce u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 241-504 hodin (11-21 dní)	13,32783	IntenzivníPerinat	0,75
15-I03	15-I03-04	Chirurgický výkon na centrální nervové soustavě nebo lebce u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní)	8,77724	IntenzivníPerinat	0,75
15-I03	15-I03-05	Chirurgický výkon na centrální nervové soustavě nebo lebce u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 0-96 hodin (0-4 dny)	4,89687	IntenzivníPerinat	0,75
15-I04	15-I04-01	Chirurgický výkon na trávicí nebo hepatobiliární soustavě u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 1009 a více hodin (43 a více dní)	30,31035	IntenzivníPerinat	0,75
15-I04	15-I04-02	Chirurgický výkon na trávicí nebo hepatobiliární soustavě u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 505-1008 hodin (22-42 dní)	23,80127	IntenzivníPerinat	0,75
15-I04	15-I04-03	Chirurgický výkon na trávicí nebo hepatobiliární soustavě u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 241-504 hodin (11-21 dní)	13,32783	IntenzivníPerinat	0,75
15-I04	15-I04-04	Chirurgický výkon na trávicí nebo hepatobiliární soustavě u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní)	6,58624	IntenzivníPerinat	0,75
15-I04	15-I04-05	Chirurgický výkon na trávicí nebo hepatobiliární soustavě mimo kýlu u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 0-96 hodin (0-4 dny)	3,41164	IntenzivníPerinat	0,75
15-I04	15-I04-06	Chirurgický výkon pro kýlu mimo brániční u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 0-96 hodin (0-4 dny)	0,67540	IntenzivníPerinat	0,75
15-I05	15-I05-00	Chirurgický výkon na vylučovací soustavě u novorozence	3,43439	IntenzivníPerinat	0,75
15-I06	15-I06-00	Chirurgický výkon na pohlavních orgánech u novorozence	1,23388	IntenzivníPerinat	0,75

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část G - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
15-I07	15-I07-00	Chirurgický výkon pro rozštěp rtu nebo vrozenou vadu nosu u novorozence	1,48965	IntenzivníPerinat	0,75
15-M01	15-M01-01	Umělá plicní ventilace novorozence v délce 1009 a více hodin (43 a více dní)	22,70292	IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat	0,75
15-M01	15-M01-02	Umělá plicní ventilace novorozence v délce 505-1008 hodin (22-42 dní)	12,82707	IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat	0,75
15-M01	15-M01-03	Umělá plicní ventilace novorozence v délce 241-504 hodin (11-21 dní)	7,53371	IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat	0,75
15-M01	15-M01-04	Umělá plicní ventilace v délce 97-240 hodin (5-10 dní) u novorozence s gestačním stářím do 33. týdne	5,20362	IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat	0,75
15-M01	15-M01-05	Umělá plicní ventilace v délce 97-240 hodin (5-10 dní) u novorozence s gestačním stářím od 34. týdne	4,13664	IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat	0,75
15-M01	15-M01-06	Umělá plicní ventilace v délce 25-96 hodin (2-4 dny) u novorozence s gestačním stářím do 33. týdne	3,61963	IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat	0,75
15-M01	15-M01-07	Umělá plicní ventilace v délce 25-96 hodin (2-4 dny) u novorozence s gestačním stářím od 34. týdne	2,01642	IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat	0,75
17-I02	17-I02-00	Kraniotomie pro onemocnění krvetvorby nebo špatně diferencované novotvary	3,48058	OnkoDosp	0,75
17-I03	17-I03-00	Instrumentace nebo resekční výkon na páteři	5,30694	OnkoDosp	0,75
22-I01	22-I01-01	Transplantace kůže pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s 11 a více ošetřovacími dny	17,66730	Pop, TraumaDosp, TraumaDěti	0,75
22-I01	22-I01-02	Transplantace kůže pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s 6-10 ošetřovacími dny	10,03032	Pop, TraumaDosp, TraumaDěti	0,75
22-I01	22-I01-03	Transplantace kůže pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s 2-5 ošetřovacími dny	4,01411	Pop, TraumaDosp, TraumaDěti	0,75
22-I01	22-I01-04	Transplantace kůže pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s nejvýše 1 ošetřovacím dnem	2,52733	Pop, TraumaDosp, TraumaDěti	0,75
25-I01	25-I01-00	Chirurgický výkon na více lokalizacích při polytraumatu	7,96832	TraumaDosp, TraumaDěti	0,75
25-I02	25-I02-01	Chirurgický výkon v dutině hrudní nebo břišní, instrumentace páteře, amputace/osteosyntéza dlouhých kostí při polytraumatu s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	7,94914	TraumaDosp, TraumaDěti	0,75
25-I02	25-I02-02	Chirurgický výkon v dutině hrudní nebo břišní, instrumentace páteře, amputace/osteosyntéza dlouhých kostí při polytraumatu bez umělé plicní ventilace (nebo max. 1 den)	3,67511	TraumaDosp, TraumaDěti	0,75
25-K01	25-K01-01	Polytrauma s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	3,70672	TraumaDosp, TraumaDěti	0,75
25-K01	25-K01-02	Polytrauma bez umělé plicní ventilace (nebo max. 1 den)	2,02854	TraumaDosp, TraumaDěti	0,75

Část H

Hrazené služby klasifikované do bází, které byly v referenčním období hrazeny případovým paušálem duševního zdraví a v hodnoceném období jsou rovněž hrazeny případovým paušálem duševního zdraví

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část H - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
19-K01	19-K01-01	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy	0,79071
19-K01	19-K01-02	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4	0,91908
19-K01	19-K01-03	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	0,53624
19-K02	19-K02-01	Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy	1,61308
19-K02	19-K02-02	Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4	1,02441
19-K02	19-K02-03	Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	0,57195
19-K03	19-K03-01	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy	1,82529
19-K03	19-K03-02	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4	1,14910
19-K03	19-K03-03	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	0,75453
19-K04	19-K04-01	Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy	2,13346
19-K04	19-K04-02	Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4	1,49110
19-K04	19-K04-03	Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	1,18667
19-K05	19-K05-01	Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy	2,13346
19-K05	19-K05-02	Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4	2,18828
19-K05	19-K05-03	Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	1,63637
19-K06	19-K06-01	Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy	2,44162
19-K06	19-K06-02	Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4	2,42390
19-K06	19-K06-03	Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	2,03584
19-K07	19-K07-01	Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy	2,63551
19-K07	19-K07-02	Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4	2,74133
19-K07	19-K07-03	Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	2,48984
19-K08	19-K08-01	Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy	4,11122
19-K08	19-K08-02	Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4	4,23225
19-K08	19-K08-03	Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	3,34201
19-M01	19-M01-00	Krátkodobá neinvazivní neurostimulační terapie pro duševní onemocnění	0,13970

Příloha č. 11

Výše úhrad hrazených služeb podle § 9

A) Agregovaná úhrada za registrovaného pojištěnce

1. Výše agregované úhrady za jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny poskytovateli ambulantních stomatologických služeb na kalendářní měsíc činí:
   a) 23 Kč v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží, že registrující lékař pojištěnce je držitelem platného dokladu celoživotního vzdělávání zubních lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel do 1 měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,
   b) 21 Kč v ostatních případech.
2. Výše agregované úhrady za jednoho registrovaného pojištěnce podle bodu 1 se navyšuje o 3 Kč za pojištěnce do dne dosažení 6 let věku, o 2 Kč za pojištěnce ve věku od 6 let do dne dosažení 12 let věku a o 1 Kč za pojištěnce ve věku od 12 let do dne dosažení 18 let věku; dosažený věk se hodnotí k poslednímu dni v kalendářním měsíci.
3. Celková výše měsíční úhrady za agregovanou úhradu se vypočte jako součin počtu registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v příslušném kalendářním měsíci hodnoceného období a agregované úhrady na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny podle bodů 1 a 2.
4. Činnostmi zahrnutými do agregované úhrady za registrovaného pojištěnce jsou:
   - provizorní výplně, zábrusy a přeleštění ostrých hran zubů a výplní, aplikace slizniční anestézie, ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (zejména parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou), konzervativní ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv,
   - lokální fluoridace s vysušením podle přílohy č. 1 k zákonu,
   - vystavení a ukončení dočasné pracovní neschopnosti,
   - odeslání pojištěnce na specializované pracoviště nebo konzultace praktického lékaře nebo specialisty všeobecné medicíny,
   - předání kopie nebo výpisu zdravotnické dokumentace při změně registrujícího lékaře,
   - poučení pojištěnce, rozhodnutí o potřebě další návštěvy.

B) Výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství a příslušná regulační omezení:

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00900	Komplexní vyšetření zubním lékařem při registraci pojištěnce nebo při opakovaném založení zdravotnické dokumentace Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní,	Lze vykázat při registraci pojištěnce nebo při opakovaném založení zdravotnické dokumentace poté, co zdravotnická dokumentace vedená o pojištěnci byla v souladu s právními předpisy vyřazena a zničena.	639 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení léčebného plánu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. Založení dokumentace se záznamem stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání včetně onkologické prohlídky, mezičelistních vztahů, anamnézy a individuálního léčebného postupu. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, profylaktické odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení).	Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	
00901	Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce U pojištěnců do dne dosažení 18 let výkon zahrnuje doplnění anamnézy se zvláštním zřetelem na vývoj orofaciální soustavy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a anomálií v postavení zubů a čelistí, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o významu prevence stomatologických onemocnění, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. U pojištěnců nad 18 let věku výkon zahrnuje doplnění anamnézy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o správné hygieně dutiny ústní, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. U těhotných žen výkon dále zahrnuje poučení o významu prevence stomatologických onemocnění v průběhu těhotenství u ženy i budoucího dítěte. Bez ohledu na věk pojištěnce výkon dále zahrnuje profylaktickou kontrolu ústní hygieny. Bez ohledu na věk pojištěnce výkon podle potřeby zahrnuje též nácvik ústní hygieny,	U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat 2 / 1 kalendářní rok na pojištěnce, a to nejdříve 3 měsíce od vykázání kódu 00900 nebo 00901 v témže kalendářním roce. U pojištěnců od 18 let lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok, a to nejdříve 5 měsíců od vykázání kódu 00900 v témže kalendářním roce; ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. U těhotných žen lze vykázat dvakrát v průběhu těhotenství s odstupem nejméně 3 měsíce (musí být uvedena diagnóza Z34.9 nebo Z35.9 podle mezinárodní klasifikace nemocí). Za vykázání kódu 00901 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykázání kódu 00946. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů.	607 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	interdentální hygieny a masáží, jedenkrát ročně profylaktické odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení).		
00903	Vyžádané vyšetření Vyšetření na základě doporučení jiného zubního lékaře nebo lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření.	Lze vykázat 1 / 1 den. Kód nelze vykázat u registrovaného pojištěnce. Kód lze vykázat 2x na 1 případ s odstupem nejméně 1 měsíce, v případě rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz maximálně 3 / 1 rok. Nelze vykázat současně s kódem 00823, 00908, 00909, 00931, 00940, 00962, 00964, 00968 a 00981. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE a odbornost 015 podle seznamu výkonů.	435 Kč
00904	Stomatologické vyšetření registrovaného pojištěnce do dne dosažení 10 let v rámci registrace a preventivní péče	Lze vykázat pouze v souvislosti s preventivní prohlídkou v daném kalendářním roce, tj. kódem 00901 nebo 00946, a s kódem 00900, pokud v daném roce byl pojištěnec u poskytovatele registrován. Je vykazováno s diagnózou Z01.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí (zubní vyšetření). Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	190 Kč
00905	Prohlídka registrovaného pojištěnce nad 18 let věku Prohlídka registrovaného pojištěnce nad 18 let navazující na provedenou a vykázanou preventivní prohlídku. Prohlídka zahrnuje orientační vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, kontrolu ústní hygieny, interdentální hygieny a motivaci pojištěnce.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok, ve kterém byl vykázán kód 00901 nebo 00946, a to nejdříve 5 měsíců od vykázání kódu 00901 nebo 00946; ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	150 Kč
00906	Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce do dne dosažení 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce I Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost vyšetření a ošetření pojištěnce. Lze vykázat i bez kurativního výkonu.	Lze vykázat 1 / 1 den. U hendikepovaného pojištěnce se kód vykazuje s příslušnou diagnózou. Nelze vykázat s kódem 00824 a 00976. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	212 Kč
00907	Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let I	Lze vykázat 1 / 1 den. Pouze při kurativní návštěvě (nelze vykázat, byl-li v kombinaci	159 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce.	poskytovatelem vykázán pouze některý z kódů 00900, 00901, 00903, 00909, 00946 a nebyla vykázána jiná diagnóza než Z01.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí (zubní vyšetření)). Nelze vykázat s kódem 00825 a 00976. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	
00908	Akutní vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce – i v rámci pohotovostní služby Akutní ošetření náhodného pojištěnce mimo rámec preventivní péče. Výkon 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, ošetření komplikací chirurgických výkonů nebo opravu/úpravu snímatelné náhrady v ordinaci a podobně.	Lze vykázat 1 / 1 den / 1 onemocnění. Lze vykázat samostatně nebo v kombinaci s těmito kódy: 00824, 00825, 00826, 00906, 00907, 00910, 00911, 00913, 00914, 00916, 00917, 00944 (nelze vykázat v případě, že poskytovatel vybral regulační poplatek za pohotovostní službu) 00948, 00949, 00950, 00951, 00952, 00955, 00956, 00957, 00958, 00959, 00960, 00962, 00963, 00964, 00970 a 00971. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	460 Kč
00909	Klinické stomatologické vyšetření Vyšetření na klinickém pracovišti na základě doporučení jiného zubního lékaře nebo lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření.	Lze vykázat 1 / 1 den. Nelze kombinovat s kódy 00823, 00900, 00901, 00903, 00908, 00931, 00940, 00946, 00962, 00964 a 00968. Kód může vykázat poskytovatel s lůžkovým pracovištěm a klinickým pracovištěm, tj. společné pracoviště fakultní nemocnice a lékařské fakulty vysoké školy podle § 111 odst. 3 zákona o zdravotních službách. Při diagnóze vyžadující opakovanou návštěvu lze vykázat jen jedenkrát, včetně rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	521 Kč
00910	Zhotovení intraorálního rentgenového snímku Zhotovení intraorálního rentgenového snímku na zubním rentgenovém zařízení.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem).	89 Kč
00911	Zhotovení extraorálního rentgenového snímku Zhotovení rentgenového snímku lebky různých projekcí a u odbornosti 015 podle seznamu výkonů i rentgenového snímku ruky (stanovení fáze růstu	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem).	275 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	skeletu). Vykazuje se každý zhotovený snímek.		
00913	Zhotovení ortopantomogramu Zhotovení extraorálního panoramatického snímku na zubním rentgenovém zařízení.	Lze vykázat 1 / 2 kalendářní roky. Lze vykázat 2 / 1 kalendářní rok a) v odbornosti 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů 1. PA v souvislosti s parodontologickou péčí, 2. CH v souvislosti se stomatochirurgickou péčí, 3. PE v souvislosti s pedostomatologickou péčí, b) v odbornosti 015 podle seznamu výkonů v souvislosti s ortodontickou péčí. Lze vykázat bez omezení v případech, kdy je vyšetření vyžádáno lékařem (např. z důvodu vyloučení fokální infekce nebo předoperačního vyšetření) v souvislosti s diagnózou Z01.8 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo v souvislosti s antiresorpční léčbou (diagnóza M87.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí), a dále v rámci pohotovostní služby v oboru zubní lékařství a v případě úrazové nebo onkologické diagnózy. Odbornosti 014 a 015 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem).	330 Kč
00914	Vyhodnocení extraorálního rentgenového snímku Vyhodnocení panoramatického rentgenového snímku zubních oblouků a skeletu čelistí nebo ostatních extraorálních snímků. Součástí výkonu je stručný popis snímku ve zdravotnické dokumentaci.	Lze vykázat 1 / 1 snímek / 1 poskytovatel. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. Vyhodnocuje a vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem); v případě odeslání pojištěnce k jinému zubnímu lékaři může kód vykázat i tento zubní lékař.	101 Kč
00915	Zhotovení telerentgenového snímku lbi Zhotovení dálkového rentgenového snímku lbi na speciálním rentgenovém zařízení.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních	328 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		lékařů CH, PE, odbornost 015 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval.	
00916	Anestézie na foramen mandibulae a infraorbitale Aplikace injekční anestézie na foramen mandibulae (součástí je i aplikace na nervus buccalis) a foramen infraorbitale (součástí je i aplikace na nervus palatinus) ve všech případech, je-li anestezie indikována zubním lékařem.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	147 Kč
00917	Anestézie infiltrační Aplikace injekční anestézie do tkání v rozsahu jednoho sextantu zubního oblouku, včetně anestézie na foramen mentale, nervus palatinus maior a foramen incisivum a tuber maxillae. Počítá se anestezovaná oblast, nikoli počet vpichů; ve všech případech, je-li anestezie indikována zubním lékařem.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	122 Kč
00919	Ošetření pacienta s vysoce rizikovou infekcí na specializovaném pracovišti Ošetření na specializovaném pracovišti za podmínek: 1. pracoviště má dostupné služby vyjmenovaných odborností, 2. pracoviště má samostatnou ordinaci a čekárnu s nucenou cirkulací vzduchu a HEPA filtry, 3. ošetření je poskytováno za použití jednorázových ochranných pomůcek a oděvů.	Lze vykázat 1 / 1 den, maximálně 5 / 1 měsíc. Lze vykázat pouze při ošetřování pacientů s vysoce rizikovými infekcemi (diagnózy A15.9, A16.0, A51.3, A53.9, A54.9, B16.9, B17.1, B18.1, B18.2, B23.8 podle mezinárodní klasifikace nemocí a infekční onemocnění podle §53 odst. 1 zákona č. 258/2000 Sb.). Na uvedené diagnózy lze vykázat i opakovaně v kombinaci s kódem 00909. Nelze kombinovat s kódem 00903. Kód lze vykázat při ošetřování pacientů hospitalizovaných nebo dispenzarizovaných pro jednu z výše uvedených diagnóz. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	754 Kč
00920	Ošetření stálého zubu fotokompozitní výplní Ošetření stálého zubu fotokompozitní výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let v rozsahu řezáků a špičáků, bez ohledu na počet plošek výplně nebo případný počet drobných výplní na jednom zubu.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. 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 365 dní lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních.	1 600 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	
00921	Ošetření stálého zubu plastickou výplní Ošetření stálého zubu definitivní výplní, bez ohledu na počet plošek výplně nebo případný počet drobných výplní na jednom zubu, a) u pojištěnců do dne dosažení 15 let a u těhotných a kojících žen v rozsahu celého chrupu při použití skloionomerního cementu a v rozsahu řezáků a špičáků i při použití samopolymerujícího kompozitu. Není-li použití skloionomerního cementu možné z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, lze použít dózovaný amalgám, b) u pojištěnců, kteří nejsou uvedeni v písmenu a), v rozsahu celého chrupu při použití dózovaného amalgámu v základním provedení a v rozsahu řezáků a špičáků i při použití samopolymerujícího kompozitu.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. 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 365 dní lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Lze vykázat pouze v kombinaci s kódem 00828, 00829 nebo 00830. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	662 Kč
00922	Ošetření dočasného zubu plastickou výplní Bez ohledu na počet plošek výplně nebo případný počet drobných výplní na jednom zubu v rozsahu celého chrupu při použití skloionomerního cementu a v rozsahu řezáků a špičáků i při použití samopolymerujícího kompozitu. Není-li použití skloionomerního cementu možné z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, lze použít dózovaný amalgám.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. 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 365 dní lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	610 Kč
00924	Endodontické ošetření – dočasný zub Po definitivním endodontickém ošetření dočasného zubu, který je klinicky pevný a na rentgenogramu dosahuje resorpce nejvýše do poloviny kořene, metodou amputace vitální nebo mortální dřeně se vykazuje jedenkrát, při případné exstirpaci se vykazuje za každý zaplněný kořenový kanálek.	Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub při exstirpaci a 1 / 1 zub při amputaci. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	550 Kč
00925	Primární endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu řezáků, špičáků a premolárů Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, medikamentózní přípravu, provizorní výplně a definitivní primární endodontické ošetření zubu metodou centrálního čepu. Počet	Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub. Lokalizace – zub. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	1001 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	návštěv nerozhoduje. I při ošetření zubu metodou apexifikace.		
00926	Primární endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu molárů Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, medikamentózní přípravu, provizorní výplně a definitivní primární endodontické ošetření zubu metodou centrálního čepu. Počet návštěv nerozhoduje. I při ošetření zubu metodou apexifikace.	Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub. Lokalizace – zub. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	1001 Kč
00931	Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu v rámci pravidelné parodontologické péče Odborné vyšetření parodontu, vyšetření pomocí parodontologického indexu CPITN, stanovení individuálního léčebného postupu, zahájení konzervativní léčby – odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), instruktáž a motivace orální hygieny. Součástí výkonu je parodontologický zápis do zdravotnické dokumentace. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče.	Lze vykázat 1 / 2 kalendářní roky a při změně zdravotního stavu maximálně 1 / 1 kalendářní rok. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00903, 00909 a 00932. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE.	1 200 Kč
00932	Léčba chronických onemocnění parodontu Vyšetření parodontu na základě zařazení onemocnění při vyšetření pomocí indexu CPITN, kdy je stanoven index CPI 2-3, případně dalších parodontologických indexů a vyšetřovacích metod v průběhu parodontologické léčby. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče. Pokračování konzervativní léčby (fáze iniciální nebo udržovací) – kontrola orální hygieny pomocí k tomu určených indexů (například PBI, API), jejichž hodnoty musí být zaznamenány v dokumentaci, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), remotivace a korekce konkrétní metody orální hygieny, odstranění lokálního dráždění parodontu. Součástí výkonu je parodontologický zápis ve zdravotnické dokumentaci.	Lze vykázat 3 / 1 kalendářní rok. Nelze vykázat s kódy 00900, 00901, 00903, 00909, 00931 a 00946. Odstup mezi vykázáním kódů 00900, 00901, 00931, 00932 a 00946 musí být v takovém intervalu, aby bylo možno prokázat účelnost léčby, lze vykázat minimálně v měsíčních odstupech. Při třetím vykázání kódu v roce nutno zhodnotit léčbu pomocí indexu CPITN. Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem (kód 00938) a subgingivální ošetření (kód 00935) se vykazují zvlášť. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	339 Kč
00933	Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu Provedený chirurgický výkon v mukogingivální oblasti (např. gingivektomie s plastikou) navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu za každý zub.	Lze vykázat – 1 / 1 zub / 730 dnů. Lokalizace – zub. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	524 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00934	Chirurgická léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu Chirurgické výkony navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu vedoucí k prohloubení vestibula, výkony s odklopením mukoperiostálního laloku vedoucí k odstranění parodontálních sulků – za každý sextant. Implementace odebraného slizničního nebo mezenchymálního štěpu.	Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat s chirurgickými výkony s řízenou tkáňovou regenerací a implantacemi. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	1 348 Kč
00935	Subgingivální ošetření Instrumentální odstranění obsahu parodontálního chobotu (subgingiválního zubního kamene a plaku), odstranění nekrotického cementu, ohlazení povrchu zubního kořene a jeho kontrola u zubů s parodontálními choboty (CPI 3, 4). Lze provést ručními nástroji, ultrazvukovými nebo laserovými přístroji nebo jejich kombinací.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE.	107 Kč
00936	Odebrání a zajištění přenosu transplantátu Chirurgický výkon vedoucí k získání slizničního nebo mezenchymálního štěpu.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	719 Kč
00937	Artikulace chrupu Po provedení celkového zábrusu okluze a artikulace chrupu na podkladě funkčního vyšetření stomatognátního systému. Podrobný zápis o průběhu a výsledku funkčního vyšetření a popis rámcového plánu artikulace ve zdravotnické dokumentaci.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE.	537 Kč
00938	Přechodné dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem zhotovené podle přílohy č. 1 zákona (samopolymerující kompozitní pryskyřice). Vykazuje se za každý zub.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	100 Kč
00940	Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice Při komplexním vyšetření ústní sliznice, stanovení diagnózy. Součástí výkonu je zápis ve zdravotnické dokumentaci obsahující popis onemocnění ústní sliznice a návrh léčby.	Lze vykázat 1 / 2 kalendářní roky a při změně zdravotního stavu maximálně 1 / 1 kalendářní rok. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00903 a 00909. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních	990 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		lékařů PA, PE a u poskytovatele poskytujícího lůžkovou zdravotní péči v oboru orální a maxilofaciální chirurgie též CH.	
00941	Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice Při kontrolním vyšetření v průběhu léčby.	Lze vykázat – bez omezení. Lze vykázat pouze v návaznosti na provedený kód 00940. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE a u poskytovatele poskytujícího lůžkovou zdravotní péči v oboru orální a maxilofaciální chirurgie též CH.	368 Kč
00943	Měření galvanických proudů Měření galvanických proudů v dutině ústní při vyšetření slizničních změn a měření impedance.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE.	125 Kč
00944	Signální výkon epizody péče/kontaktu v souvislosti s vyšetřením v ordinaci zubního lékaře	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. Lze vykázat v kombinaci s některým z kódů 00823, 00900, 00903, 00905, 00908 (pouze za předpokladu, že poskytovatel nevybral regulační poplatek za pohotovostní službu), 00909, 00931, 00932, 00940, 00941, 00968, 00981, 00983, 00984, 00986 a v případě vyšetření zaměřeného na konkrétní obtíže registrovaného pojištěnce a v případě dohodnutých dlouhodobých zástupů registrujícího zubního lékaře ohlášených zdravotní pojišťovně. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	85 Kč
00946	Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce – bez dokladu celoživotního vzdělávání U pojištěnců do dne dosažení 18 let výkon zahrnuje doplnění anamnézy se zvláštním zřetelem na vývoj orofaciální soustavy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a anomálií v postavení zubů a čelistí,	U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat 2 / 1 kalendářní rok na pojištěnce, a to nejdříve 3 měsíce od vykázání kódu 00900 nebo 00901 v témže kalendářním roce. U pojištěnců od 18 let lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok, a to nejdříve 5 měsíců od vykázání kódu 00900 v témže kalendářním roce; ve zdůvodněných případech, jestliže	509 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o významu prevence stomatologických onemocnění, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. U pojištěnců nad 18 let věku výkon zahrnuje doplnění anamnézy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o správné hygieně dutiny ústní, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. U těhotných žen výkon dále zahrnuje poučení o významu prevence stomatologických onemocnění v průběhu těhotenství u ženy i budoucího dítěte. Bez ohledu na věk pojištěnce výkon dále zahrnuje profylaktickou kontrolu ústní hygieny. Bez ohledu na věk pojištěnce výkon podle potřeby zahrnuje též nácvik ústní hygieny, interdentální hygieny a masáží, jedenkrát ročně profylaktické odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení).	zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. U těhotných žen lze vykázat dvakrát v průběhu těhotenství s odstupem nejméně 3 měsíce (musí být uvedena diagnóza Z34.9 nebo Z35.9 podle mezinárodní klasifikace nemocí). Za vykázání kódu 00946 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykázání kódu 00901. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	
00948	<u>Sutura lůžka</u> Provedení sutury s případnou aplikací lokálního hemostatika a) po extrakci zubu u pojištěnce s poruchou hemokoagulace, u pojištěnce na antiresorpční léčbě a u imunosuprimovaného pojištěnce, b) po extrakci zubu v oblasti terapeuticky ozářené čelisti, c) při vícečetné extrakci vedle sebe stojících zubů, d) při stavění pozdního poextrakčního krvácení. Součástí výkonu je zdůvodnění provedení sutury ve zdravotnické dokumentaci. Bez ohledu na použitý druh materiálu a počet stehů.	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Lze vykázat pouze v kombinaci s kódem 00949 nebo 00950. V případu uvedeném v popisu výkonu pod písmenem d) lze vykázat samostatně. Při vícečetné extrakci vedle sebe stojících zubů lze vykázat jedenkrát s výjimkou případů uvedených v popisu výkonu pod písmeny a), b) a d), kdy lze vykázat nejvýše jedenkrát za každý extrahovaný zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	267 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00949	Běžná extrakce dočasného zubu Extrakce dočasného zubu nebo radixu (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací a stavění krvácení kompresivní tamponádou. Součástí výkonu je i sutura, pokud se nejedná o suturu lůžka vykazovanou kódem 00948.	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat pouze při stvrzení čerpání hrazené služby podpisem zákonného zástupce nebo zletilé doprovázející osoby ve zdravotnické dokumentaci nebo fotodokumentací ve zdravotnické dokumentaci. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	186 Kč
00950	Extrakce stálého zubu nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny Extrakce stálého zubu, radixu stálého zubu nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací a stavění krvácení kompresivní tamponádou. Součástí výkonu je i sutura, pokud se nejedná o suturu lůžka vykazovanou kódem 00948.	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. U pojištěnců od 8 let lze extrakci dočasného moláru s neresorbovanými kořeny vykázat pouze při zdokumentování rentgenovým vyšetřením. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	445 Kč
00951	Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku a hemiextrakce nebo egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu do jednoho sextantu nebo chirurgická revize extrakční rány.	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – zub. Při vícečetné extrakci sousedících zubů se vykazuje pouze 1 kód 00951, zbylé extrakce jsou vykázány kódem 00950. Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací a implantací. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	790 Kč
00952	Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku v blízkosti rizikových anatomických struktur nebo vyžadující snesení větší části kosti. Primární uzávěr oroantrální komunikace. Resekce kořenového hrotu s odstraněním okolní patologické tkáně včetně případného peroperačního plnění nebo retrográdní výplně (vykazuje se za každý ošetřený radix). Egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu větším než 1 sextant, exstirpace cysty nad 1 cm, ošetření zubní retence uzavřenou metodou s mobilizací zubu do směru žádané erupce a fixací ortodontického tahu. Odstranění sekvestru, artrocentéza	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – zub v případě extrakce zubu nebo radixu, mobilizace zubu nebo resekce kořenového hrotu. Při vícečetné extrakci sousedních zubů se vykazuje pouze 1 kód 00952, zbylé extrakce jsou vykázány kódem 00950. Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací a implantací. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	1 494 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	temporomandibulárního kloubu nebo antrotomie. Jiné podobné výkony.		
00953	Chirurgické ošetřování retence zubů otevřenými metodami Snesení tkání ležících v cestě erupci zubu a případná mobilizace zubu do směru žádané erupce (včetně odklopení mukoperiostálního laloku, plastiky měkkých tkání).	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE, odbornost 015 podle seznamu výkonů.	738 Kč
00955	Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí malého rozsahu Provedení menších chirurgických výkonů, například dekapsulace, frenulektomie, odstranění rušivých vlivů vazivových pruhů, podjazyková frenulektomie, excize vlajícího hřebene – za 1 sextant, odstranění léze do 2 cm, sutura rány sliznice nebo kůže do 5 cm nebo sondáž a výplach vývodu slinné žlázy, případně její náplň kontrastní látkou.	Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat při gingivektomii ani v souvislosti s implantací, augmentací nebo řízenou tkáňovou regenerací. Odbornosti 014, 015, podle seznamu výkonů.	544 Kč
00956	Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí velkého rozsahu Odstranění podjazykové retenční slinné cysty, excize vlajícího hřebene většího rozsahu než 1 sextant, odstranění léze nad 2 cm, orální vestibuloplastika bez štěpu – za každý sextant, sutura rány sliznice nebo kůže nad 5 cm, exstirpace mukokely sliznice dutiny ústní nebo diagnostická excize, sialolitotomie, přístrojová sialoendoskopie se zprůchodněním vývodu.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	1 046 Kč
00957	Ošetření dentoalveolárního traumatu Ošetření následků úrazu zubů a alveolárního výběžku v rozsahu maximálně 3 zubů, včetně replantace, jednoduché fixace plastickým materiálem, popřípadě zkrácenou drátěnou dlahou.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	546 Kč
00958	Ošetření zlomeniny čelisti Repozice a fixace zlomenin alveolárního výběžku horní nebo dolní čelisti v rozsahu 4 a více zubů, zlomenin těla a krčku dolní čelisti bez výrazné dislokace, včetně fixace pomocí nitrokostně zaváděných šroubů (za každou poraněnou čelist).	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – čelist. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE.	906 Kč
00959	Intraorální incize	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – kvadrant.	240 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	Léčba zánětu intraorální incizí s případnou dilatací, vypuštěním exsudátu a zavedením drénu.	Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	
00960	Zevní incize Léčba kolem čelistního zánětu zevní incizí, včetně dilatace, s vypuštěním exsudátu a zavedením drénu.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE.	710 Kč
00961	Následné ošetření po chirurgických výkonech a ošetření jejich komplikací Zavedení drénu nebo tamponády, přiložení plastického obvazu, výplach rány lokálním léčebným prostředkem, převaz rány, úprava nebo oprava dentální nebo intermaxilární fixace a odstranění nitrokostně zavedených šroubů použitých při fixaci zlomeniny čelisti, stavění pozdního postextrakčního krvácení bez sutury, revize extrakční rány bez odklopení mukoperiostálního laloku, a fyzikální terapie.	Lze vykázat 5 / 10 dnů. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	120 Kč
00962	Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch Vyšetření, zdokumentování a konzervativní léčba poruchy temporomandibulárního kloubu (například úprava artikulace, fyzikální terapie, nácvik správného stereotypu otevírání úst).	Lze vykázat 2 / 1 kalendářní rok. Nelze kombinovat s kódem 00964. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	368 Kč
00963	Injekce i. m., i. v., i. d., s. c. Injekční aplikace léčivého přípravku, včetně poskytnutého léčivého přípravku, nejde-li o zvlášť účtovaný léčivý přípravek.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	168 Kč
00964	Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch specialistou chirurgem Vyšetření, zdokumentování onemocnění, případná indikace a vyhodnocení cílené zobrazovací metody a konzervativní léčba temporomandibulární poruchy (např. indikace nákusné dlahy, provedení mezičelistní fixace, manuální repozice, indikace rehabilitace, cílené podání medikace).	Lze vykázat – bez omezení. Nelze kombinovat s kódem 00962. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH.	701 Kč
00968	Stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce Stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce v	Lze vykázat 1 / 1 den pouze v souvislosti s kódy 00951, 00952, 00953, 00955, 00956, 00957, 00958, 00960, 00964.	1 142 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	ambulanci poskytovatele ambulantních hrazených služeb. Součástí výkonu je vystavení písemné zprávy.	Ošetření na základě písemného doporučení jiného zubního lékaře při neodkladných stavech (při naléhavých stavech i bez doporučení). V souvislosti s léčením tohoto neodkladného stavu lze vykázat pouze jedenkrát. V případě dalšího plánovaného ošetření daného pojištěnce již kód 00968 nelze znovu vykázat. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH.	
00970	Sejmutí fixní náhrady Sejmutí fixní náhrady rázovým nástrojem nebo rozbroušením korunky a její deformací, v případě zkrácení mostu odseparování části mostu v místě mezičlenu (v tom případě se lokalizace vykazuje na tento mezičlen).	Lze vykázat 1 / 1 zub / 730 dní. Lokalizace – zub. Nelze vykázat u provizorních náhrad. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	175 Kč
00971	Provizorní ochranná korunka Adaptace a fixace konfekční korunky k ochraně preparovaného, frangovaného nebo jinak destruovaného zubu, nebo individuální ochranná korunka zhotovená razidlovou metodou v ústech pacienta. Zahrnuje i opakované nasazení.	Lze vykázat 1 / 730 dní. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	383 Kč
00973	Úprava snímatelné náhrady v ordinaci Jednoduchá úprava snímatelné náhrady v ordinaci bez návaznosti na další laboratorní zpracování.	Lze vykázat 5 / 1 kalendářní rok. Lokalizace – čelist. Lze vykázat nejdříve dva měsíce po odevzdání nové snímatelné náhrady. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	110 Kč
00974	Odevzdání stomatologického výrobku Poskytovatel vykazuje při odevzdání stomatologického výrobku, kód slouží pouze pro vykazování zvlášť účtovaných léčivých přípravků a stomatologických výrobků (dokladem 03s).	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	0 Kč
00976	Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce s poruchou autistického spektra či jinou psychiatrickou diagnózou nebo psychomotorickou retardací (dětská mozková obrna) Výkon zohledňuje zvýšenou časovou náročnost v souvislosti se stomatologickým vyšetřením a ošetřením pacienta s poruchou	Lze vykázat 1 / 1 den. Výkon nelze kombinovat s kódy 00824, 00825, 00826, 00906 a 00907. Lze vykazovat s hrazenými výkony vyšetření a ošetření. Lze vykázat u pojištěnce a) s průkazem autisty (PAS) nebo s jiným dokladem vystaveným	678 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	autistického spektra nebo jinou pervazivní vývojovou poruchou F84 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo jinou psychiatrickou diagnózou nebo psychomotorickou retardací (dětská mozková obrna).	psychiatrem nebo klinickým psychologem prokazujícím poruchu autistického spektra nebo jinou pervazivní vývojovou poruchu, b) s jinou psychiatrickou diagnózou, který podle doporučení psychiatra není ošetřitelný v běžném režimu, c) s psychomotorickou retardací (dětská mozková obrna), který podle doporučení neurologa není ošetřitelný v běžném režimu, přičemž lze akceptovat i doporučení praktickým lékařem pro děti a dorost nebo praktickým lékařem, který má v dokumentaci odpovídající zprávu od psychiatra, klinického psychologa nebo neurologa. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o absolvování kurzu ošetřování pacientů s poruchou autistického spektra a jinou psychiatrickou diagnózou v rámci systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů.	
00977	<u>Aplikace prefabrikované korunky na dočasný zub</u> Prefabrikovaná ocelová plášťová korunka na dočasný molár nebo prefabrikovaná plastová stripová korunka na dočasný řezák nebo dočasný špičák. Výkon zahrnuje tangenciální preparaci, pokud je nutná, a adaptaci a fixaci korunky včetně ceny použitého materiálu a prefabrikátu.	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Lze vykázat u defektu na třech nebo více ploškách na zubu s diagnózou zubního kazu K02 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubu po endodontickém ošetření s diagnózou K04 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubu po provedené vitální pulpotomii s diagnózami K02 nebo K04 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u defektů souvisejících s diagnózami amelogenesis imperfecta K00.4 i K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí a dentinogenesis imperfecta K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubů po ztrátě tvrdých zubních tkání v důsledku úrazu s diagnózou S02.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubů s prokázanou ztrátou tvrdých zubních tkání v důsledku eroze nebo abraze s diagnózami K03.0, K03.1 a K03.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí a u hypomineralizace druhých dočasných molárů.	815 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	
00978	Sedace nezletilého pojištěnce midazolamem při ambulantním stomatologickém ošetření Perorální nebo intranazální podání midazolamu pojištěnci od 3 let do dne dosažení 15 let a uložení pojištěnce po ošetření na lůžko. Součástí výkonu jsou měření krevního tlaku před ošetřením a po něm, kontinuální monitorace pulzním oxymetrem v průběhu ošetření a zajištění případného podání antidota (flumazenil) a kyslíku.	Lze vykázat 2 / 365 dní. V případě pojištěnce s diagnózami vývojových poškození tvrdých zubních tkání K00.3, K00.4 a K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí lze vykázat 4 / 365 dní. Lze vykázat pouze v souvislosti s kódy: 00920, 00921, 00922, 00949, 00950, 00951, 00952, 00953 a 00955, 00957, 00959, 00960, 00962 a 00977 Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00979. Lze vykázat v indikovaných případech, jde-li o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu PZL, a to poskytovatelem disponujícím prostorem s lůžkem umožňujícím monitoraci pulzním oxymetrem a tonometrem, který je schopen personálně zajistit monitorování pacienta v průběhu ošetření a na lůžku po ošetření a případné podání antidota a kyslíku. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o absolvování kurzu sedace dětských pacientů nebo s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	1 421 Kč
00979	Sedace nezletilého pojištěnce oxidem dusným při ambulantním stomatologickém ošetření Podání farmakologicky připravené směsi oxidu dusného a kyslíku v poměru 1:1 náustkem nebo obličejovou maskou pojištěnci od 4 let do dne dosažení 15 let, zajištění monitorace pulzním oxymetrem a měření krevního tlaku v průběhu ošetření a zajištění případného podání kyslíku.	Lze vykázat 2 / 365 dní. V případě pojištěnce s diagnózami vývojových poškození tvrdých zubních tkání K00.3, K00.4 a K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí lze vykázat 4 / 365 dní. Lze vykázat pouze v souvislosti s kódy: 00920, 00921, 00922, 00949, 00950, 00951, 00952, 00953 a 00955, 00957, 00959, 00960, 00962 a 00977. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00978. Lze vykázat v indikovaných případech, jde-li o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu PZL.	1160 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o absolvování kurzu sedace nebo s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	
00981	Diagnostika ortodontických anomálií Zahrnuje orientační stomatologické vyšetření, komplexní ortodontické vyšetření, založení zdravotnické dokumentace. Tímto kódem se zahajuje ortodontická léčba a vykazování kódů odbornosti 015 podle seznamu výkonů. Při převzetí již léčeného pojištěnce je nutné zahájit vlastní ortodontickou léčbu vstupním vyšetřením, založením vlastní dokumentace a vykázáním kódu 00981.	Lze vykázat 1 / 1 pojištěnce, v případě, že pacient přichází opětovně po více než 2 letech od poslední návštěvy, lze 2 / 1 pojištěnce, přičemž k návštěvě, na které byl vykázán pouze kód 00986, se nepřihlíží. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	982 Kč
00982	Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk II Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem – na jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu včetně přípravy zubů.	Lze vykázat 1 / 1 čelist. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00800 nebo 00802. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, s výjimkou pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Materiál fixního ortodontického aparátu není hrazen ze zdravotního pojištění. Lokalizace – čelist. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	2 008 Kč
00983	Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu Kontrola postupu léčby a úprav na fixním aparátu na jednom i obou zubních obloucích. Vztahuje se na všechny kontroly fixního aparátu v daném čtvrtletí a na kontrolu souběžně používaného snímacího aparátu.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní čtvrtletí, a to maximálně 16x na pojištěnce, u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení.	1 277 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		Lze vykázat pouze po vykázání kódu 00800, 00982 nebo 00994, podmínka návaznosti je splněna i tehdy pokud byly tyto kódy vykázány na pojištěnce jiným poskytovatelem Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Materiál fixního ortodontického aparátu není hrazen ze zdravotního pojištění; to neplatí, jde-li o pojištěnce s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	
00984	<u>Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Kontrola postupu léčby podle individuálního léčebného postupu a funkce snímacích aparátů včetně jejich úpravy. Pro sledování průběhu změn po ortodonticky indikovaných extrakcích bez aparátu. Vztahuje se na všechny kontroly snímacího aparátu v daném čtvrtletí.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní čtvrtletí, a to maximálně 16x na pojištěnce, u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Nelze vykázat pro léčbu ve fázi retence nebo při sledování růstu a vývoje chrupu a čelisti bez aktivní léčby. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).	409 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	
00985	Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu Po ukončení léčby ortodontických anomálií sejmutí fixního ortodontického aparátu na 1 zubní oblouk, zábrus zubů, včetně případné analýzy modelů (nezahrnuje případné zhotovení a analýzu telerentgenu a ortopantomogramu).	Lze vykázat 2 / 1 čelist, z toho jedenkrát na čelist v návaznosti na kód 00982 a jedenkrát na čelist v návaznosti na kód 00994, u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat v návaznosti na kód 00800, a to max. 3 / 1 čelist. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Lokalizace – čelist. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	1 128 Kč
00986	Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje Kontrola pojištěnce před začátkem nebo po ukončení aktivní fáze ortodontické léčby snímacími nebo fixními aparáty podle individuálního léčebného postupu. Součástí může být i použití pevných, nebo snímacích dlah, retainerů nebo jiných retenčních aparátů.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní pololetí, a to maximálně 12x na pojištěnce, u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	424 Kč
00987	Stanovení fáze růstu Určení růstové fáze pojištěnce – skeletální věk, zhodnocením	Lze vykázat 2 / 1 pojištěnce. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze	177 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	rentgenového snímku ruky nebo krčních obratlů.	vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	
00988	Analýza telerentgenového snímku lbi Vyhodnocení profilového, eventuálně zadopředního dálkového rentgenového snímku lbi pomocí speciálních měření.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	271 Kč
00989	Analýza ortodontických modelů Vyhodnocení ortodontických modelů zubních oblouků a přilehlých tkání, včetně případných dalších speciálních měření.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	562 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00990	Diagnostická přestavba ortodontického modelu Přestavba zubů ortodontického modelu jedné čelisti z diagnostických důvodů nebo modelová operace čelistí k chirurgickým účelům.	Lze vykázat 2 / 1 pojištěnce. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	796 Kč
00991	Nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku Palatinální nebo linguální expanzní nebo kotevní drátěný oblouk nebo lip-bumper, továrně zhotovené, jejich adaptace a zasazení do zařízení na kroužcích.	Lze vykázat 2 / 1 pojištěnce. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Materiál není hrazen ze zdravotního pojištění; to neplatí, jde-li o pojištěnce s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	355 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00992	Nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky Nasazení všech částí a typů extraorálních tahů (uzda a vysoký nebo nízký extraorální tah, obličejová maska typu Delaire, Hickham a podobně) včetně poučení o způsobu použití a názorného předvedení.	Lze vykázat 2 / 1 pojištěnce. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Materiál není hrazen ze zdravotního pojištění; to neplatí, jde-li o pojištěnce s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	378 Kč
00993	Navázání parciálního oblouku Příprava a navázání částečného drátěného oblouku, nebo tvarování průběžného oblouku sloužící k segmentálnímu pohybu zubů.	Lze vykázat 4 / 1 kalendářní pololetí na pojištěnce. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Materiál není hrazen ze zdravotního pojištění; to neplatí, jde-li	540 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		o pojištěnce s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	
00994	Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk ve smíšeném chrupu zejména pro protruzní vady s incizálním schůdkem 9 mm a více, zkřížený skus, diastema větší než 4 mm, zákus, retence nebo dystopie horního stálého řezáku. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu.	Lze vykázat 1 / 1 čelist do dne dosažení 10 let věku pojištěnce. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00802. Lokalizace – čelist. Nelze vykázat u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Materiál malého fixního ortodontického aparátu není hrazen ze zdravotního pojištění. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	1 421 Kč
00800	Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem – jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu, včetně přípravy zubů. Zahrnuje veškerý přímý materiál ortodontického aparátu použitý při zahájení léčby a při pokračování v léčbě v kalendářním roce, ve kterém byl nasazen fixní ortodontický aparát.	Lze vykázat 2 / 1 čelist. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00801, 00802 a 00982. Lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	10 505 Kč
00801	Pokračování léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I Zahrnuje náklady na veškerý přímý materiál ortodontického aparátu použitý v průběhu léčby v jednom kalendářním roce s výjimkou kalendářního roku, ve kterém byl nasazen fixní ortodontický aparát.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok. Lze vykázat při první kontrole léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu v kalendářním roce s výjimkou kalendářního roku, ve kterém byl vykázán kód 00800, a to pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií	1 827 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		(6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Nelze vykázat při kontrole léčby malým fixním ortodontickým aparátem podle kódu 00802. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	
00802	Léčba ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk Léčba ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk. Zahrnuje veškerý přímý materiál ortodontického aparátu použitý při zahájení léčby a v průběhu léčby.	Lze vykázat 1 / 1 čelist. Lokalizace – čelist. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00800, 00801, 00982 a 00994. Lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) do dne dosažení 10 let věku pojištěnce. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	7 878 Kč
00821	Bonifikační kód za ošetření pacienta s morbidní obezitou nad 180 kg ve stomatologii	Lze vykázat 1 / 1 den, max. 5 / 1 měsíc. Lze vykázat pouze u pojištěnců s diagnózou E66.8 podle mezinárodní klasifikace nemocí (morbidní obezita) a s kódy provedeného stomatologického ošetření. Podmínkou úhrady bude doložení technického vybavení pro pacienty s extrémní obezitou Odbornost 014 podle seznamu výkonů	840 Kč
00822	Aplikace prefabrikované korunky na první stálý molár a stálý řezák u pacientů s diagnózou molárová a incizální hypomineralizace skloviny do dne dosažení 18 let Prefabrikovaná ocelová plášťová korunka na první stálý molár nebo prefabrikovaná plastová stripová korunka na stálý řezák. Výkon zahrnuje tangenciální preparaci, pokud je nutná, a adaptaci a fixaci korunky včetně ceny použitého materiálu a prefabrikátu.	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Lze vykázat u hypomineralizačních nebo hypoplastických postižení na třech a více ploškách na stálém moláru nebo stálém řezáku s diagnózou molárová a incizální hypomineralizace skloviny. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	865 Kč
00823	Vyžádané vyšetření orálních infekčních fokusů u registrovaného pojištěnce Vyšetření orální fokální infekce u registrovaného pojištěnce na základě doporučení lékaře, součástí výkonu je vyšetření ústní dutiny včetně vitality	Lze vykázat 1 / 1 den. Kód lze vykázat u registrovaného pojištěnce. Nelze vykázat současně s kódem 00900, 00901, 00903, 00905, 00909 a 00946.	250 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	zubů, zhodnocení výsledku klinického a případného rentgenologického vyšetření a sepsání krátké písemné zprávy obsahující závěr vyšetření. Nemusí navazovat ošetření.	Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	
00824	Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce do dne dosažení 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce II Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost vyšetření a ošetření pojištěnce. Lze vykázat i bez kurativního výkonu.	Lze vykázat 1 / 1 den. U hendikepovaného pojištěnce se kód vykazuje s příslušnou diagnózou. Nelze vykázat s kódem 00906 a 00976. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	265 Kč
00825	Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let II Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce.	Lze vykázat 1 / 1 den. Pouze při kurativní návštěvě (nelze vykázat, byl-li v kombinaci poskytovatelem vykázán pouze některý z kódů 00900, 00901, 00903, 00909, 00946 a nebyla vykázána jiná diagnóza než Z01.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí (zubní vyšetření)). Nelze vykázat s kódem 00907 a 00976. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	195 Kč
00826	Stomatologické ošetření pojištěnce od 15 let do dne dosažení 18 let Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce.	Lze vykázat 1 / 1 den. Pouze při kurativní návštěvě (nelze vykázat, byl-li v kombinaci poskytovatelem vykázán pouze některý z kódů 00900, 00901, 00903, 00909, 00946 a nebyla vykázána jiná diagnóza než Z01.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí (zubní vyšetření)). Nelze vykázat s kódem 00976. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	106 Kč
00827	Premedikace (profylaxe) před stomatologickým ošetřením Aktualizace anamnézy, vysvětlení potřeby premedikace nebo profylaxe, podání nebo vydání potřebné dávky léku, instruktáž podání profylaktické dávky, poučení.	Lze vykázat 1 / 1 případ. Lze vykázat pouze u pojištěnce, u kterého je premedikace nebo profylaxe před stomatologickým ošetřením nezbytná. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	170 Kč
00828	Signální kód zhotovení výplně – 1 ploška Signální kód sloužící pro identifikaci rozsahu výplně.	Lze vykázat 1 / 1 kód 00921. Lze vykázat pouze v kombinaci s kódem 00921. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00829 a 00830.	50 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		Odbornost 014, 015 podle seznamu výkonů.	
00829	Signální kód zhotovení výplně – 2 plošky Signální kód sloužící pro identifikaci rozsahu výplně.	Lze vykázat 1 / 1 kód 00921 Lze vykázat pouze v kombinaci s kódem 00921. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00828 a 00830. Odbornost 014, 015 podle seznamu výkonů.	50 Kč
00830	Signální kód zhotovení výplně – 3 plošky a více (vč. rekonstrukce růžku) Signální kód sloužící pro identifikaci rozsahu výplně.	Lze vykázat 1 / 1 kód 00921 Lze vykázat pouze v kombinaci s kódem 00921. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00828 a 00829. Odbornost 014, 015 podle seznamu výkonů.	50 Kč

Vysvětlení zkratek:

PZL praktický zubní lékař
PA parodontolog
CH stomatochirurg
PE pedostomatolog

Příloha č. 12

Léčivé přípravky a zdravotnické prostředky hrazené podle přílohy č. 1 části A bodu 1.4

1. Podle přílohy č. 1 části A bodu 1.4 se hradí:
   1.1 Léčivé přípravky následujících ATC skupin:

   B02BB01
   B02BD01
   B02BD02
   B02BD03
   B02BD04
   B02BD05
   B02BD06
   B02BD07
   B02BD08
   B02BD10
   B02BX06
   B05AA02
   J07BB02
   V03AB38

   1.2 Individuálně vyráběné léčivé přípravky podle dokumentu zdravotních pojišťoven závazného pro poskytovatele na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou:

   Kryoprotein (0207926)
   Plazma čerstvá, zmrazená pro klinické použití (0207921)
   Plazma rekonvalescentní (0207928)
   Plazma rekonvalescentní patogen-inaktivovaná (0207929, 0207922)

   1.3 Sériově vyráběné zdravotnické prostředky podle dokumentu zdravotních pojišťoven závazného pro poskytovatele na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou:

   Implantabilní zdravotnické prostředky do kostní tkáně – nitrodřeňové hřeby a distraktory pro prolongaci dlouhé kosti, zejména:

   30142642
   30143182
   30143184
   30143211
   30143222
   30143223
   a jim vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

   Adsorpční kolony pro opakované použití, zejména:

   30169494
   30194428
   a jim vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

   Systém pro vnitřně-zevní punkci, zejména:

   30153314
   a vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

   Implantát – umělá náhrada pro obnovu chrupavky, zejména:

   30194910
   a vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

Příloha č. 13

Výše úhrad podle § 20

1. Úhrada za hrazené služby jednodenní péče se stanoví následovně:

$$Úhrada_{JP,2025} = \left(\sum_{i=1}^{n} Úhrada_{JP,i} * Počet_výkonů_{JP,i}\right) - EM_{JP}$$

kde:

$Úhrada_{JP,2025}$ je celková výše úhrady za hrazené služby jednodenní péče poskytnuté v hodnoceném období.

$Úhrada_{JP,i}$ je výše úhrady za výkon *i* jednodenní péče, kde *i* nabývá hodnot *1* až *n* a označuje výkon jednodenní péče podle bodu 5.

$Počet_výkonů_{JP,i}$ je počet výkonů *i* jednodenní péče poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v hodnoceném období, kde *i* nabývá hodnot *1* až *n* a označuje výkon jednodenní péče podle bodu 5.

EM_{JP} je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci hrazených služeb jednodenní péče poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v hodnoceném období, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

2. Úhrada podle bodu 1 se vztahuje pouze na zdravotní služby poskytnuté na operačním sále pojištěncům s diagnózou U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo pojištěncům, u nichž není možné tyto diagnózy vykázat. Operačním sálem se pro účely této vyhlášky rozumí prostor splňující požadavky podle části I. bodů 22 a 23 přílohy č. 4 k vyhlášce č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

3. Poskytovatel jednodenní péče společně s výkonem jednodenní péče vykazuje poskytnuté výkony podle seznamu výkonů a spotřebovaný zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, a to za účelem zařazení výkonu jednodenní péče podle bodu 5; úhrada těchto výkonů, materiálu a léčivých přípravků je zahrnuta v úhradě za výkon jednodenní péče podle bodu 5. Při zařazení výkonu jednodenní péče podle bodu 5 se na základě stanovené vazby na CZ-DRG skupinu přiměřeně použije Klasifikace, přičemž pokud výkon nelze takto zařadit, nelze jej uhradit jako výkon jednodenní péče podle této přílohy. Věta první a druhá se nepoužijí, pokud zdravotní pojišťovna poskytovateli neumožnila vykazovat podle věty první, přičemž dokud zdravotní pojišťovna toto vykazování poskytovateli neumožní, poskytovatel při vykazování postupuje obdobně jako v roce 2024. V případě, že zdravotní pojišťovna vykazování podle tohoto bodu poskytovateli neumožní nejpozději od 1. července hodnoceného období, úhrada podle bodu 1 se navýší o 5 %.

4. Vyžádanou extramurální péčí se rozumí péče související s poskytováním hrazené jednodenní péče u poskytovatele, kterou si poskytovatel vyžádal, která byla pojištěnci poskytnuta jiným poskytovatelem v době od přijetí pojištěnce na lůžko jednodenní péče do jeho propuštění z tohoto lůžka a kterou tento jiný poskytovatel vykazuje zdravotní pojišťovně.

5. Výše úhrad za hrazené služby jednodenní péče a vybrané akutní lůžkové péče:

Odbornost	Kód výkonu	CZ-DRG skupina	Název výkonu nebo CZ-DRG skupiny	Výše úhrady	Možnost úhrady akutní lůžkové péče
107	10818	05-I14-03	Implantace dvoukomorového nebo subkutánního kardioverteru-defibrilátoru u pacientů s CC=0-3	378 878 Kč	Ano
107	10819	05-I14-04	Implantace dvoudutinového nebo jednodutinového kardioverteru-defibrilátoru u pacientů s CC=0-3	317 718 Kč	Ano
107	10820	05-I25-02	Implantace dvoukomorového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3	185 781 Kč	Ano
107	10821	05-I25-03	Implantace dvoudutinového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3	90 477 Kč	Ano
107	10822	05-I25-04	Implantace jednodutinového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3	68 059 Kč	Ano
107	10823	05-M06-07	Angioplastika 2 a více věnčitých tepen při jiném onemocnění srdce; lze vykázat pouze v centru vysoce specializované péče typu KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, Kardio, KardioDěti dle přílohy č. 10	120 760 Kč	Ano
107	10824	05-M06-08	Angioplastika 1 věnčité tepny při jiném onemocnění srdce; lze vykázat pouze v centru vysoce specializované péče typu KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, Kardio, KardioDěti dle přílohy č. 10	86 514 Kč	Ano
107	10825	05-M09-00	Dočasná srdeční stimulace nebo úprava endokardiální elektrody	47 707 Kč	Ano
501	-	05-I30-01	Operace povrchových končetinových žil s ošetřením refluxu otevřeným přístupem	36 526 Kč	Ano
501	10133	05-I30-01	Vysoká ligatura venae saphenae magnae + stripping subfasciální ligatury vv. perforantes - jedna noha	36 218 Kč	Ne
501	10418	05-I30-01	Vysoká ligatura venae saphenae magnae + stripping subfasciální ligatury vv. perforantes - obě nohy	49 401 Kč	Ne
501	10827	05-I30-02	Operace povrchových končetinových žil termickými metodami	22 601 Kč	Ano
501	10806	06-I15-00	Antirefluxní plastika; fundoplikace laparoskopicky	89 677 Kč	Ano
501	10408	06-I16-02	Výkon laparoskopický a torakoskopický - hernioplastika oboustranná primární	66 466 Kč	Ano
501	10407	06-I16-03	Výkon laparoskopický a torakoskopický - hernioplastika jednostranná primární nebo hernioplastika recidivující kýly	51 092 Kč	Ano

Odbornost	Kód výkonu	CZ-DRG skupina	Název výkonu nebo CZ-DRG skupiny	Výše úhrady	Možnost úhrady akutní lůžkové péče
501	10826	06-I16-04	Otevřený chirurgický výkon pro tříselnou nebo stehenní kýlu u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-2	35 904 Kč	Ano
501	10412	06-I16-05	Otevřený chirurgický výkon pro tříselnou nebo stehenní kýlu u dětí do 16 let věku s CC=0-2	28 484 Kč	Ano
501	10115	06-I17-02	Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu s použitím implantátu nebo korekce rozestupu přímých svalů břišních u pacientů s CC=0-2	48 859 Kč	Ano
501	10807	06-I17-03	Výkon pro recidivující břišní nebo pupeční kýlu u pacientů s CC=0-2	43 908 Kč	Ano
501	10114	06-I17-04	Operace kýly umbilikální nebo epigastrická – dospělí včetně resekce omenta	25 707 Kč	Ano
501	10405	06-I18-05	Výkon laparoskopický a torakoskopický - appendektomie při chronické apendicitidě	44 713 Kč	Ano
501	10123	06-I20-02	Diagnostická videolaparoskopie a videotorakoskopie	54 629 Kč	Ano
501	-	06-I21-03	Perianální výkon pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2	23 916 Kč	Ano
501	10109	06-I21-03	Operace konečníku transanální endoskopickou mikrochirurgickou metodou	36 995 Kč	Ne
501	10124	06-I21-03	Operace rozsáhlého pilonidálního sinu, dermoidní cysty excize rozsáhlých perianálních či gluteálních zánětlivý lézí (hidrosadenitis, aktinomykosis, tbc)	27 083 Kč	Ne
501	10815	06-I21-03	Místní excize léze rekta transsfinkterická, transvaginální, transperineální, sakrální, transpubická vyjma transanálního přístupu nebo perineální korekce prolapsu anu a rekta	26 259 Kč	Ne
501	10112	06-I22-01	Operace hemoroidů dle Longa	34 888 Kč	Ano
501	10111	06-I22-02	Hemoroidektomie	21 937 Kč	Ano
501	10406	07-I10-06	Výkon laparoskopický a torakoskopický - cholecystektomie prostá	52 678 Kč	Ano
501	10103	09-I09-05	Parciální nebo klínovitá resekce mammy s biopsií nebo bez nebo mastektomie jednoduchá ve spolupráci s KOC	25 970 Kč	Ano
501	10800	13-I17-00	Adheziolýza I. stupně laparoskopicky; adheziolýza II. stupně laparoskopicky nebo torakoskopicky; laparoskopicky nebo torakoskopicky lýza adhezí přes 10cm^2	49 739 Kč	Ano
601	10175	09-I08-02	Rekonstrukce prsu syntetickou vložkou; lze vykázat pouze v centru vysoce specializované péče typu OnkoDosp dle přílohy č. 10	47 528 Kč	Ano

Odbornost	Kód výkonu	CZ-DRG skupina	Název výkonu nebo CZ-DRG skupiny	Výše úhrady	Možnost úhrady akutní lůžkové péče
601	10176	09-I09-05	Exstirpace žlázy z periareolárního řezu u gynekomastie	25 970 Kč	Ano
603	10402	11-I14-02	Minimálně invazivní uretropexe k léčbě stressové inkontinence	38 536 Kč	Ano
603	10193	13-I13-02	Plastika poševní přední nebo zadní s plastikou dna pánevního	44 461 Kč	Ano
603	10424	13-I14-02	Salpingektomie nebo adnexetomie a nebo resekce ovaria, ovarektomie, enukleace ovariální cysty, paroviální cystektomie - jedno i oboustranně	56 637 Kč	Ano
603	10802	13-I14-03	Resekční výkon na děložních adnexech pro onemocnění mimo zhoubný novotvar laparoskopickým přístupem - Enukleace jednoduché cysty; resekce cysty ovaria; ovarektomie; adnexetomie; salpingektomie	53 349 Kč	Ano
603	10411	13-I16-00	Enukleace myomů děložních abdominálně nebo vaginálně	64 332 Kč	Ano
603	10803	13-I17-00	Adheziolýza I. stupně laparoskopicky; adheziolýza II. stupně laparoskopicky nebo torakoskopicky; laparoskopicky nebo torakoskopicky lýza adhezí přes 10cm^2	49 739 Kč	Ano
603	10804	13-I19-00	Malý operační výkon pro onemocnění ženské reprodukční soustavy - Konizace cervixu, jakákoliv technika s výjimkou užití laseru; Hysteroskopie diagnostická; Hysteroskopie operační; Marsupializace, extirpace nebo incize abscesu nebo cysty Bartolinské žlázy, drenáž, chemická extirpace	19 528 Kč	Ano
603	10188	14-I08-03	Revize po spontánním potratu	17 882 Kč	Ano
603	10121	23-I09-02	Výkon laparoskopický a torakoskopický – sterilizace	35 709 Kč	Ano
606	-	08-I24-02	Operace pletence ramenního, kostí předloktí a zápěstí mimo poranění u pacientů s CC=0	43 495 Kč	Ano
606	10311	08-I24-02	Rekonstrukce rotátorové manžety	44 203 Kč	Ne
606	10219	08-I24-02	Artroplastika zápěstí a ruky	36 610 Kč	Ne
606	10227	08-I24-02	Rekonstrukce pseudoartrozy kostí karpu včetně skafoidea, metakarpů a článků prstů	40 962 Kč	Ne
606	10238	08-I24-02	Akromioklavikulární / sternoklavikulární rekonstrukce	42 782 Kč	Ne
606	10231	08-I24-02	Exstirpace hlavičky radia, nebo radiální styloidektomie, nebo exstirpace distální části ulny	39 689 Kč	Ne
606	10237	08-I24-02	Resekce klíčku nebo akromia	45 087 Kč	Ne

Odbornost	Kód výkonu	CZ-DRG skupina	Název výkonu nebo CZ-DRG skupiny	Výše úhrady	Možnost úhrady akutní lůžkové péče
606	-	08-I25-02	Operace kostí nártu, dlaně a prstů mimo poranění u pacientů s CC=0	33 259 Kč	Ano
606	10813	08-I25-02	Osteotomie prvního paprsku nohy	36 422 Kč	Ne
606	10814	08-I25-02	Rekonstrukce 2. až 5. paprsku nohy	29 373 Kč	Ne
606	-	08-I26-01	Operace vazivového aparátu kolene mimo poranění	58 474 Kč	Ano
606	10241	08-I26-01	Pozdní rekonstrukce extenzorového aparátu kolena	41 464 Kč	Ne
606	10243	08-I26-01	Operační výkony při chondropatiích kolena	60 601 Kč	Ne
606	-	08-I26-03	Chirurgické uvolnění svalů a šlach mimo poranění	27 018 Kč	Ano
606	10310	08-I26-03	Uvolnění svalu / šlachy	29 225 Kč	Ne
606	10159	08-I26-03	Rozšířená aponeurektomie u formy dupuytrenovy kontraktury s kontrakturou prstu	29 205 Kč	Ne
606	10286	08-I26-03	Operace epikondylitidy	23 614 Kč	Ne
606	10283	08-I31-04	Exstirpace nádoru měkkých tkání - hluboko uložených	28 510 Kč	Ano
606	10447	08-M03-03	Rekonstrukční artroskopie ramene	41 841 Kč	Ano
606	10446	08-M03-04	Rekonstrukční artroskopie mimo ramene	50 423 Kč	Ano
606	10214	08-M03-05	Složitá operační artroskopie	25 383 Kč	Ano
606	10213	08-M03-06	Jednoduchá artroskopie	22 000 Kč	Ano
701	10816	03-I14-02	Chirurgický výkon ve středním uchu pro onemocnění mimo novotvar u pacientů ve věku 3 a více let s CC=0-2	42 788 Kč	Ano
701	10817	03-I17-00	Plastický nebo rekonstrukční výkon nosu, nosní přepážky nebo nosních kůstek	51 349 Kč	Ano
701	10315	03-I20-02	Excize jednoduché exostózy ve zvukovodu	37 463 Kč	Ano
701	10360	03-I21-00	Adenotomie	26 587 Kč	Ano
701	10440	03-I22-02	Přímá laryngoskopie s odstraněním léze	26 553 Kč	Ano
701	10809	03-I23-02	Jiný endonazální výkon pro onemocnění nosu a nosních dutin mimo zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2	26 692 Kč	Ano
706	10399	11-M06-03	Transuretrální resekce nebo discize hrdla měchýře, ev. resekce chlopně uretry, ev. sfinkterotomie	28 323 Kč	Ano
706	10810	12-I08-03	Orchiectomie jednostranná; Orchiektomie radikální jednostranná; Epididymektomie jednostranná	35 879 Kč	Ano

Odbornost	Kód výkonu	CZ-DRG skupina	Název výkonu nebo CZ-DRG skupiny	Výše úhrady	Možnost úhrady akutní lůžkové péče
706	10388	12-I10-02	Orchidopexe	33 003 Kč	Ano
706	10811	12-I13-02	Excize spermatokély nebo operace hydrokély jednostranná; Operace varikokely otevřená jednostranná	30 111 Kč	Ano
706	10383	12-I14-00	Cirkumcize, děti od 3 let a dospělí	24 758 Kč	Ano

[1]) Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 ze dne 29. dubna 2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, v platném znění.

Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009 ze dne 16. září 2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, v platném znění.

Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1231/2010 ze dne 24. listopadu 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]) Dohoda o obchodu a spolupráci mezi Evropskou unií a Evropským společenstvím pro atomovou energii na jedné straně a Spojeným královstvím Velké Británie a Severního Irska na straně druhé.

[3]) 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.

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

[5]) Sdělení Českého statistického úřadu č. 495/2003 Sb., o vydání Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), ve znění pozdějších aktualizací.

[6]) Sdělení Českého statistického úřadu č. 281/2024 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů CZ-DRG.

ISSN 3029-5092

Vydavatel: Ministerstvo vnitra, Nad Štolou 3, poštovní schránka 21, 170 34 Praha 7 • **Redakce Sbírky zákonů a mezinárodních smluv**: Ministerstvo vnitra, nám. Hrdinů 1634/3, poštovní schránka 155/SB, 140 21, Praha 4, telefon: 974 817 289, e-mail: sbirka@mvcr.cz • Sazba: Tiskárna Ministerstva vnitra, Bartůňkova 1159/4, poštovní schránka 10, 149 00 Praha 11-Chodov • **Právně závazná elektronická verze Sbírky zákonů a mezinárodních smluv je k dispozici na www.e-sbirka.cz** • Tištěnou verzi částky Sbírky zákonů a mezinárodních smluv lze objednat u Tiskárny Ministerstva vnitra, telefon: 974 887 312, e-mail: info@tmv.cz, www.tmv.cz • Předplatné je od 1. 1. 2024 ukončeno.