VYHLÁŠKA

ze dne 2026

o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb, výše záloh na úhradu hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2027

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. a zákona č. 289/2025 Sb.:

§ 1

Tato vyhláška stanoví pro rok 2027

a) hodnoty bodu,

b) výši úhrad hrazených služeb, včetně stomatologických výrobků, poskytovaných pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon"), a 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"),

c) výši záloh na úhradu hrazených služeb,

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

§ 2

(1) Referenčním obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2025. Referenčními hodnotami poskytovatele jsou hodnoty příslušných úhradových ukazatelů poskytovatele v referenčním období.

(2) Hodnoceným obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2027.

---

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.

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

(4) Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2027, poskytovatelem vykázané do 29. února 2028 a zdravotní pojišťovnou uznané do 30. dubna 2028, v případě opravného vykázání poskytovatelem vykázané do 31. března 2028 a zdravotní pojišťovnou uznané. Úhrada za hrazené služby vykázané po 31. březnu 2028 vypočtená podle § 4 až 20 se násobí koeficientem 0,95.

(5) Pro účely stanovení výše úhrad hrazených služeb, výše záloh na úhrady hrazených služeb a regulačních omezení se v případě, že dojde v hodnoceném období ke sloučení zdravotních pojišťoven, použije součet údajů za referenční období sloučených zdravotních pojišťoven.

§ 3

(1) Unikátním pojištěncem se při stanovení výše úhrad hrazených služeb, výše záloh na úhradu hrazených služeb a regulačních omezení 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. Je-li stanoveno, že hrazené služby nevstupují do výpočtu celkové nebo obdobné výše úhrady, nevstupují pojištěnci, kterým byly poskytnuty pouze hrazené služby nevstupující do výpočtu celkové nebo obdobné výše úhrady, do tohoto výpočtu jako unikátní pojištěnci.

(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 při stanovení výše úhrad hrazených služeb, výše záloh na úhradu hrazených služeb a regulačních omezení 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 (MKN-10) v jejím aktuálním znění[4)].

(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, 14 a 15 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 vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami[5)] (dále jen „seznam výkonů“) a poskytovateli v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů hrazené kombinovanou kapitačně výkonovou platbou 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 v odbornostech podle seznamu výkonů neuvedených jinde v této vyhlášce a stacionární ambulantní péči (dále jen „specializovaná ambulantní péče“) poskytovanou poskytovateli ambulantní péče hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 3 a 15 k této vyhlášce.

§ 8

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

[4)] Sdělení Českého statistického úřadu č. 495/2003 Sb., o vydání Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), ve znění pozdějších aktualizací.

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

§ 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 v odbornostech 222, 801, 802, 806 až 810, 812 až 818 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen „vyjmenovaná odbornost“) 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 a 921 podle seznamu výkonů, poskytovateli domácí péče v odbornostech 925 a 926 podle seznamu výkonů a poskytovateli ošetřovatelské péče v zařízeních sociálních služeb poskytované podle § 22 písm. d) zákona 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 1,34 Kč, s výjimkou výkonů přepravy podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 1,53 Kč, a s výjimkou výkonu s bodovou hodnotou (dále jen „výkon“) č. 06714 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1,37 Kč.

(2) Úhrada podle odstavce 1 se poskytovateli zdravotnické záchranné služby navýší o 1 550 Kč za každou epizodu péče o pojištěnce 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 1,53 Kč, s výjimkou výkonu přepravy č. 40, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1,65 Kč,

b) neposkytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu s hodnotou bodu ve výši 1,26 Kč, s výjimkou výkonu přepravy č. 40, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1,36 Kč.

(2) Pro výkon přepravy č. 69 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,34 Kč.

§ 16

Pohotovostní služba v oboru zubní lékařství je hrazena paušálně výkonovou úhradou. Paušální složka úhrady se stanoví ve výši 9 600 Kč násobených koeficientem poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu podle přílohy č. 9 k této vyhlášce za jeden den poskytování těchto služeb ve dnech a alespoň v rozsahu podle vyhlášky o pohotovostních službách na pracovišti smluvního poskytovatele pohotovostní služby v oboru zubní lékařství. Pro stanovení výkonové složky úhrady a regulačních omezení 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 102 % smluvně sjednané úhrady za 1 den pobytu pro rok 2026. Nebyla-li úhrada za 1 den pobytu pro rok 2026 sjednána do 31. prosince 2026 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 102 % smluvně sjednané úhrady za 1 den pobytu pro rok 2026. Nebyla-li úhrada za 1 den pobytu pro rok 2026 sjednána do 31. prosince 2026 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 0,78 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 1 336 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 1,16 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 1,12 Kč.

(3) Pro výkony č. 09580 a 09581 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,04 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 33 Kč.

(2) Nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli 17 Kč za každé převedení listinného receptu do elektronické podoby, byl-li na

základě tohoto receptu vydán jejímu pojištěnci léčivý přípravek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely (dále jen „léčivý přípravek“) hrazený z veřejného zdravotního pojištění.

(3) Lékárenská pohotovostní služba je hrazena paušální úhradou, která se za jeden den pohotovostní služby poskytované alespoň v rozsahu podle vyhlášky o pohotovostních službách stanoví ve výši 3 600 Kč násobených koeficientem poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu podle přílohy č. 9 k této vyhlášce.

§ 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 2027.

Ministr:

Mgr. et Mgr. Vojtěch, MHA

podepsáno elektronicky

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 podle bodu 6, úhradu za ambulantní péči podle bodu 7 (dále jen „ambulantní složka úhrady“), úhradu za zdravotní péči na urgentním příjmu a za lékařskou pohotovostní službu podle bodu 8 a ostatní úhrady podle bodu 9.

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 2027[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 582 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, kterým se stanoví úhrada podle přílohy č. 15 k této vyhlášce, jsou vyjmuty z úhrady podle bodů 3 až 8. 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 3 až 8 a přílohy č. 15 k této vyhlášce.

1.5 Pro účely bodů 3 až 9 se poskytovatelem, který má status centra vysoce specializované péče, rozumí poskytovatel, který je podle zákona o zdravotních službách držitelem statusu centra vysoce specializované zdravotní péče nebo centra vysoce specializované zdravotní péče pro pacienty se vzácným onemocněním, nebo smluvním poskytovatelem uvedeným v seznamu center vysoce specializované zdravotní péče podle zákona o zdravotních službách.

1.6 Pokud byl v rámci případu hospitalizace vykázán zvlášť účtovaný materiál pro robotickou operativu a současně výkon č. 09539 podle seznamu výkonů, a současně nebyl vykázán jiný výkon podle seznamu výkonů nebo DRG marker podle Klasifikace označující robotický operační výkon, zvlášť účtovaný materiál pro robotickou operativu se nepoužije při přepočtu případu hospitalizace podle Klasifikace pro účel navýšení dílčí relativní váhy případu hospitalizace pro materiálové náklady při překročení horního mezního bodu materiálových nákladů podle Klasifikace.

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

   Výše a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 části I k této vyhlášce se sjedná ve

[6)] Sdělení Českého statistického úřadu č. 174/2026 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů CZ-DRG.

smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem. Pokud nedojde k dohodě o výši a způsobu úhrady těchto služeb do 31. března hodnoceného období, jsou tyto služby hrazeny podle bodu 4. 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.

3. Paušální úhrada

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

3.2 Výše paušální úhrady se stanoví jako $ÚHR_{PU,CZ-DR\ ,2027}$ podle výrazu:

$$ÚHR_{PU,CZ-DR\ ,2027} = min\left\{1; \frac{CM_{red,2027,CZ-DR\ ,AD}}{0{,}98 * CM_{2025,CZ-DRG,AD}}\right\} * IPU * I_{ZP} - EM_{2027,AD}$$

kde:

a) $CM_{2025,CZ-DRG,AD}$ 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 a D k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 10, částech A a D k této vyhlášce.

b) $EM_{2027,AD}$ 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 A a D k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

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

d) IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

$$IPU = PU_{2025,CZ-DRG,A} * 1{,}035 + PU_{2027,CZ-DRG,D}$$

kde:

$PU_{2025,CZ-DRG,A}$ je referenční výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané služby hrazené heterogenní složkou paušální úhrady, která se stanoví následovně:

i. $CM_{2025,CZ-DR\ ,A} * 97\,500$ Kč pro poskytovatele, který je v hodnoceném období součástí referenční sítě poskytovatelů akutní lůžkové péče podle § 41a zákona a má alespoň v části hodnoceného období alespoň 6 statusů centra vysoce specializované péče a má alespoň v části hodnoceného období status centra vysoce specializované komplexní onkologické péče pro dospělé,

ii. $CM_{2025,CZ-DRG,A} * 90\,000$ Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky podbodu i. a má alespoň v části hodnoceného období status centra vysoce specializované traumatologické péče a alespoň 4 další statusy centra vysoce specializované péče,

iii. pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky podbodů i. a ii., se referenční výše úhrady stanoví následovně:

$$PU_{2025,CZ-DRG,A} = min\{CM_{2025,CZ-DR\ \ ,A-D} * ZS_{max,2025,PU}; max[CM_{2025,CZ-DRG,A-D} * ZS_{min,2025,PU}; \text{Ú}HR_{PU,CZ-DRG,2025} + \text{Ú}HR^{2025}_{EU,A-D} + \text{Ú}HR^{2025}_{ISU,A-D} + EM_{2025,A-D}]\} * \left(\frac{CM_{2025,CZ-DR\ \ ,A}}{CM_{2025,CZ-D\ \ \ ,A-D}}\right)$$

kde:

$CM_{2025,CZ-D\ \ \ ,A-D}$ 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 2027 uvedenými v příloze č. 10, částech A až D k této vyhlášce.

$\text{Ú}HR_{PU,CZ-DR\ \ ,2025}$ je celková výše paušální úhrady uhrazená poskytovateli v referenčním období.

$EM_{2025,A-D}$ 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.

$\text{Ú}HR^{2025}_{ISU,A-D}$ 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.

$\text{Ú}HR^{2025}_{EU,A-D}$ je celková úhrada poskytovateli za případy hospitalizací zahraničních pojištěnců v referenčním období, zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech A až D k této vyhlášce.

$ZS_{min,2025,PU}$ je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 76 000 Kč pro poskytovatele, který v hodnoceném období je součástí referenční sítě poskytovatelů akutní lůžkové péče podle § 41a zákona a zajišťuje péči na urgentním příjmu, 74 000 Kč pro poskytovatele, který v hodnoceném období není součástí referenční sítě a zajišťuje péči na urgentním příjmu, a 70 000 Kč pro poskytovatele, který v hodnoceném období nezajišťuje péči na urgentním příjmu.

$ZS_{max,2025,PU}$ je maximální základní sazba, která se stanoví následovně:

$$ZS_{max,2025,PU} = 0{,}5 * MAX_{2025,PU} + 0{,}5 * IZS_{2025,PU}$$

kde:

$MAX_{2025,PU}$ nabývá hodnoty 145 000 Kč.

$IZS_{2025,PU}$ je referenční individuální základní sazba pro paušální úhradu, která se vypočte následovně:

$$IZS_{2025,PU} = \frac{\acute{U}HR_{PU,CZ-DRG,2025} + \acute{U}HR^{2025}_{EU,A-D} + \acute{U}HR^{2025}_{ISU,A-D} + EM_{2025,A-D}}{CM_{2025,CZ-DRG,A-D}}$$

$PU_{2027,CZ-DRG,D}$ je výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané služby hrazené homogenní složkou paušální úhrady, která se stanoví následovně:

$$PU_{2027,CZ-DRG,D} = CM_{2025,CZ-DRG,D} * CZS_{CZ-DRG,2027} * NM_{PU,D}$$

kde:

$CM_{2025,CZ-DRG,D}$ 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, části D k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 10, části D k této vyhlášce.

$CZS_{CZ-DRG,2027}$ je centrální základní sazba pro CZ-DRG stanovená ve výši 84 000 Kč. V případě, že podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky alespoň 33 % lékařů a 15 % nelékařských zdravotnických pracovníků poskytujících péči u všech poskytovatelů akutní lůžkové péče k 31. prosinci hodnoceného období podstoupilo v období od 1. září hodnoceného období do 31. prosince hodnoceného období očkování proti chřipce, navýší se centrální základní sazba na 85 000 Kč.

$NM_{PU,D}$ je nákladový modifikátor pro homogenní složku paušální úhrady, který se stanoví ve výši 1,15 pro poskytovatele s casemix-indexem (CMI) vyšším než 2,7 podle bodu 4.2 a ve výši 1 pro ostatní poskytovatele.

e) $CM_{red,2027,CZ-DRG,AD}$ 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, částech A a D 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 $PPR_{drg,AD,2027,5} \leq 0{,}075 * PP_{drg,AD,2027}$ nebo pokud $PPR_{drg,AD,2025,5} \leq 0{,}075 * PP_{drg,AD,2025}$, stanoví se redukovaný casemix takto:

$$CM_{red,2027,CZ-DRG,AD} = CM_{2027,CZ-DR\ ,AD}$$

kde:

$PPR_{drg,AD,2027,5}$ 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, částech A a D k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 5.

$PPR_{drg,AD,2025,5}$ 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, částech A a D k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 5.

$PP_{drg,AD,2027}$ 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 A a D k této vyhlášce.

$PP_{drg,AD,2025}$ 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 a D k této vyhlášce.

a kde:

$$CM_{2027,CZ-DR\ ,AD} = \left\{\sum_{i=1}^{n}\left[\sum_{j=1}^{m} max\left(CM_{2027,JPL,AD,ij}; CM_{2027,CZ-DRG,AD,ij}\right)\right]\right\}$$

kde:

$CM_{2027,CZ-DRG,AD,ij}$ 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 A a D k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 10, částech A a D k této vyhlášce. Index *i* označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, částech A a D k této vyhlášce. Index *j* označuje jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny *i*.

$CM_{2027,JPL,AD,ij}$ 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. 14, části A k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 14, části A k této vyhlášce. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u skupiny *i* v příloze č. 14, části A k této vyhlášce.

ii. V ostatních případech se redukovaný casemix stanoví takto:

$$CM_{red,2027,CZ-DR\ ,AD} = CM_{1,2027,CZ-DRG,AD} + CM_{red.5}$$

kde:

$$CM_{1,2027,CZ-DRG,AD} = \left\{\sum_{i=1}^{n}\left[\sum_{j=1}^{m} max\left(CM_{1,2027,JPL,AD,ij}; CM_{1,2027,CZ-DRG,AD,ij}\right)\right]\right\}$$

kde:

$CM_{1,2027,CZ-DRG,AD,ij}$ je případ hospitalizace *j* poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, který nebyl ukončen kódem ukončení léčení 5, zařazený podle Klasifikace do skupiny *i* vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech A a D k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 10, částech A a D k této vyhlášce. Index *i* označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, částech A a D k této vyhlášce. Index *j* označuje jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny *i*.

$CM_{1,2027,JPL,AD,ij}$ je případ hospitalizace *j* poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, který nebyl ukončen kódem ukončení léčení 5, zařazený podle Klasifikace do skupiny *i* vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 14, části A k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 14, části A k této vyhlášce. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u skupiny *i* v příloze č. 14, části A k této vyhlášce.

a kde:

$$CM_{red,5} = \left\{\sum_{i=1}^{n}\left[\sum_{j=1}^{m} max\left(CM_{2027,JPL,AD,5,ij}; CM_{2027,CZ-DRG,AD,5,ij}\right)\right]\right\} * min\left[1; \left(X * \frac{PPR_{drg,AD,2025,5}}{PPR_{drg,AD,2027,5}} * \frac{PP_{drg,AD,2027}}{PP_{drg,AD,2025}}\right)\right]$$

kde:

$CM_{2027,CZ-DRG,AD,5,ij}$ je případ hospitalizace *j* poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, který byl ukončen kódem ukončení léčení 5, zařazený podle Klasifikace do skupiny *i* vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech A a D k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 10, částech A a D k této vyhlášce. Index *i* označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, částech A a D k této vyhlášce. Index *j* označuje jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny *i*.

$CM_{2027,JPL,AD,5,ij}$ je případ hospitalizace *j* poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, který byl ukončen kódem ukončení léčení 5, zařazený podle Klasifikace do skupiny *i* vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 14, části A k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 14, části A k této vyhlášce. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u skupiny *i* v příloze č. 14, 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.

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

$$I_{ZP} = max\left[1; ARCTG\left(3 * \frac{CM_{red,2027,CZ-DR\ ,AD}}{CM_{2025,CZ-DRG,AD}} - 1{,}443\right)\right]$$

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, a dále služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části I k této vyhlášce, pokud nedojde k dohodě o výši a způsobu úhrady těchto služeb do 31. března hodnoceného období podle bodu 2.

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

$$\text{ÚHR}_{vyčl,CZ-DRG,2027} = \left\{\sum_{i=1}^{n}\left[\sum_{j=1}^{m} max\left(CM_{CE,nepovinnéJPL,ij}; CM_{2027,CZ-DRG,CE,ij} * NM_{CE}\right) * CZS_{CZ-DRG,2027} * KC_{CE,ij}\right]\right\} + CM_{CE,povinnéJPL} * CZS_{CZ-DRG,2027} + BON_{mRS-90} + \text{ÚHR}_{TEP,2027} - EM_{2027,CE}$$

kde:

a) $CM_{2027,CZ-DRG,CE,ij}$ 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, vynásobený relativními váhami 2027 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*. Do případů hospitalizací podle věty první se nezahrnou případy hospitalizací zahrnuté do proměnné $CM_{CE,povinnéJPL}$.

b) $CM_{CE,nepovinnéJPL,ij}$ 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. 14, části B k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 14, části B k této vyhlášce. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u skupiny *i* v příloze č. 14, části B k této vyhlášce.

c) $KC_{CE,ij}$ 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 uvedené pro danou skupinu v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, podle toho, zda poskytovatel má alespoň v části hodnoceného období alespoň 1 status centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, nebo tento status ani v části hodnoceného období nemá, a ve výši 1, pokud daná skupina nemá uveden žádný status centra vysoce specializované péče v příloze č. 10 částech C a E k této vyhlášce, a ve výši nejméně 1 u případů hospitalizace *j*, 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.

d) $CM_{CE,povinnéJPL}$ 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. 14, části C k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 14, části C k této vyhlášce. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u těchto skupin v příloze č. 14, části C k této vyhlášce.

e) $EM_{2027,CE}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupiny vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin 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.

f) NM_{CE} je nákladový modifikátor pro vyčleněnou úhradu, který se stanoví následovně:

i. 1,30 pro poskytovatele s casemix-indexem referenčního období (CMI) vyšším než 2,7. CMI se vypočte následovně:

$$CMI = \frac{CM_{2025,CZ-\quad,všechnyZP}}{PP_{drg,2025,všechnyZP}}$$

kde:

$CM_{2025,CZ-DR\ ,všechnyZP}$ je počet případů hospitalizací 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 2027 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce, za všechny zdravotní pojišťovny dohromady.

$PP_{drg,2025,všechnyZP}$ je počet případů hospitalizací 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, za všechny zdravotní pojišťovny dohromady.

ii. 1,25 pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky podbodu i., který je v hodnoceném období součástí referenční sítě poskytovatelů akutní lůžkové péče podle § 41a zákona a má alespoň v části hodnoceného období alespoň 6 statusů centra vysoce specializované péče a má alespoň v části hodnoceného období status centra vysoce specializované komplexní onkologické péče pro dospělé,

iii. 1,1 pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky podbodů i. a ii. a má alespoň v části hodnoceného období status centra vysoce specializované traumatologické péče a alespoň 4 další statusy centra vysoce specializované péče,

iv. 1 pro ostatní poskytovatele.

g) BON_{mRS-9} je navýšení úhrady za péči o pacienty po cévní mozkové příhodě, které zdravotní pojišťovna poskytovateli uhradí, pokud u 90 % pojištěnců mimo zahraničních pojištěnců, u nichž byly poskytovatelem vykázány a zdravotními pojišťovnami uznány případy hospitalizace pacientů ukončené v hodnoceném období do 31. října zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze 01-K10-01 až 01-K10-06 podle přílohy č. 10 části C k této vyhlášce, a do skupin vztažených k diagnóze 01-C02-01 až 01-C02-04 a 01-M02-00 podle přílohy č. 10 části E k této vyhlášce, a u nichž nedošlo do 120 dnů od ukončení této hospitalizace k zániku zdravotního pojištění, je při propuštění z této hospitalizace poskytovatelem vykázán kód U55.20 až U55.26 podle mezinárodní klasifikace nemocí a zároveň je mezi 85. a 120. dnem po ukončení

hospitalizace vykázán kterýmkoliv poskytovatelem doplňkový kód U55.30 až U55.36 podle mezinárodní klasifikace nemocí, přičemž plnění těchto podmínek navýšení úhrady se vyhodnotí za všechny zdravotní pojišťovny; navýšení úhrady pro jednotlivou zdravotní pojišťovnu se stanoví v následující výši:

$$BON_{mRS-90} = 0{,}05 * CZS_{CZ-DRG,2027} * CM_{CMP,CZ-DRG,2027}$$

kde:

$CM_{CMP,CZ-DRG,2027}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období do 31. října, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze 01-K10-01 až 01-K10-06 podle přílohy č. 10 části C k této vyhlášce, a do skupin vztažených k diagnóze 01-C02-01 až 01-C02-04 a 01-M02-00 podle přílohy č. 10 části E k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce.

h) $ÚHR_{TEP,2027}$ je úhrada služeb zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části I k této vyhlášce, pokud nedojde k dohodě o výši a způsobu úhrady těchto služeb do 31. března hodnoceného období podle bodu 2, která se stanoví následovně:

$$ÚHR_{TEP,2027} = 0{,}875 * CM_{2027,CZ-DR\ ,I} * CZS_{CZ-DRG,2027} * NM_{TEP} * BON_{TEP} - EM_{2027,I}$$

kde:

$CM_{2027,CZ-DRG,I}$ 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 I k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 10, části I k této vyhlášce.

NM_{TEP} je nákladový modifikátor pro totální endoprotézy, který se stanoví ve výši 1,15 pro poskytovatele, který je v hodnoceném období součástí referenční sítě poskytovatelů akutní lůžkové péče podle § 41a zákona a má alespoň v části hodnoceného období alespoň 6 statusů centra vysoce specializované péče a má alespoň v části hodnoceného období status centra vysoce specializované komplexní onkologické péče pro dospělé, a ve výši 1 pro ostatní poskytovatele.

$EM_{2027,I}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupiny vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, části I k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

BON_{TEP} je bonifikace za vykazování stratifikačních a kvalitativních parametrů totálních endoprotéz, která se stanovuje ve výši 1,025, pokud poskytovatel zároveň plní všechna níže uvedená hodnocená kritéria, a ve výši 1 v ostatních případech:

- Alespoň u 90 % pojištěnců s hospitalizací poskytovatelem vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou, ukončenou v hodnoceném období, zařazenou podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 části I k této vyhlášce, je v hodnoceném období vykázána diagnóza U60.10 až U60.7 podle mezinárodní klasifikace nemocí kterýmkoliv poskytovatelem.
- Alespoň u 90 % 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 I k této vyhlášce, je v hodnoceném období poskytovatelem vykázána diagnóza U54.1 až U54.6 podle mezinárodní klasifikace nemocí.
- Alespoň u 50 % případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v období od 1. července do 31. prosince hodnoceného období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 části I k této vyhlášce, je v hodnoceném období vykázán DRG marker č. 91999 nebo signální výkon dodržení národního klinického protokolu pro totální endoprotézy.
- Alespoň u 50 % pojištěnců s hospitalizací poskytovatelem vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou, ukončenou v období od 1. července do 31. prosince hodnoceného období, zařazenou podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 části I k této vyhlášce, je pojištěncem nejdříve 60 dní před přijetím k hospitalizaci a nejpozději do 90 dnů po ukončení hospitalizace vyplněn dotazník hodnocení výsledků léčby (PROMs - Patient-Reported Outcome Measures) metodiky Oxford Knee Score nebo Oxford Hip Score s využitím elektronického dotazníkového nástroje zdravotní pojišťovny. V případě, že zdravotní pojišťovna pojištěncům vyplnění dotazníku neumožní, považuje se toto kritérium za splněné.

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, F, G a H k této vyhlášce a bonifikaci za dětské pojištěnce.

5.2 Výše úhrady formou případového paušálu se stanoví jako $ÚHR_{PP,CZ-D\ \ \ ,2027}$ podle výrazu:

$$ÚHR_{PP,CZ-DRG,2027} = \left\{\sum_{i=1}^{n}\left[\sum_{j=1}^{m} max\left(CM_{BFG,nepovinnéJPL,ij}; CM_{2027,CZ-DRG,BFG,ij} * NM_{PP}\right) * CZS_{CZ-DRG,2027} * KC_{BFG,ij}\right]\right\}$$
$$+ CZS_{CZ-D\ \ \ ,2027} * \left(CM_{BFG,povinnéJPL} + 0{,}5 * CM_{děti} + CM_{red,2027,CZ-DRG,H} * K_{DZ}\right) - EM_{2027,BFGH}$$

kde:

a) $CM_{2027,CZ-DRG,BFG,ij}$ 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, vynásobený relativními váhami 2027 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*. Do případů hospitalizací podle věty první se nezahrnou případy hospitalizací zahrnuté do proměnné $CM_{BFG,povinnéJPL}$.

b) $CM_{BFG,nepovinnéJPL,ij}$ 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. 14, části D k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 14, části D k této vyhlášce. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u skupiny *i* v příloze č. 14, části D k této vyhlášce.

c) $CM_{BFG,povinnéJPL}$ 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. 14, části E k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 14, části E k této vyhlášce. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u těchto skupin v příloze č. 14, části E k této vyhlášce.

d) $CM_{děti}$ je počet případů hospitalizací pacientů, kteří v den přijetí k hospitalizaci nedovršili 18 let věku, vykázaných poskytovatelem, který má alespoň v části hodnoceného období statut centra vysoce specializované komplexní onkologické péče, zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části J k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

e) $EM_{2027,BFGH}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupiny vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech B, 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.

f) $KC_{BFG,ij}$ 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 uvedené pro danou skupinu v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce, podle toho, zda poskytovatel má alespoň v části hodnoceného období alespoň 1 status centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce, nebo tento status ani v části hodnoceného období nemá, a ve výši 1, pokud daná skupina nemá uveden žádný status centra vysoce specializované péče v příloze č. 10 částech B, F a G k této vyhlášce, a ve výši nejméně 1 u případů hospitalizace *j*, 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.

g) NM_{PP} je nákladový modifikátor pro případový paušál, který se stanoví ve výši 1,15 pro poskytovatele s casemix-indexem (*CMI*) vyšším než 2,7 podle bodu 4.2 a ve výši 1 pro ostatní poskytovatele.

h) K_{DZ} je koeficient péče o duševní zdraví, který se stanoví následovně:

$$K_{DZ} = 1 + KP_{krit} + K_{CDZ} + K_{DS} + K_{TransNLP}$$

kde:

i. KP_{krit} je koeficient plnění kritérií poskytování akutní psychiatrické péče, který nabývá hodnoty 0,04 v případě, že poskytovatel splňuje současně všechny podmínky uvedené v bodě 5.3. V ostatních případech KP_{Krit} nabývá hodnoty -0,06.

ii K_{CDZ} je koeficient bonifikace za provoz centra duševního zdraví, který nabývá nejvyšší splněnou hodnotu, přičemž pokud poskytovatel alespoň v části hodnoceného období poskytoval služby v odbornosti 350, 360, 370 nebo 922 podle seznamu výkonů nabývá hodnoty 0,03, pokud alespoň v části hodnoceného období poskytoval služby v odbornosti 355 podle seznamu výkonů nabývá hodnoty 0,04, a pokud alespoň v části hodnoceného období poskytoval služby v odbornosti 355 podle seznamu výkonů a zároveň alespoň v jedné z odborností 350, 360, 370 nebo 922 podle seznamu výkonů nabývá hodnoty 0,06.

iii. K_{DS} je koeficient bonifikace za provoz denního stacionáře, který nabývá hodnoty 0,03 v případě, že poskytovatel alespoň v části hodnoceného období poskytoval služby v rámci denního psychiatrického stacionáře vykazovaného výkony č. 00043 podle seznamu výkonů, a hodnoty 0,02 v případě, že nevykazoval výkony č. 00043 podle seznamu výkonů, ale vykazoval výkony č. 00041 nebo 00042 podle seznamu výkonů.

iv. $K_{TransNLP}$ je koeficient plnění transformačního plánu a redukce následné lůžkové péče, který se stanoví ve výši 0 pro poskytovatele bez transformačního plánu, a pro poskytovatele s transformačním plánem se vypočte následovně:

$$K_{TransNLP} = 0{,}10 * \sqrt{\frac{0{,}25 * PLNLP_{2018}}{PLNLP_{2030}}} * \min\left[1{,}1; \frac{PLNLP_{2018} - PLNLP_{2027}}{0{,}85 * (PLNLP_{2018} - PLNLP_{2030})}\right]$$

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 určených k vykazování výkonů č. 00090 a 00091 podle seznamu výkonů, který je podle transformačního plánu plánován k 31. prosinci 2030.

$PLNLP_{2027}$ je celkový počet lůžek následné a dlouhodobé specializované psychiatrické lůžkové péče, s výjimkou lůžek ochranné léčby

určených k vykazování výkonů č. 00090 a 00091 podle seznamu výkonů, k 31. prosinci hodnoceného období.

i) $CM_{red,2027,CZ-D\ \ ,H}$ je redukovaný casemix, který se vypočítá následovně:

i. 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, části H k této vyhlášce menší nebo roven 30, stanoví se redukovaný casemix následovně:

$$CM_{red,2027,CZ-DR\ \ ,H} = CM_{2027,CZ-DRG,H}$$

ii. V ostatních případech se redukovaný casemix stanoví následovně:

$$CM_{red,2027,CZ-DR\ \ ,H} = CM_{2027,CZ\qquad ,H} * min\left\{1; X * \frac{max\left(14; LOS^{median}_{2025,CZ-DR\ \ ,H}\right)}{LOS^{median}_{2027,CZ-DRG,H}}\right\}$$

kde:

$CM_{2027,CZ-DRG,H}$ 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 H k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

$LOS^{median}_{2025,CZ-DR\ \ ,H}$ 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, části H k této vyhlášce.

$LOS^{median}_{2027,CZ-\ \ \ ,H}$ 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, části H k této vyhlášce.

X je proměnná podle bodu 3.2.

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 $CM_{red,2027,CZ-DRG,H}$ následující referenční hodnotu:

$$LOS^{median}_{2025,CZ-DR\ \ ,H} = 18$$

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, části 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, části 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, části 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, části 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, části H k této vyhlášce.

6. V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním období nebo hodnoceném období hrazené služby v rámci 50 a méně případů hospitalizací pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části I k této vyhlášce v případě, že tyto služby jsou hrazeny podle bodu 2, hradí se tyto hrazené služby následovně:

$$\text{Úhr}_{pod50,CZ-DR\ ,2027} = \left(CM_{2027,CZ-DR\ ,AD} + CM_{2027,CZ-DRG,H} * K_{DZ} + 0{,}875 * CM_{2027,CZ-DRG,I}\right) * ZS_{pod50} + \left\{\sum_{i=1}^{n}\left[\sum_{j=1}^{m} max\left(CM_{BCEFG,nepovinnéJPL,ij} * CZS_{CZ-DR\ ,2027}; CM_{2027,CZ-DRG,BCEFG,ij} * ZS_{pod50}\right) * KC_{BCEFG,ij}\right]\right\} + CM_{BCEFG,povinnéJPL} * CZS_{CZ-DRG,2027} - EM_{pod50,2027}$$

kde:

$CM_{2027,CZ-DRG,BCEFG,ij}$ 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 2027 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*. Do případů hospitalizací podle věty první se nezahrnou případy hospitalizací zahrnuté do proměnné $CM_{BCEFG,povinnéJPL}$.

$CM_{BCEFG,nepovinnéJPL,ij}$ 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. 14, částech B a D k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 14, částech B a D k této vyhlášce. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u skupiny *i* v příloze č. 14, částech B a D k této vyhlášce.

$KC_{BCEFG,i}$ 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 uvedené pro danou skupinu v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce, podle toho, zda poskytovatel má alespoň

v části hodnoceného období alespoň 1 status centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10 částech B, C, E, F a G k této vyhlášce, nebo tento status ani v části hodnoceného období nemá, a ve výši 1, pokud daná skupina nemá uveden žádný status centra vysoce specializované péče v příloze č. 10 částech B, C, E, F a G k této vyhlášce, a ve výši nejméně 1 u případů hospitalizace *j*, 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.

$CM_{BCEFG,povinnéJPL}$ 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. 14, částech C a E k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 14, částech C a E k této vyhlášce. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u těchto skupin v příloze č. 14, částech C a E k této vyhlášce.

$EM_{pod50,2027}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupiny vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin 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} je základní sazba CZ-DRG pod 50 případů hospitalizací, která se stanoví následovně:

$$ZS_{pod50} = CZS_{CZ-DRG,2027} * NM_{PP}$$

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 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 péče hrazené podle bodu 8 a 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 pohotovostní služby v oboru zubní lékařství se hradí podle § 16. Hrazené služby poskytované v rámci lékárenské pohotovostní služby se hradí podle § 19.

7.3 Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 006 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,98 Kč.

7.4 Hrazené služby

a) poskytované poskytovateli v odbornostech 350, 355, 370, 920, 922 a 935 podle seznamu výkonů, se hradí s hodnotou bodu, která se určí podle části A bodu 1 přílohy č. 3 k této vyhlášce, přičemž při vyhodnocení písmene l) se přihlíží jen k dané odbornosti,

b) poskytované poskytovateli v odbornostech 305, 306, 308, 309, 360, 901, 910, 919 a 931 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu, která se určí podle části A bodu 1 přílohy č. 3 k této vyhlášce, přičemž při vyhodnocení písmene l) se přihlíží jen k dané odbornosti,

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 8 v odbornostech 305, 308, 901, 914, 920 a 935 podle seznamu výkonů poskytovatelem splňujícím podmínky pro paušální bonifikaci za poskytování psychiatrické krizové péče při urgentním příjmu podle bodu 8 se hodnota bodu pro tyto hrazené služby stanoví ve výši 1,24 Kč a v odbornosti 306 podle seznamu výkonů a pro výkony podle kapitoly 931 seznamu výkonů ve výši 1,39 Kč, přičemž hodnoty bodu pro tyto odbornosti podle písmen a) až 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. l) 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. i) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21.

7.6 Hrazené služby poskytované pojištěncům do dne dosažení 15 let

a) v odbornostech specializované ambulantní péče podle seznamu výkonů s výjimkou hrazených služeb podle bodů 7.4, 7.5 a 7.13 se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. k) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,

b) v odbornostech 809 a 810 podle seznamu výkonů s výjimkou hrazených služeb podle bodu 7.14 se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 3 přílohy č. 5 k této vyhlášce násobené koeficientem BON_{rad} podle bodu 7.21.

7.7 Výkony 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 poskytovateli

a) v odbornosti 921 podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu 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 se nepoužije,

b) 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 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 1,23 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 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,

d) č. 97112 až 97124 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 1 písm. e) přílohy č. 5 k této vyhlášce,

e) č. 87697, 87800, 99790 až 99800 a 99804 až 99806 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 1 písm. f) přílohy č. 5 k této vyhlášce.

7.13 Výkony

a) č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15800 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. h) 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. h) 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. h) 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. h) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,

e) č. 75022 podle seznamu výkonů, vykázané společně s výkonem č. 02040 nebo 02041 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 násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21.

7.14 Výkony

a) č. 89111 až 89131, 89660, 89661 a 89951 až 89958 podle seznamu výkonů, a výkony č. 89970 podle seznamu výkonů 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,

b) č. 89711 až 89725 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 3 písm. c) věty první přílohy č. 5 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{rad} podle bodu 7.21.

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 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 C 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 a 7.13, 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. l) a bodu 2 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 7.6 a 7.11 až 7.14, 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, s výjimkou výkonů podle kapitol 819 a 999 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 1 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 ve výši 1,04 Kč. 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 2 520 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 B bodu 1 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 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 bodů 3 a 4 přílohy č. 6 k této vyhlášce a výpočet celkové výše úhrady podle části A bodu 5 přílohy č. 6 k této vyhlášce se nepoužijí.

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 bodů 3 a 4 a výpočet celkové výše úhrady podle bodu 5 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:

$$Úhr_amb_{2027} = Úhr_amb_{2027,lab} + Úhr_amb_{2027,radost}$$

kde:

a) $Úhr_amb_{2027,lab}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodu 7.17 písm. b), která se stanoví ve výši:

$$Úhr_amb_{2027,lab} = min\left\{min\left[1; \frac{Hodnota_péče_{2027,lab}}{Hodnota_péče_{2025,lab}}\right] * KN_{amb}^{lab} * Úhr_amb_{ref} * \frac{Hodnota_péče_{ref,lab}}{Hodnota_péče_{ref}^{red}}; Hodnota_péče_{2027,lab}\right\}$$

kde:

i. $Hodnota_péče_{ref,lab}$ 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.

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

$$Hodnota_péče_{2025,lab} = \left(\sum_{i=1}^{n}\{PB_{i,2025,lab} * HB_{i,2027,lab}\} + KP_{2025,lab}\right) * BON_{lab}$$

kde:

$PB_{i,2025,lab}$ 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.

$HB_{i,2027,lab}$ 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).

$KP_{2025,lab}$ 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:

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

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, 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.

iii. $Hodnota_péče_{2027,lab}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.17 písm. b) v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2027,lab} = \left(\sum_{i=1}^{n}\{PB_{i,2027,lab} * HB_{i,2027}\} + KP_{2027,lab}\right) * BON_{lab}$$

kde:

$PB_{i,2027,lab}$ 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).

$KP_{2027,lab}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodu 7.17 písm. b).

iv. KN_{amb}^{lab} je koeficient navýšení pro ambulantní laboratoře, který se stanoví ve výši:

$$KN_{amb}^{lab} = 1{,}045 + změnaBON_{lab}$$

kde:

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

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

kde:

$změnaBON_{prodloužený_režim}^{lab}$ 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 **v referenčním období** v rozsahu:	**<12/7**	0	0,02	0,03	0,04
	12/7	-0,02	0	0,01	0,02
	16/7	-0,03	-0,01	0	0,01
	24/7	-0,04	-0,02	-0,01	0

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

$$Úhr_amb_{ref} = \frac{Hodnota_péče_{ref}^{red}}{Hodnota_péče_{ref}} * min\left[Hodnota_péče_{ref}; 0{,}5 * Úhr_amb_{2025} + 0{,}5 * Hodnota_péče_{ref}\right]$$

kde:

$Úhr_amb_{2025}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 7.6, 7.8 písm. a), 7.12 písm. e), 7.13 písm. e), 7.14 písm. b) a 7.15 až 7.20, včetně úhrady za výkony klinických vyšetření podle seznamu výkonů vykázané v odbornostech zahrnutých v referenčním období v regulované složce ambulantní úhrady u pojištěnce ve stejný den, ve který byl vykázán některý z výkonů č. 06720, 06726, 06727, 06728, 06729 podle seznamu výkonů, a včetně úhrady zahraničních pojištěnců, s výjimkou hrazených služeb v odbornostech 210, 301, 302, 303, 304, 405, 409, 502, 704 a 707 podle seznamu výkonů.

$Hodnota_péče_{ref}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.6, 7.8 písm. a), 7.12 písm. e), 7.13 písm. e), 7.14 písm. b) a 7.15 až 7.20 v referenčním období, včetně hodnoty výkonů klinických vyšetření podle seznamu výkonů vykázaných v odbornostech zahrnutých v referenčním období v regulované složce ambulantní úhrady u pojištěnce ve stejný den, ve který byl vykázán některý z výkonů č. 06720, 06726, 06727, 06728, 06729 podle seznamu výkonů, s výjimkou hrazených služeb v odbornostech 210, 301, 302, 303, 304, 405, 409, 502, 704 a 707 podle seznamu výkonů, 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.

a kde:

b) $Úhr_amb_{2027,radost}$ 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:

$$Úhr_amb_{2027,radost} = min\left\{min\left[1; \frac{Hodnota_péče_{2027,radost}}{Hodnota_péče_{2025,radost}}\right] * I_{zp_amb} * KN_{amb}^{radost} * Úhr_amb_{ref} * \frac{Hodnota_péče_{ref,radost}}{Hodnota_péče_{ref}^{red}}; Hodnota_péče_{2027,radost}\right\}$$

kde:

i. $Hodnota_péče_{ref,radost}$ 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.

ii. $Hodnota_péče_{2025,radost}$ 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 referenčním období, která je vypočtena následovně:

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

kde:

I. $Hodnota_péče_{2025,ost}$ se vypočte následovně:

$$Hodnota_péče_{2025,ost} = \left(\sum_{i=1}^{n}\{PB_{i,2025,ost} * HB_{i,2027,ost}\} + KP_{2025,ost}\right) * BON_{ost}$$

kde:

$PB_{i,2025,ost}$ 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.

$HB_{i,2027,ost}$ 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.

$KP_{2025,ost}$ 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 prodlouženou ordinační dobu, 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 4 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 po celé hodnocené 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, 7.15, 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 nezahrnují se pracoviště příjmových ambulancí s nepřetržitým provozem; a ve výši 0 v ostatních případech.

II. $Hodnota_péče_{2025,rad}$ se vypočte následovně:

$$Hodnota_péče_{2025,rad} = \left(\sum_{i=1}^{n}\{PB_{i,2025,rad} * HB_{i,2027,rad}\} + KP_{2025,rad}\right) * BON_{rad}$$

kde:

$PB_{i,2025,rad}$ 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 bodu 7.17 písm. a), přičemž se použijí bodové hodnoty výkonů podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období.

$HB_{i,2027,rad}$ je hodnota bodu příslušící danému výkonu *i* podle bodu 7.17 písm. a), kde *i*=1 až *m*, kde *m* je počet výkonů podle bodu 7.17 písm. a).

$KP_{2025,rad}$ 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.

iii. $Hodnota_péče_{2027,radost}$ 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:

$$Hodnota_péče_{2027,radost} = Hodnota_péče_{2027,rad} + Hodnota_péče_{2027,ost}$$

kde:

I. $Hodnota_péče_{2027,ost}$ se vypočte následovně:

$$Hodnota_péče_{2027,ost} = \left(\sum_{i=1}^{n}\{PB_{i,2027,ost} * HB_{i,2027,ost}\} + KP_{2027,ost}\right) * BON_{ost}$$

kde:

$PB_{i,2027,ost}$ 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.

$KP_{2027,ost}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20.

II. $Hodnota_péče_{2027,rad}$ se vypočte následovně:

$$Hodnota_péče_{2027,rad} = \left(\sum_{i=1}^{n}\{PB_{i,2027,rad} * HB_{i,2027,rad}\} + KP_{2027,rad}\right) * BON_{rad}$$

kde:

$PB_{i,2027,rad}$ 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).

$KP_{2027,rad}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodu 7.17 písm. a).

iv. 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:

I. $Hodnota_péče_{ref,ost}$ 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.

II. $Hodnota_péče_{ref,rad}$ 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.

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

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

kde:

$změnaBON_{16/7,ost}$ je změna v bonifikačních kritériích za ordinační dobu ostatních ambulancí mezi hodnoceným a referenčním obdobím, která se stanoví ve výši 0,06 v případě, že poskytovatel v hodnoceném období poskytoval hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na 4 specializovaných ambulantních pracovištích včetně příjmových ambulancí a v referenčním období poskytoval

hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu nejvýše na 1 specializovaném ambulantním pracovišti včetně příjmových ambulancí; 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 4 specializovaných ambulantních pracovištích včetně příjmových ambulancí; a ve výši 0 v ostatních případech.

$změnaBON_{objednávkový_systém}$ je změna v bonifikačních kritériích za objednávkový systém ostatních ambulancí mezi hodnoceným a referenčním obdobím, která se stanoví ve výši 0,04 v případě, že poskytovatel v hodnoceném období splňoval podmínky pro bonifikaci $BON_{objednávkový_systém}$ a v referenčním období neprovozoval elektronický objednávkový systém; ve výši 0 v případě, že poskytovatel v hodnoceném období splňoval podmínky pro bonifikaci $BON_{objednávkový_systém}$ a v referenčním období provozoval elektronický objednávkový systém nebo že poskytovatel v hodnoceném období nesplňoval podmínky pro bonifikaci $BON_{objednávkový_systém}$ a v referenčním období neprovozoval elektronický objednávkový systém; a ve výši -0,04 v případě, že poskytovatel v hodnoceném období nesplňoval podmínky pro bonifikaci $BON_{objednávkový_systém}$ a v referenčním období provozoval elektronický objednávkový systém.

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

$$KN_{amb}^{rad} = 1{,}05 + změnaBON_{prodloužený_režim}^{rad} + změnaBON_{sdílení_dat}$$

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 radiodiagnostickém pracovišti	**<12/7**	0	0,04	0,06	0,08
	12/7	-0,04	0	0,02	0,04

v referenčním období v rozsahu:	**16/7**	-0,06	-0,02	0	0,02
	24/7	-0,08	-0,04	-0,02	0

$změnaBON_{sdílení_dat}$ je změna v bonifikaci za sdílení dat ambulantních radiodiagnostických pracovišť, která se stanoví ve výši 0,02 pokud je poskytovatel po celé hodnocené období zapojen do systému elektronické distribuce obrazových dat a v referenčním období zapojen nebyl; ve výši 0 v případě, že poskytovatel v hodnoceném i referenčním období shodně byl nebo nebyl zapojen do systému elektronické distribuce obrazových dat; a ve výši -0,02 v případě, že poskytovatel v části hodnoceného období nebyl zapojen do systému elektronické distribuce obrazových dat a v referenčním období byl zapojen.

v. $Úhr_amb_{ref}$ je referenční výše regulované ambulantní úhrady podle písm. a) podbodu v.

vi. $Hodnota_péče_{ref}^{red}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle písm. a) podbodu v.

vii. I_{zp_amb} je index změny produkce vypočtený takto:

$$I_{zp_amb} = max\left\{1; 1 + IZ_{GAUP} * \left[ARCTG\left(2{,}6 * \frac{Hodnota_péče_{2027,radost}}{Hodnota_péče_{2025,radost}} - 1{,}069\right) - 1\right]\right\}$$

kde:

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

I. Pokud $\frac{Hodnota_péče_{2027,radost}}{Hodnota_péče_{2025,radost}} \neq 1$, potom:

$$IZ_{GAUP} = max\left[0; min\left(1; \frac{\left(\frac{GAUP_{2027}}{GAUP_{2025}} - 1\right)}{0{,}5 * \left(\frac{Hodnota_péče_{2027,radost}}{Hodnota_péče_{2025,radost}} - 1\right)}\right)\right]$$

II. Pokud $\frac{Hodnota_péče_{2027,radost}}{Hodnota_péče_{2025,radost}} = 1$, potom $IZ_{GAUP} = 1$.

kde:

$GAUP_{2027}$ 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.

$GAUP_{2025}$ 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 v referenčním období nebo hodnoceném období hrazené služby uvedené v bodech 7.1 až 7.20 poskytne 50 a méně unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,05 Kč a body 7.1 až 7.21 se nepoužijí.

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

$$Úhr_{Urg,ZZS,LPS,2027} = Úhrada_{PříjemZZS,2027} + Paušál_{LPS,2027} + Úhrada_{Urg,2027}$$

kde:

a) $Úhrada_{PříjemZZS,2027}$ 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.

b) $Paušál_{LPS,2027}$ je paušální úhrada za hrazené služby lékařské pohotovostní služby, která se stanoví následovně:

$$PaušálLPS_{2027} = K * \left(Paušál_{LPS,dospělí,2027} + Paušál_{LPS,děti,2027}\right)$$

kde:

K nabývá hodnoty od 0 do 1, přičemž pro poskytovatele, který má status centra vysoce specializované traumatologické péče, se stanoví podle bodu 2 přílohy č. 9 k této vyhlášce a odpovídá poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu, kde je zajišťována lékařská pohotovostní služba, 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 zajišťována lékařská pohotovostní služba.

$Paušál_{LPS,dospělí,2027}$ je složka paušální úhrady služeb lékařské pohotovostní služby pro dospělé v rámci urgentního příjmu ve výši 2 000 000 Kč.

$Paušál_{LPS,děti,2027}$ je složka paušální úhrady služeb lékařské pohotovostní služby pro děti a dorost u poskytovatelů s dětským oddělením akutní lůžkové péče ve výši 2 000 000 Kč.

c) $Úhrada_{Urg,2027}$ je úhrada za hrazené služby poskytované na urgentním příjmu v odbornosti 719 podle seznamu výkonů, která se stanoví následovně:

$$Úhrada_{Urg,2027} = K * \left(Paušál_{Urg,2027} + CKP^{paušální}_{bonifikace,2027}\right) + Výkony_{Urg,2027}$$

kde:

i. $Paušál_{Urg,2027}$ je paušální složka úhrady urgentního příjmu, pro kterou platí:

I. výše 310 000 000 Kč pro poskytovatele, který má status centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé a status centra vysoce specializované traumatologické péče pro děti, a který zajišťuje urgentní příjem pro dospělé a zároveň druhý odlišný urgentní příjem pro děti,

II. výše 75 000 000 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky uvedené v odstavci I., který alespoň v části hodnoceného období má status centra vysoce specializované traumatologické péče a zajišťuje urgentní příjem,

III. výše 12 500 000 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky uvedené v odstavcích I. a II., který zajišťuje urgentní příjem,

IV. výše 0 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky uvedené v odstavcích I. až III.,

V. výše paušální složky podle odstavců I. až III. 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 v případě urgentního příjmu nebo 3 po sobě jdoucí dny v případě lékařské pohotovostní služby pro dospělé nebo nezajistí služby v rámci lékařské pohotovostní služby pro dospělé alespoň v rozsahu stanoveném vyhláškou o pohotovostních službách.

VI. výše paušální složky podle odstavce IV. se použije také pro poskytovatele, jehož urgentní příjem nesplňuje požadavky na personální zabezpečení a věcné a technické vybavení pracovišť urgentního příjmu podle prováděcích právních předpisů k zákonu o zdravotních službách.

VII. výše paušální složky podle odstavce IV. se použije také pro poskytovatele, který v hodnoceném období poskytl a všem zdravotním pojišťovnám dohromady vykázal méně než 3 650 výkonů č. 06720 podle seznamu výkonů a zároveň podle písmene a) méně než 5 000 výkonů č. 09564 podle seznamu výkonů, přičemž tento odstavec se neuplatní, pokud pracoviště urgentního příjmu bylo zařazeno do smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb po 31. prosinci 2025.

ii. $Výkony_{Urg,2027}$ je výkonová složka úhrady urgentního příjmu, která se stanoví ve výši:

$$Výkony_{Urg,2027} = min\left[0{,}6 * \left(PB_{urg,2027} + KP_{2027}\right) + 0{,}75 * (PB_{LPS,2027} + PB_{KV,2027}); Limit_{urg,2027}\right]$$

kde:

$PB_{urg,2027}$ je počet bodů za výkony č. 06720, 06726, 06727, 06728 a 06729 podle seznamu výkonů vykázané v odbornosti 719 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

$PB_{LPS,2027}$ je počet bodů za výkony vykázané v rámci lékařské pohotovostní služby v hodnoceném období.

$PB_{KV,2027}$ je počet bodů za výkony klinických vyšetření podle seznamu výkonů vykázaných v ambulantních odbornostech u pojištěnců ve stejný den, ve který byl vykázán některý z výkonů č. 06720, 06726, 06727, 06728, 06729 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

KP_{2027} je hodnota korunových položek poskytovatelem vykázaných společně s výkony zahrnutými v hodnoceném období ve výkonové složce úhrady urgentního příjmu.

$Limit_{urg,2027}$ je horní hranice výkonové složky úhrady urgentního příjmu, která se stanoví ve výši:

I. K*165 000 000 Kč pro poskytovatele, který má status centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé a status centra vysoce specializované traumatologické péče pro děti, a který zajišťuje urgentní příjem pro dospělé a zároveň druhý odlišný urgentní příjem pro děti,

II. K*100 000 000 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky uvedené v odstavci I., má status centra vysoce specializované traumatologické péče a zajišťuje urgentní příjem,

III. K*60 000 000 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky uvedené v odstavcích I. a II., u kterého se uplatňuje paušální složka úhrady urgentního příjmu podle podbodu i. odstavců I. až III.,

IV. K*10 000 000 Kč pro poskytovatele, u kterého se neuplatňuje paušální složka úhrady urgentního příjmu podle podbodu i. odstavců I. až III., a zajišťuje urgentní příjem,

V. 0 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky uvedené v odstavcích I. až IV.

iii. $CKP^{paušální}_{bonifikace,2027}$ je paušální bonifikace za poskytování psychiatrické krizové péče při urgentním příjmu, která se stanoví následovně:

I. poskytovateli, který má status centra vysoce specializované traumatologické péče a 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 $CKP^{paušální}_{bonifikace,2027}$ stanoví ve výši 1 000 000 Kč,

II. poskytovateli, který má status centra vysoce specializované traumatologické péče a 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 $CKP^{paušální}_{bonifikace,2027}$ stanoví ve výši 2 500 000 Kč.

8.1 Bonifikace $CKP^{paušální}_{bonifikace,2027}$ podle bodu 8 písm. c) podbodu iii. odstavce I. 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, 914, 920 a 935 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.

8.2 Bonifikace $CKP^{paušální}_{bonifikace,2027}$ podle bodu 8 písm. c) podbodu iii. odstavce II. 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, 914, 920 a 935 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.

9. Ostatní úhrady

9.1 Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 78890 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 12 500 Kč.

9.2 Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 005 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,04 Kč.

9.3 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 2 050 000 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 1 025 000 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 status centra vysoce specializované komplexní onkologické péče, vysoce specializované cerebrovaskulární péče nebo vysoce specializované komplexní kardiologické 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 4 500 Kč za každý případ hospitalizace pojištěnců od 18 let a o 9 000 Kč za každý případ hospitalizace pojištěnců do 18 let, u kterého byl poskytovatelem vykázán a zdravotní pojišťovnou uznán výkon intervence konziliárního týmu paliativní péče. Úhrada podle předchozí věty poskytovateli náleží i za pojištěnce hospitalizované v následné, dlouhodobé a sociálně-zdravotní lůžkové péči, kde se za případ hospitalizace považuje souvislé vykazování příslušných ošetřovacích dnů včetně ošetřovacích dnů propustek u pojištěnce jedním poskytovatelem.

9.4 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 následovně:

$$ERN_{2027} = K * \sum_{i=1}^{n} \left[8500000 + 1500000 * n * \frac{UOP_{i,2027,99976}}{UOP_{2027,99976}} \right] + 126 * UOP_{2027,99976}$$

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.

$i = 1 \dots n$ označuje jednotlivou referenční síť, které je poskytovatel v hodnoceném období členem, kde *n* je celkový počet těchto sítí u poskytovatele.

$UOP_{i,2027,99976}$ je počet unikátních pojištěnců ošetřených v referenční síti *i*, na které byly v hodnoceném období poskytovatelem vykázány výkony č. 99976 podle seznamu výkonů a ORPHA kód příslušného vzácného onemocnění.

$UOP_{2027,99976}$ je celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených v referenčních sítích poskytovatele, na které byly v hodnoceném období poskytovatelem vykázány výkony č. 99976 podle seznamu výkonů a ORPHA kód příslušného vzácného onemocnění.

9.5 Za každý výkon č. 51887 podle seznamu výkonů, vykázaný poskytovatelem se statusem centra vysoce specializované onkologické péče a zdravotní pojišťovnou uznaný, se stanoví úhrada ve výši 250 Kč.

9.6 Poskytovateli, který po celé hodnocené období zajišťuje centrum provázení v rozsahu minimálně 2,0 úvazku zdravotně-sociálního pracovníka a poskytuje zdravotně-sociální poradenství dětským pojištěncům se závažným nebo dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem a jejich zákonným zástupcům, se stanoví úhrada ve výši K × 1 600 000 Kč, 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. Úhrada se dále navýší

o 3 000 Kč za každého unikátního pojištěnce, který v hodnoceném období nedovršil věk 19 let a u něhož poskytovatel v hodnoceném období ukončil provázení.

10. 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. Podle věty první se dohodnou také změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb vyvolané výstavbou Národního onkologického centra v rámci Národního plánu obnovy, součástí této dohody je výše úhrady péče poskytované na těchto pracovištích, která nevstupuje do výpočtu úhrad podle bodů 2 až 7.

11. 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. Zdravotní pojišťovna je povinna společně s poskytnutím měsíční předběžné úhrady poskytnout poskytovateli detailní výpočet výše této úhrady. 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, a veškeré hrazené služby, léčivé přípravky, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky poskytnuté a použité během hospitalizace kterýmkoliv poskytovatelem, není-li stanoveno jinak.

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

$$PS_{OD,HO} = (ZKN + KN) * PS_{OD,2026}$$

kde:

ZKN je základní koeficient navýšení, který se stanoví ve výši 1,035 pro OD 00005, 00024, 00030 a 00037, a ve výši 1,02 pro ostatní OD.

$PS_{OD,2026}$ je paušální sazba za 1 den hospitalizace v roce 2026 bez navýšení úhrady plynoucího z plnění smluvních kvalitativních kritérií a z plnění kritérií zahrnutých v roce 2026 v proměnné *KN*. Nelze-li stanovit paušální sazbu za 1 den hospitalizace v roce 2026 pro daného poskytovatele, použije se paušální sazba srovnatelných poskytovatelů.

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):
   I. Sestra specialistka na hojení ran – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00023, 00024, 00030 a 00037,
   II. Nutriční terapeut – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00027, 00028, 00030 a 00037,
   III. Ergoterapeut – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek, pro OD 00005, 00024, 00030 a 00037,
   IV. Logoped – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek pro OD 00024,
   V. Psycholog ve zdravotnictví – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00030 a 00037.

ii. Technické vybavení:
   I. Průměrný počet lůžek na pokoji – nejvýše 2,5 lůžka na pokoj u OD 00005, 00022, 00023, 00024, 00030 a 00037,
   II. 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. 0,04 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,

ii. 0,04 pro OD 00037, pokud poskytovatel má průměrně alespoň 0,4 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru geriatrie na 120 lůžek pro OD 00037, a 0,02 pro OD 00005, pokud poskytovatel má průměrně alespoň 0,2 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru geriatrie na 120 lůžek pro OD 00005.

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

iv. koeficient kvality geriatrické péče, který se stanoví pro OD 00024 následovně a zaokrouhlí se na tři desetinná místa:

$$BON_{Geri,2027} = min\left\{0{,}1; 10 * \frac{PočetGeriatrů}{PočetLůžek_{OD24}}\right\}$$

kde:

$PočetGeriatrů$ je počet úvazků lékařů se specializovanou způsobilostí v oboru geriatrie k 31. prosinci hodnoceného období.

$PočetLůžek_{OD24}$ je počet lůžek OD 00024 k 31. prosinci hodnoceného období.

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 v hodnoceném období na pracovišti vykazujícím OD 00005, 00024 nebo 00037 podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců s doplňkovým kódem U57.20 až U57.22 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců překročí 50 %, KN se pro OD 00005, 00024 a 00037 navýší o 0,03. Nad rámec koeficientu navýšení se úhrada za den hospitalizace vykázaný OD 00005, 00024 nebo 00037 navýší o 20 Kč u pojištěnce, u kterého byl s tímto OD vykázán doplňkový kód U57.22 podle mezinárodní klasifikace nemocí.

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 2026, navýšené o 2 %. 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, 00026, 00090 nebo 00091, v takovém případě se výše paušální sazby za 1 den hospitalizace stanoví ve výši 50 % paušální sazby posledního OD vykázaného bezprostředně před prvním OD 00099.

i) Výše paušální sazby za 1 den hospitalizace pro OD 00090 a 00091 se v hodnoceném období stanoví ve výši podle tabulky, přičemž se uplatní navýšení podle písmene d):

Typ OD	Kategorie pacienta 3	Kategorie pacienta 4	Kategorie pacienta 5
OD 00090	4 819 Kč	5 069 Kč	5 249 Kč
OD 00091	4 919 Kč	5 169 Kč	5 349 Kč

j) Následující výkony zdravotní pojišťovna uhradí ve stanovené výši, pokud je poskytovatel vykázal společně s OD 00005, 00024, 00030 nebo 00037:

   i. výkon č. 09535 podle seznamu výkonů s úhradou ve výši 150 Kč,

   ii. výkon č. 09536 podle seznamu výkonů s úhradou ve výši 50 Kč,

   iii. výkon č. 09537 podle seznamu výkonů s úhradou ve výši 200 Kč.

k) Od úhrady podle písmen a) až i) se odečte celková hodnota vyžádané extramurální péče oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky. Extramurální péčí se rozumí péče související s hospitalizací pojištěnce u poskytovatele hrazeného podle tohoto bodu, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji vykázal zdravotní pojišťovně, jedná-li se o výkony podle seznamu zdravotních výkonů, které byly v referenčním období podle seznamu výkonů účinného v referenčním období agregovány do ošetřovacího dne.

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 h) a hradí se podle bodu

3 písm. a) této části; z úhrady podle písmen a) až h) 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 1,63 Kč pro OD 00015, 1,59 Kč pro OD 00017 a 1,57 Kč pro OD 00020. Výkony, kterými se vykazuje příjmové nebo propouštěcí vyšetření, jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,46 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 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.

d) OD 00033 a 00035 jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,37 Kč.

e) OD 00018, 00019 a 00038 jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč.

f) Od úhrady podle písmen a) až e) se odečte celková hodnota vyžádané extramurální péče oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky. Extramurální péčí se rozumí péče související s hospitalizací pojištěnce u poskytovatele hrazeného podle tohoto bodu, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji vykázal zdravotní pojišťovně, jedná-li se o výkony podle seznamu zdravotních výkonů, které byly v referenčním období podle seznamu výkonů účinného v referenčním období agregovány do ošetřovacího dne.

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 výše úhrady a předběžná měsíční úhrada stanoví obdobně podle části C přílohy č. 6 k této vyhlášce.

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 léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období předepsané při poskytování ambulantních služeb odbornostmi uvedenými v části A bodech 7.15, 7.16 a 7.18,

b) celkovou úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období vyžádanou při poskytování ambulantních služeb odbornostmi uvedenými v části A bodech 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 7.15, 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 115 % 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, výkony screeningu včasného záchytu karcinomu plic, výkony časného záchytu aneurysmatu abdominální aorty a výkony č. 87697, 87800, 97112 až 97124, 99790 až 99800 a 99804 až 99806 podle seznamu výkonů 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.

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 kapitační sazbou 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 10 a indexů podle bodu 10. Základní kapitační sazba se stanoví ve výši:

   a) 78 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) 69 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) 60 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) 66 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 alespoň v části období od 1. ledna 2022 na svém pracovišti vzdělával alespoň jednoho lékaře (školence nebo rezidenta); 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 1,44 Kč a pro výkony č. 02021, 02022, 02031 a 02032 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,31 Kč,

   b) pro výkony č. 01130, 01135, 01136, 01186, 01188, 01196, 01197, 01198, 01201, 01204, 02035, 02036, 02037, 02039, 02043, 02045, 02100, 02105, 02125, 02130, 02160, 02161, 02240, 09532, 15108, 15118 a 15119 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,30 Kč,

c) pro ostatní výkony nezahrnuté do kapitační platby a pro výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny se stanoví hodnota bodu ve výši 1,19 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 výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,32 Kč.

9. 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 90 Kč.

10. Věkové skupiny a indexy, které vyjadřují poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 30 až 34 let, jsou stanoveny takto:

Věková skupina	**Index**
0–4 roky	4,57
5–9 let	2,11
10–14 let	1,62
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	2,67
80–84 let	3,22
85–89 let	3,80
90 a více let	4,41

11. Pokud poskytovatel v hodnoceném období poskytl alespoň *n* výkonů č. 01050 podle seznamu výkonů, kde se *n* stanoví ve výši:

$$n = \frac{250}{12} * PM_{POCUS,2027} * KPP_{okres}$$

kde:

$PM_{POCUS,2027}$ je počet kalendářních měsíců, v nichž měl poskytovatel výkon č. 01050 podle seznamu výkonů nasmlouván se zdravotní pojišťovnou podle § 17 odst. 1 zákona,

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

uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli do 150 dnů po skončení hodnoceného období částku ve výši $5\,000\ Kč * PM_{POCUS,2027} * KPP_{okres}$.

B) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

Pro hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,04 Kč; pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,32 Kč.

C) 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 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 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 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, výkony časného záchytu aneurysmatu abdominální aorty a výkony č. 87697, 97112 a 97117 až 97124 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 pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny přepočteného 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 a zdravotnických prostředků pro pacienty se stomií, předepsané v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb pro 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 pro 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 pro 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 pro hodnocené 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.

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.

D) 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 pojištěnců všech zdravotních pojišťoven přepočtených podle věkových indexů, jde-li o poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů, a 1 700 pojištěnců všech zdravotních pojišťoven přepočtených podle věkových indexů, jde-li o poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů,

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 přepočtených podle věkových indexů na 1,0 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe, jde-li o poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů, a 1 700 pojištěnců všech zdravotních pojišťoven přepočtených podle věkových indexů na 1,0 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe, jde-li o poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, a

j) poskytovatel splnil v hodnoceném období alespoň jednu z následujících podmínek:

i. poskytovatel v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů na pracovišti týmové praxe nově zaregistroval 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,

ii. poskytovatel v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů na pracovišti týmové praxe nově zaregistroval minimálně 10 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,

iii. poskytovatel dosáhl kladného rozdílu počtu přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven registrovaných na pracovišti týmové praxe k 31. prosinci hodnoceného období oproti 1. lednu hodnoceného období;

přičemž je-li pracoviště týmové praxe vytvořeno sloučením více původních pracovišť, nepovažují se pojištěnci registrovaní na původních pracovištích za nově registrované pojištěnce na pracovišti týmové praxe vzniklém tímto sloučením.

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

$$Úhr_{týmová_praxe} = KPP_{okres} \times Úv_{+} \times 10\,800\ Kč$$

kde:

KPP_{okres} je koeficient poměru 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:

$$Úv_{+} = (Úv_{\Sigma} - 1) \times 10$$

kde:

$Úv_{\Sigma}$ 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.

E) Úhrada za terénní sestru

1. Pokud u poskytovatele v hodnoceném období je nositelem výkonů všeobecná nebo dětská sestra se symbolem S2 nebo S3 podle seznamu výkonů v součtu úvazků alespoň 40 hodin týdně, uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli od prvního dne kalendářního měsíce, ve kterém splnil tuto podmínku, předběžnou měsíční úhradu za terénní sestru ve výši měsíční úhrady podle bodu 3.
2. Za epizodu péče sestry se považuje poskytnutí výkonů odbornosti 911 podle seznamu výkonů ve vlastním sociálním prostředí pojištěnce s celkovým časem výkonů podle seznamu výkonů alespoň 15 minut v rámci jednoho kontaktu registrovanému pojištěnci poskytovatele. Za každou epizodu péče sestry vykázanou v hodnoceném období se stanoví úhrada následovně:
   a) epizoda péče sestry v délce méně než 30 minut podle seznamu výkonů ve výši 151 Kč,
   b) epizoda péče sestry v délce alespoň 30 minut podle seznamu výkonů ve výši 303 Kč.
3. Pokud poskytovatel poskytl v hodnoceném období alespoň *n* epizod péče sestry, kde se *n* stanoví ve výši:

$$n = \frac{200}{12} * PM_{TS,2027} * KPP_{okres}$$

   kde:

   $PM_{TS,2027}$ je počet kalendářních měsíců, v nichž poskytovatel splnil podmínky předběžné úhrady podle bodu 1,

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

   stanoví se v hodnoceném období měsíční úhrada zdravotní pojišťovny za terénní sestru za každý měsíc, v němž poskytovatel splnil podmínky podle bodu 1, následovně:

$$M\acute{U}_{TS} = 25\,000\ K\check{c} * KPP_{okres}$$

4. Předběžné úhrady podle bodu 1 se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání na základě vyhodnocení plnění podmínek podle bodu 3 příslušnou zdravotní pojišťovnou, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

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 tyto hrazené služby nevstupují do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 3:

   a) Pro poskytovatele v odbornostech 350, 355, 370, 920, 922 a 935 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 1,06 Kč.

   b) Pro poskytovatele v odbornostech 305, 308, 309, 901, 910 a 919 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 1,00 Kč. Pro poskytovatele v odbornostech 306, 360 a 931 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 1,15 Kč.

   c) Pro poskytovatele v odbornostech 905 a 927 podle seznamu výkonů se hodnota bodu 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. 18513 a 18515 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 108 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,18 Kč.

   h) Pro výkony

      i. č. 15101, 15103, 15105 a 15107 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 1,43 Kč; pro výkony č. 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 1,20 Kč; pro výkon č. 15800 podle seznamu výkonů, vykázaný v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta podle seznamu výkonů, poskytovaný poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 105 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,00 Kč,

      ii. screeningu č. 73028, 73029 a 71112 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornostech 701, 702 nebo 704 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,93 Kč,

      iii. č. 25507 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 205 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,91 Kč,

iv. 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,

v. 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,

vi. č. 75022 podle seznamu výkonů, vykázané společně s výkonem č. 02040 nebo 02041 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu podle bodu 2,

vii. č. 01196 až 01198 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,00 Kč.

i) Pro poskytovatele v odbornosti 008 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 1,00 Kč, přičemž bonifikace podle písmene l) podbodu iii. se nepoužije.

j) Pro poskytovatele 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

k) Pro hrazené služby poskytované pojištěncům do dne dosažení 15 let, s výjimkou hrazených služeb podle písmen a) až j), se stanoví hodnota bodu ve výši 0,98 Kč.

l) Hodnota bodu uvedená v písmenech a) až k) 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. 0,02 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 má nasmlouvánu jednu nebo více odborností a podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin plní na jednom nebo více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště a odbornosti hodnotí jako celek,

iii. 0,04 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období v dané odbornosti splňuje podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin uvedenou v podbodě ii. a zároveň ošetří alespoň 10 % pojištěnců, nebo u operačních oborů alespoň 15 % 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, a pokud poskytovatel nesplňuje podmínky tohoto navýšení, o 0,02 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,

vii. 0,04 Kč pro OD 00041, 00042 a 00043 podle seznamu výkonů,

viii. 0,03 Kč pro odbornosti 305, 306, 308, 309, 350, 355, 360, 370, 901, 910, 919, 920, 922, 931 a 935 podle seznamu výkonů, pokud v hodnoceném období počet unikátních ošetřených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven v dané odbornosti, u nichž poskytovatel vykázal dlouhodobě působící depotní antipsychotikum (dále jen „pojištěnci s depotní léčbou“), tvoří alespoň 10 % z celkového počtu unikátních ošetřených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven daného poskytovatele v dané odbornosti, a pokud tato podmínka není splněna, 0,02 Kč, pokud pojištěnci s depotní léčbou tvoří alespoň 2 % z celkového počtu unikátních ošetřených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven daného poskytovatele v dané odbornosti,

ix. 0,02 Kč pro odbornosti 305, 308, 309, 350, 355, 370, 901, 910, 919, 920, 922 a 935 podle seznamu výkonů, pokud podíl unikátních ošetřených pojištěnců v dané odbornosti, kteří v průběhu hodnoceného období nedosáhli 25 let věku, tvoří alespoň 10 % z celkového počtu unikátních ošetřených pojištěnců daného poskytovatele v dané odbornosti, a není-li tato podmínka splněna, 0,01 Kč pro uvedené odbornosti, pokud podíl unikátních ošetřených pojištěnců v dané odbornosti, kteří v průběhu hodnoceného období nedosáhli 25 let věku, tvoří alespoň 5 % z celkového počtu unikátních ošetřených pojištěnců daného poskytovatele v dané odbornosti.

m) Vypočtená částka odpovídající navýšení hodnoty bodu podle písm. l) podbodů iii., vi., viii. a ix. 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 bodů 1 a 7, se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 0,98 Kč a následujícími navýšeními:

a) 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,

b) 0,02 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 má nasmlouvánu jednu nebo více odborností a podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin plní na jednom nebo více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště a odbornosti hodnotí jako celek,

c) 0,04 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období v dané odbornosti splňuje podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin uvedenou v písmenu b) a zároveň ošetří alespoň 10 % pojištěnců, nebo u operačních oborů alespoň 15 % 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, a pokud poskytovatel nesplňuje podmínky tohoto navýšení, o 0,02 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,

d) 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:

$$(1{,}06 + KN) * POPzpoZ * PURO_O + max[(1{,}06 + KN) * PURO_O * POPzpoMh; UHRMh - UHRMr]$$

kde:

$POPzpoZ$ je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; základním 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 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 0,90 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) 0,02 pro danou odbornost v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 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,

b) 0,02 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 má nasmlouvánu jednu nebo více odborností a podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin plní na jednom nebo více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště a odbornosti hodnotí jako celek,

c) 0,04 pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období v dané odbornosti splňuje podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin uvedenou v písmenu b) a zároveň ošetří alespoň 10 % pojištěnců, nebo u operačních oborů alespoň 15 % 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, a pokud poskytovatel nesplňuje podmínky tohoto navýšení, 0,02 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,

d) 0,01 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,

e) 0,08 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,

f) 0,00 pro odbornosti 107, 302 a 780 podle seznamu výkonů,

g) 0,02 pro odbornosti 108, 205, 403, 501, 601 a 708 podle seznamu výkonů,

h) 0,04 pro odbornosti 102, 202, 207, 209, 402, 606, 701, 705 a 706 podle seznamu výkonů,

i) 0,06 pro odbornosti neuvedené v písmenech f) až h) tohoto bodu.

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. Za nově nasmlouvané výkony podle věty první se nepovažují výkony č. 15405, 15407, 15415 a 15417 podle seznamu výkonů, pokud měl poskytovatel v referenčním období nasmlouván výkon č. 15404 podle seznamu výkonů.

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 výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,32 Kč, přičemž tyto hrazené služby nevstupují do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 3. Léčivé přípravky, kterým se stanoví úhrada podle přílohy č. 15 k této vyhlášce, jsou vyjmuty z úhrady podle bodů 1 až 3.

8. Zdravotní pojišťovna sdělí poskytovateli pro každou odbornost hrazenou podle bodu 2 do 30. dubna hodnoceného období přepočtenou průměrnou úhradu 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.

9. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 106 % úhrady za referenční období. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna dále zahrne změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb. 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., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „vyhláška 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 115 % 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, výkony screeningu včasného záchytu karcinomu plic, výkony screeningu karcinomu prostaty a výkony č. 87697, 87800, 99790 až 99800 a 99804 až 99806 podle seznamu výkonů 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, 920, 922 a 935 podle seznamu výkonů.
7. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodů 2 až 4 zdravotní pojišťovna vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 8

A) Měsíční agregovaná úhrada za péči o registrovanou pojištěnku

1. Měsíční agregovaná úhrada za péči o registrovanou pojištěnku pro poskytovatele ambulantních gynekologických služeb v odbornosti 603 podle seznamu výkonů (dále jen „měsíční agregovaná úhrada“) se stanoví ve výši 122 Kč za jednu registrovanou pojištěnku příslušné zdravotní pojišťovny, přičemž tato částka se dále navyšuje o:

   a) 9 Kč, pokud je zdravotní pojišťovně doloženo, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, to jest působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, je držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů, přičemž pokud je splnění doloženo do 28. února 2027, navýšení měsíční agregované úhrady se provede od 1. ledna 2027, jinak se navýšení provede od 1. dne kalendářního měsíce následujícího po splnění této podmínky; za platný doklad celoživotního vzdělávání lékařů se považuje doklad, který je platný do konce hodnoceného 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) 9 Kč, pokud poskytovatel alespoň na jednom pracovišti poskytuje v hodnoceném období hrazené služby:

      i. v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinační hodiny

         I. alespoň dva dny v týdnu nejméně do 18 hodin, nebo

         II. alespoň dva dny v týdnu nejpozději od 7 hodin, nebo

         III. alespoň jeden den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň jeden den v týdnu nejméně do 18 hodin,

      ii. v rozsahu alespoň 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně, přičemž doloží, že všichni lékaři, kteří na takovém pracovišti působí jako nositelé výkonů, poskytují po celý rok 2027 alespoň jeden den v týdnu hrazené služby u poskytovatele lůžkové péče nebo poskytovatele jednodenní péče, a zároveň má ordinační hodiny

         I. alespoň dva dny v týdnu nejméně do 18 hodin, nebo

         II. alespoň dva dny v týdnu nejpozději od 7 hodin, nebo

         III. alespoň jeden den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň jeden den v týdnu nejméně do 18 hodin.

   c) o 3 Kč, pokud poskytovatel doloží příslušné zdravotní pojišťovně platné 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 (dále jen „platné rozhodnutí“), nebo o 9 Kč, pokud doloží platné rozhodnutí a zároveň doloží, že alespoň v části období od 1. ledna 2025 se aktivně na vzdělávání podílel, tedy

vzdělával na svém pracovišti alespoň jednoho školence nebo rezidenta; navýšení se provede od 1. dne kalendářního měsíce následujícího po splnění příslušné podmínky,

d) o 9 Kč, pokud poskytovatel doloží certifikát ISO 9001, přičemž navýšení se provede od 1. dne kalendářního měsíce následujícího po doložení certifikátu ISO 9001,

e) o 6 Kč, pokud poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku vykázanou výkony č. 63021 nebo č. 63050 podle seznamu výkonů alespoň u 45 % registrovaných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny, které nedosáhly v hodnoceném období 70 let věku a jsou u něj registrovány k 31. prosinci hodnoceného období.

2. Měsíční agregovanou úhradou jsou uhrazeny veškeré hrazené služby poskytované registrovaným pojištěnkám, včetně veškeré preventivní a léčebné péče s výjimkou služeb hrazených podle částí B až D.

3. Nárok na měsíční agregovanou úhradu podle bodu 1 za daný kalendářní měsíc za registrovanou pojištěnku vzniká registrujícímu poskytovateli, pokud u ní byla tímto poskytovatelem v 24 kalendářních měsících předcházejících danému kalendářnímu měsíci provedena preventivní prohlídka vykázaná výkonem č. 63021 nebo 63050 podle seznamu výkonů. Pro účely předchozí věty jsou zohledněny pouze výkony č. 63021 a 63050 podle seznamu výkonů vykázané nejpozději k desátému dni daného kalendářního měsíce a uznané zdravotní pojišťovnou, přičemž k později vykázaným výkonům se pro účely měsíční agregované úhrady za daný kalendářní měsíc nepřihlíží.

4. Měsíční agregovaná úhrada ve výši podle bodu 1 je poskytovateli uhrazena, pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně doložil vybavení ultrazvukovým přístrojem vyrobeným po 31. prosinci 2012 a doklad ne starší 2 let o pravidelné kontrole tohoto přístroje certifikovaným subjektem. Pokud poskytovatel nesplnil podmínku podle předchozí věty, agregovaná úhrada podle odstavce 1 bez navýšení podle bodu 1 písm. a) až e) se vynásobí koeficientem 0,50. V případě, že je poskytovatel vybaven více ultrazvukovými přístroji, musí být podmínky splněny minimálně u jednoho přístroje na každém místě poskytování hrazených služeb uvedeném ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou. Splnění podmínek podle věty první až třetí je vyhodnoceno k poslednímu dni příslušného kalendářního měsíce.

5. Celková výše měsíční agregované úhrady za daný kalendářní měsíc se vypočte jako součin počtu registrovaných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny, u kterých byla splněna podmínka uvedená v bodě 3 k poslednímu dni daného kalendářního měsíce, a měsíční agregované úhrady na jednu registrovanou pojištěnku příslušné zdravotní pojišťovny vypočtené podle bodu 1 písm. a) až d), pokud byly splněny podmínky bodu 4, jinak měsíční agregované úhrady podle bodu 4.

6. Poskytovatel vykazuje následující výkony, které mají pouze povahu signálních výkonů pro vykazování kontaktu registrované pojištěnky s registrujícím poskytovatelem a pro vyhodnocení podmínek měsíční agregované úhrady:

a) výkon č. 63021 podle seznamu výkonů v případě provedení komplexního vyšetření gynekologem při převzetí a registraci pojištěnky do péče,

b) výkon č. 63050 podle seznamu výkonů v případě provedení preventivní prohlídky gynekologem,

c) výkon č. 09215 podle seznamu výkonů v souvislosti s vykázáním zvlášť účtovaného léčivého přípravku nebo zvlášť účtovaného materiálu.

7. V případě, že poskytovatel v rámci nepravidelné péče ošetří pojištěnku, která u něj není registrována, vykazuje tuto péči výhradně prostřednictvím výkonů č. 63022, 63023 nebo 63417 podle seznamu výkonů jako nepravidelnou péči, přičemž tyto výkony jsou uhrazeny s hodnotou bodu ve výši 1,00 Kč.
8. Pokud úhrada za hrazené služby poskytnuté registrovaným pojištěnkám poskytovatele neregistrujícím poskytovatelem v odbornosti 603 podle seznamu výkonů, s výjimkou hrazených služeb podle částí C až F, přesáhne 10 % z celkové výše úhrady poskytovateli, pak se část úhrady za tuto péči tento limit přesahující odečte v plné výši z úhrady registrujícímu poskytovateli.
9. Úhrada podle bodu 1 písm. e) a bodu 8 se finančně vypořádá nejpozději do 150 dní po dni skončení hodnoceného období.

B) Úhrada hrazených služeb poskytnutých těhotným pojištěnkám

1. Pro hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám se stanoví úhrada ve výši podle písmen a) až c) za podmínek stanovených v písmenech d) až i):
   a) Úhrada za hrazené služby v prvním trimestru těhotenství ve výši 2 489 Kč.
   b) Úhrada za hrazené služby v druhém trimestru těhotenství ve výši 3 801 Kč.
   c) Úhrada za hrazené služby v třetím trimestru těhotenství ve výši 5 322 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), nejsou v průběhu těhotenství zdravotní pojišťovnou hrazeny žádné výkony s výjimkami uvedenými v částech A a D.
   h) Úhrada za péči o těhotné pojištěnky vypočtená podle písmen a) až c) se vynásobí koeficientem 1, ke kterému se při splnění následujících podmínek ultrazvukových a genetických vyšetření přičtou tyto koeficienty:
      i. koeficient genetických vyšetření ve výši:
         I. 0,05 v případě, že podíl těhotných pojištěnek příslušné 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 příslušné zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném období (dále jen „podíl geneticky testovaných pojištěnek“) nepřesáhne hranici 20 %,

II. −0,05 v případě, že podíl geneticky testovaných pojištěnek je větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %,

III. −0,10 v případě, že podíl geneticky testovaných pojištěnek přesáhne hranici 60 %,

ii. koeficient konziliárních ultrazvukových vyšetření ve výši:

I. 0,05 v případě, že podíl těhotných pojištěnek příslušné 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 příslušné zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném období (dále jen „podíl pojištěnek s vybranými vyšetřeními plodu“) nepřesáhne hranici 30 %,

II. −0,05 v případě, že podíl pojištěnek s vybranými vyšetřeními plodu je větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %,

III. −0,10 v případě, že podíl pojištěnek s vybranými vyšetřeními plodu přesáhne hranici 60 %.

i) Za těhotnou pojištěnku se pro účely úhrady podle písmene h) považuje pojištěnka, na kterou byly v hodnoceném období vykázány výkony č. 63053 a 63055 podle seznamu výkonů nebo hrazené služby podle bodu 1 písm. a), b) nebo c).

j) Koeficienty podle písmene h) podbodů i. a ii. se nepoužijí v případě, že měl poskytovatel v průběhu hodnoceného období ve své péči méně než 10 těhotných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny.

k) Úhrada podle písmene h) se finančně vypořádá nejpozději do 150 dní po dni skončení hodnoceného období.

C) Úhrada hrazených služeb v rámci léčby neplodnosti

1. Nad rámec měsíční agregované úhrady podle části A se pro poskytovatele odbornosti 603 stanoví úhrada ve výši 848 Kč za hrazené služby v souvislosti s vyšetřením a léčbou neplodnosti, které zahrnují vyšetření ženy a jejího partnera, nastavení léčby a v případě neúspěchu předání do centra asistované reprodukce. Hrazené služby podle předchozí věty zdravotní pojišťovna uhradí maximálně dvakrát za rok, maximálně šestkrát za život pojištěnky.

2. Hrazené služby asistované reprodukce v souvislosti s léčbou neplodnosti se poskytovateli asistované reprodukce hradí následujícími výkony:

a) Výkon č. 63935 – Rozšířený management léčby neplodnosti poskytovatelem asistované reprodukce včetně spermiogramu s výší úhrady 2 231 Kč.

b) Výkon č. 63936 – Rozšířený management léčby neplodnosti poskytovatelem asistované reprodukce bez spermiogramu s výší úhrady 1 925 Kč.

3. Pro hrazené služby v souvislosti s in vitro fertilizací (IVF) a intrauterinní inseminací vykazované poskytovatelem asistované reprodukce se úhrada stanoví následovně:

a) Stimulace a punkce ve výši 22 954 Kč.

b) Oplodnění a kultivace embryí ve výši 12 400 Kč.

c) Embryotransfer ve výši 6 128 Kč.

d) Příprava pro kryoembryotransfer ve výši 3 000 Kč.

e) Zhodnocení embryotransferu ve výši 500 Kč.

f) IVF cyklus přerušený před odběrem oocytů ve výši 1 646 Kč.

g) Použití darovaných oocytů při IVF cyklu ve výši 13 200 Kč.

h) Použití darovaných spermií při IVF cyklu a IUI ve výši 1 668 Kč.

i) Intrauterinní inseminace ve výši 4 660 Kč.

j) Odběr a uchování zárodečných buněk – oocytů – u indikovaných pacientů ve výši 27 039 Kč.

k) Odběr a uchování zárodečných buněk – spermií – u indikovaných pacientů ve výši 5 625 Kč.

l) Uchování zárodečných buněk ve 2. až 9. roce – oocytů – u indikovaných pacientů ve výši 2 580 Kč.

m) Uchování zárodečných buněk ve 2. až 9. roce – spermií – u indikovaných pacientů ve výši 2 580 Kč.

4. Léčivé přípravky spotřebované při poskytování hrazených služeb uvedených v bodech 2 a 3 hradí zdravotní pojišťovna jako zvlášť účtované léčivé přípravky.

D) Úhrada vybraných výkonů specializovaných a konziliárních služeb

1. Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt s pojištěncem 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 90 Kč. U pojištěnců do 18 let se použijí výkony podle § 18 odst. 2.

2. Za následující hrazené služby se úhrada stanoví takto:

a) Za konziliární vyšetření v rámci kolposkopické expertízy vykázané výkonem č. 63063 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 1 232 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za výkony č. 63417 a 63532 podle seznamu výkonů a související klinická vyšetření.

b) Za konziliární superspecializované ultrazvukové vyšetření v průběhu prenatální péče vykázané výkonem č. 63415 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 1 409 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření.

c) Za výkon č. 63311 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 2 086 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za výkon č. 63415 podle seznamu výkonů a související klinická vyšetření.

d) Za výkon č. 63319 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 2 848 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za výkon č. 63415 podle seznamu výkonů a související klinická vyšetření.

e) Za vyšetření urogynekologem vykázané výkonem č. 63701 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 623 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření.

f) Za urogynekologické ultrazvukové vyšetření vykázané výkonem č. 63703 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 687 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada výkonu č. 63417 podle seznamu výkonů.

g) Pro výkony č. 06211, 06135 a 06137 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč.

h) Pro výkon přepravy č. 10 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,32 Kč.

i) Pro výkon č. 39115 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč.

j) Pro výkony urogynekologické péče vykazované výkony podle kapitol 706 a 716 seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč.

k) Pro výkony č. 64021, 64022, 64023, 64111, 64113, 64115 a 64215 podle seznamu výkonů vykázané poskytovatelem odbornosti 603 podle seznamu výkonů u neregistrované pojištěnky se stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč.

l) Pro výkony č. 02125, 01186, 01188, 15108, 15118, 15119, 15120, 15121, 63511, 63531, 63547, 63651 a 82053 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč.

3. Nad rámec měsíční agregované úhrady podle části A jsou poskytovateli v odbornosti 603 podle seznamu výkonů hrazeny zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál použité při poskytování hrazených služeb.

4. Pro hrazené služby poskytnuté poskytovatelem v odbornosti 604 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč.

E) Regulační omezení

1. Regulační omezení na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech jsou uvedena v písmenech a) a b).

a) Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 115 % 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.

b) 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 až 95203 a 97113 až 97116 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 bodu 1 písm. a) a b) se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1 písm. a) nebo b).
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 bodu 1 písm. a) a b) 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 bodu 1 písm. a) a b) referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
5. 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 bodu 1 písm. a) a b) 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.
6. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodu 1 maximálně do výše odpovídající 15 % celkového objemu úhrady za hodnocené období podle částí A až D.
7. 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 písm. a) a b).

F) Agregovaná úhrada vybraných ambulantních gynekologických zákroků

1. Pro hrazené služby podle tabulky se stanoví agregovaná úhrada v následující výši:

Kód výkonu	Kód výkonu podle seznamu výkonů	Název výkonu	Úhrada
10188	63149	Revize po spontánním potratu	17 882 Kč
10190	63519	Marsupializace, exstirpace nebo incize abscesu nebo cysty bartolinské žlázy, drenáž, chemická exstirpace	19 528 Kč
10194	63533	Konizace cervixu, jakákoliv technika s výjimkou užití laseru	19 528 Kč
10205	63611	Hysteroskopie diagnostická	19 528 Kč
10206	63613	Operační hysteroskopie	19 528 Kč

2. Úhrada za veškerou péči související s provedením hrazených služeb podle bodu 1 je zahrnuta v agregované úhradě, zejména jde o:
   a) vyšetření nutné k příjmu pojištěnce do péče,
   b) vyšetření nutné pro propuštění pojištěnce do domácího ošetřování,
   c) operační výkon,
   d) veškerá vyšetření související s operačním výkonem,

e) kompletní anesteziologická péče, zejména vyšetření anesteziologem, anestézie a kontrolní vyšetření,

f) zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky související s výkonem, a to k operačnímu výkonu i anestézii,

g) ošetřovatelská péče a náklady spojené s pobytem pojištěnce na lůžku.

3. V jeden den je poskytovateli na pojištěnce uhrazena pouze jedna hrazená služba podle bodu 1, kromě případů, kdy zdravotní pojišťovna před poskytnutím hrazené služby odsouhlasila jiný rozsah poskytnutých hrazených služeb.

4. Zdravotní služby zahrnuté podle bodu 2 v hrazené službě podle bodu 1 jiný poskytovatel poskytne jako péči vyžádanou poskytovatelem hrazené služby podle bodu 1.

G) Bonifikace za týmovou praxi

1. Navýšení měsíční agregované úhrady podle části A bodu 1 za týmovou praxi o 6 Kč náleží poskytovateli v odbornosti 603 podle seznamu výkonů zřizujícímu samostatné organizačně a prostorově vyčleněné pracoviště (dále jen „pracoviště týmové praxe“) na jednom místě poskytování hrazených služeb nebo na jednom hlavním a jednom nebo více vedlejších místech poskytování hrazených služeb, pokud tento poskytovatel v kalendářním měsíci splňoval u tohoto pracoviště všechny následující podmínky:

   a) poskytování hrazených služeb na pracovišti týmové praxe je personálně zajištěno nejméně v rozsahu 2,0 úvazku lékaře se symbolem L3 podle seznamu výkonů, přičemž alespoň jeden lékař se symbolem L3 podle seznamu výkonů má alespoň 0,8 úvazku; 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,

   b) poskytovatel poskytuje na pracovišti týmové praxe hrazené služby v rozsahu alespoň 50 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dní týdně, přičemž ordinační doba každý den činí alespoň 8 ordinačních hodin a rozvržení dopoledních a odpoledních ordinačních hodin je přizpůsobeno lokální situaci a potřebě,

   c) pokud má poskytovatel u pracoviště týmové praxe více míst poskytování, pak musí být na hlavním místě poskytování ordinační hodiny alespoň 40 hodin týdně a vzdálenost mezi místy poskytování musí být maximálně 30 km, přičemž podmínky podle písmen a), b) a f) se posuzují jako součet hlavního a vedlejších míst poskytování,

   d) poskytovatel na pracovišti týmové praxe provozuje elektronický objednávkový systém, který umožňuje pojištěncům objednání na pevně stanovenou dobu s potvrzením termínu, a aktivně jej využívá ke komunikaci se zdravotní pojišťovnou a pojištěncem,

   e) na pracovišti týmové praxe je k dispozici po celou ordinační dobu administrativní pracovník, který aktivně zajišťuje komunikaci mezi poskytovatelem, pojištěncem a zdravotní pojišťovnou,

   f) poskytovatel průběžně registruje na pracovišti týmové praxe nové pojištěnce až do kapacity nejméně 2 000 pojištěnců všech zdravotních pojišťoven na každého 1,0 úvazku lékaře se symbolem L3 podle seznamu výkonů.

2. Navýšení měsíční agregované úhrady podle části A bodu 1 za týmovou praxi o 5 Kč náleží poskytovateli v odbornosti 603 podle seznamu výkonů, pokud v daném měsíci splňuje podmínky podle bodu 1 a současně na tomto pracovišti aktivně zajišťuje registrovaným pojištěnkám předporodní péči a péči v šestinedělí vykazovanou výkony podle části D bodu

2 písm. g) porodní asistentkou se symbolem S2 nebo S3 podle seznamu výkonů s úvazkem v rozsahu nejméně 20 hodin týdně.

3. Pokud poskytovatel doloží splnění podmínek podle bodu 1 nebo 2, navýší se měsíční agregovaná úhrada v kalendářním měsíci, ve kterém tyto podmínky splnil.

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 1,16 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 1,36 Kč,
   b) č. 89660 a 89661 podle seznamu výkonů, přičemž hodnota bodu za tyto výkony se stanoví ve výši 1,09 Kč,
   c) č. 89951 až 89958 podle seznamu výkonů, přičemž hodnota bodu za tyto výkony se stanoví ve výši 1,02 Kč,
   d) č. 89970 podle seznamu výkonů poskytnuté v rámci časného záchytu aneurysmatu abdominální aorty, přičemž hodnota bodu za tyto výkony se stanoví ve výši 1,01 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 0,51 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 1,20 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,51 Kč.
   b) Pro výkony č. 89611 až 89619 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,64 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 0,65 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,45 Kč.
   c) Pro výkony č. 89711 až 89725 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,67 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 0,69 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,46 Kč.
   d) Pro výkon č. 89312 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,95 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,43 Kč.
4. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby podle bodu 3 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 3 písm. a),

   b) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za jiné výkony než výkony uvedené v bodu 3 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 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. 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).

11. Měsíční předběžná úhrada za hrazené služby podle bodu 3 písm. a) až d) se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 104 % 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) 1,06 Kč pro výkon č. 97111 podle seznamu výkonů a výkony podle kapitoly 999 seznamu výkonů,

   d) 0,99 Kč pro výkony č. 81800 a 87012 podle seznamu výkonů v rámci časného záchytu karcinomu prostaty,

   e) 0,95 Kč pro výkony č. 97112 až 97124 podle seznamu výkonů,

   f) 0,80 Kč pro výkony č. 87697, 87800, 99790 až 99800 a 99804 až 99806 podle seznamu výkonů.

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, 81850, 81851, 81852, 81853, 82098, 82250, 82305, 82306, 87446, 87700, 87701, 91561, 93113, 93115, 93125, 93127, 93129, 93131, 93133, 93135, 93137, 93139, 93141, 93145, 93149, 93151, 93153, 93155, 93159, 93161, 93167, 93169, 93171, 93175, 93177, 93179, 93181, 93183, 93185, 93187, 93189, 93191, 93193, 93195, 93199, 93213, 93215, 93217, 93219, 93221, 93227, 93229, 93235, 93245, 93247, 93255, 93259, 93263, 93265, 93267, 93273, 94118, 96101, 96103, 96139, 96163, 96164, 96167, 96168, 96194, 96235, 96247, 96248, 96315, 96515, 96813, 96833, 96837, 96889, 96891, 96898, 96899, 96900, 96901, 96902, 96905, 96911 a 96912 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 odbornostech 802 a 818 podle seznamu výkonů, neuvedené v písmenu a), se stanoví hodnota bodu ve výši 0,94 Kč pro poskytovatele, kteří jsou v hodnoceném období držiteli Osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo NASKL R3. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 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 0,40 Kč.

c) Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 816 podle seznamu výkonů, neuvedené v písmenu a), se stanoví hodnota bodu ve výši 0,80 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 stanoví následovně:

$$POP_{icz} * PURO_{icz} * KN$$

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.

KN je koeficient navýšení, který se stanoví ve výši 1,03 pro odbornosti uvedené v bodě 2 písm. b) a ve výši 1,00 pro odbornost uvedenou v bodě 2 písm. c).

$PURO_{icz}$ 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.

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 $PURO_{icz}$ 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:

$$HB_{min,a} = \sum_{i=1}^{n} (PB_{i,ref} * HB_{i,ref}) / PB_{ref,a} * 0{,}91$$

$PB_{i,ref}$ 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 $PURO_{icz}$ 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 60 % 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 31. května 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), přičemž v případě, že se u poskytovatele použije podle bodu 3 písm. a) hodnota $PURO_{icznové,a}$ nebo podle bodu 3 písm. b) hodnota $PURO_{icznové,b}$, zdravotní pojišťovna sdělí poskytovateli tuto hodnotu společně s výchozí hodnotou $PURO_{icz}$,

   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.

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 0,95 Kč pro odbornosti uvedené ve větě druhé bodu 2 písm. b), a s použitím hodnoty bodu 0,72 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 a hrazené služby budou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle bodu 2.

8. 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).

9. Měsíční předběžná úhrada za hrazené služby podle bodu 1 písm. b) a c) a bodu 2 se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 103 % 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.

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 1,32 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) 1,00 Kč pro odbornost 925 podle seznamu výkonů,
   b) 0,99 Kč pro odbornost 914 podle seznamu výkonů,
   c) 0,91 Kč pro odbornost 916 podle seznamu výkonů,
   d) 0,99 Kč pro odbornost 921 podle seznamu výkonů.
3. V případě, že v hodnoceném období podíl počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 06135 a 06137 podle seznamu výkonů na celkovém počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 06313, 06315, 06317 a 06318 podle seznamu výkonů je alespoň 10 %, navyšuje se hodnota bodu pro odbornost 925 podle seznamu výkonů podle bodu 2 o 0,02 Kč.
4. 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 podle bodu 2 o 0,05 Kč.
5. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 916 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:

   (1,06 + KN) x POPzpoZ x PUROo + (1,06 + 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) 0,03 v případě, že v hodnoceném období podíl počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 06135 a 06137 podle seznamu výkonů na celkovém počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 06313, 06315, 06317 a 06318 je alespoň 10 %,

b) 0,03 v případě, že v hodnoceném období podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců s vykázaným výkonem 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 je alespoň 35 %,

c) 0,15 v případě, že v hodnoceném období podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců 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 překročí 35 %.

6. 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 5 nepoužije. Zdravotní služby za tyto pojištěnce jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu uvedenou v bodech 1 a 2 a v případě splnění podmínek uvedených v bodě 3 nebo 4 navýšenou podle bodu 3 nebo 4.

7. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných v odbornostech 914 a 921 podle seznamu výkonů se výpočet výše úhrady podle bodů 5 a 6 nepoužije. Zdravotní služby odborností 914 a 921 podle seznamu výkonů jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2.

8. 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 5 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.

9. Výpočet celkové výše úhrady podle bodu 5 se nepoužije v případě poskytovatele, který ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 30 a méně unikátních pojištěnců.

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) 1,23 Kč pro výkony č. 80088, 80089 a 09527 podle seznamu výkonů, a

   b) 1,23 Kč pro 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 pro 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

   a) počet pojištěnců předaných poskytovatelům odbornosti 720 podle seznamu výkonů nepřesáhne 25 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených tímto poskytovatelem odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období, a současně

   b) počet pojištěnců předaných ostatním poskytovatelům nepřesáhne 10 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených tímto poskytovatelem odbornosti 926 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.

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. výkony odbornosti 801, 802, 807, 808, 812 až 819 a 823, které vyžádal jiný poskytovatel před přijetím pacienta do péče poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů,
v. výkony indikované a provedené u pacienta jiným poskytovatelem v den přijetí pacienta do péče poskytovatelem odbornosti 926 podle seznamu výkonů,
vi. prohlídka zemřelého a přeprava lékaře k tomuto výkonu,
vii. další výkony provedené na zemřelém pacientovi,
viii. 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. 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.

7. 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.

C) Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornosti 913 podle seznamu výkonů

1. Pro poskytovatele zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. d) zákona se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,23 Kč.

2. 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.

3. Celková výše úhrady za výkony poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$max\{PMUP_{ref} * \left(\sum\nolimits_{j=1\ldots m} PUM_{ho,j}\right) * 1{,}05 * KN;\ PB_{ho} *\ HB_{min}\ +\ KP_{ho}\}$$

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 1,03 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.

4. 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.
5. Pokud poskytovatel poskytl v hodnoceném období nebo v referenčním období hrazené služby 30 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, výpočet celkové výše úhrady podle bodu 3 se nepoužije.
6. 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.
7. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 105 % úhrady referenčního období. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 12

1. Pro výkony přepravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,32 Kč.
2. Pro výkony neuvedené v bodě 1 se stanoví hodnota bodu ve výši 0,73 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. V případě, že je v hodnoceném období 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 menší než 50 %, se pro odbornost 902 podle seznamu výkonů navýší hodnota bodu podle bodu 2 o 0,01 Kč.
5. Celková výše úhrady, mimo úhrad podle bodů 1 a 9, nepřekročí částku, která se vypočte takto:

   $$(1{,}02 + KN) \times POPzpoZ \times PUROo + \max[(1{,}02 + KN) \times PUROo \times POPzpoMh; (UHRMh - UHRMr)],$$

   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 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 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) 0,02 v případě, že je v hodnoceném období 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 menší než 50 %,

b) 0,02 v případě, že je v hodnoceném období 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 větší než 14 %,

c) 0,10 v případě, že v hodnoceném období podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných 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 a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců překročí 5 %,

d) 0,02 v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna hodnoceného 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 období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel do jednoho 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.

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. Hodnota *PUROo* se stanoví následovně:

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

kde:

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 0,60 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.

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

7. Výpočet celkové výše úhrady podle bodu 5 se nepoužije v případě poskytovatele, který ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 30 a méně unikátních pojištěnců.

8. 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 5.

9. Za každého ošetřeného a zdravotní pojišťovnou uznaného unikátního pojištěnce, u kterého byla zahájena péče odbornosti 902 podle seznamu výkonů nejpozději 14 dnů od ukončení hospitalizace v akutní lůžkové péči nebo od poskytnutí výkonu jednodenní péče, náleží poskytovateli odbornosti 902 podle seznamu výkonů úhrada ve výši:

$$(400 + 400 * min(1; \frac{14 - počet\ dnů}{7}))$$

kde:

počet dnů počet dnů od ukončení hospitalizace v akutní lůžkové péči nebo od poskytnutí výkonu jednodenní péče do zahájení péče v odbornosti 902 podle seznamu výkonů.

10. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 107 % 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.

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 1,18 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 18530 a 18550 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,92 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.

   b) Hodnota bodu podle bodu 1 se navýší pracovišti poskytovatele o 0,07 Kč v případě, že poskytovatel na tomto pracovišti splní alespoň 3 kritéria 2. úrovně plnění kritérií podle následující tabulky, a pokud poskytovatel na pracovišti nesplní podmínku tohoto navýšení, o 0,05 Kč, pokud poskytovatel na tomto pracovišti splní všechna kritéria 1. úrovně plnění kritérií podle následující tabulky:

Parametr kvality dialyzační léčby	1. úroveň plnění kritérií: Minimální podíl referovaných pojištěnců ošetřených na pracovišti poskytovatele plnících daný parametr kvality	2. úroveň plnění kritérií: Minimální podíl referovaných pojištěnců do 80 let ošetřených na pracovišti poskytovatele plnících daný parametr kvality
Hodnota Hb > 100 g/l	70 %	85 %
Hodnota P 1,1-1,8 mmol/l	45 %	60 %
Hodnota eKt/V u hemodialýzy ≥ 1,2	75 %	90 %
Hodnota Albuminu ≥ 35 g/l	50 %	65 %

   c) Hodnota bodu podle bodu 1 se dále navýší poskytovateli o 0,02 Kč, pokud alespoň 6 % referovaných pojištěnců u tohoto poskytovatele je ošetřeno metodami domácí dialýzy, tedy výkony peritoneální dialýzy č. 18513 a 18515 podle seznamu výkonů nebo výkony domácí hemodialýzy č. 18523 podle seznamu výkonů, přičemž pojištěnci léčení peritoneální dialýzou se pro účely vyhodnocení započítávají s vahou 1,5.

   d) Hodnota bodu podle bodu 1 se dále navýší pracovišti poskytovatele podle hodnoty následovně:

$$BON_{TR} = \begin{cases} 0 & S = 0 \\ N_{min} + S * (N_{max} - N_{min}) & S > 0 \end{cases}$$

   kde:

N_{min} je minimální navýšení hodnoty bodu ve výši 0,02 Kč,

N_{max} je maximální navýšení hodnoty bodu ve výši 0,04 Kč,

S je skóre pracoviště, které nabývá hodnot $\langle 0; 1 \rangle$ a stanoví se následovně:

$$S = \begin{cases} 0 & K_{TR} < LT \\ \min\left(1; \frac{K_{TR} - LT}{HT - LT}\right) & K_{TR} \geq LT \end{cases}$$

kde:

LT je dolní hranice plnění kritéria transplantace ve výši 10 %,

HT je horní hranice plnění kritéria transplantace ve výší 18 %,

K_{TR} je podíl pacientů <80 let zařazených na čekací listinu k transplantaci ledviny nebo již transplantovaných vypočtený následovně:

$$K_{TR} = \frac{(PP_{TXP} * 2 + PP_{TXO} + PP_{WLP} * 2 + PP_{WLO})}{PP_{CELK}}$$

kde:

PP_{TXP} je počet pacientů s preemptivní transplantací mladších 80 let,

PP_{TXO} je počet pacientů s transplantací mladších 80 let, bez pacientů s preemptivní transplantací mladších 80 let,

PP_{WLP} je počet pacientů preemptivně zařazených na čekací listinu k transplantaci ledviny mladších 80 let,

PP_{WLO} je počet pacientů zařazených na čekací listinu k transplantaci ledviny mladších 80 let, bez pacientů preemptivně zařazených na čekací listinu mladších 80 let,

PP_{CELK} je celkový počet referovaných dialyzovaných pacientů pracoviště mladších 80 let.

3. Vypočtenou částku navýšení úhrady podle bodu 2 zdravotní pojišťovna poskytovateli uhradí nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

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

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

   a) Výkon č. 76661 – 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) Výkon č. 76662 – 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) Výkon č. 76663 – 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) Výkon č. 76664 – 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) Výkon č. 76667 – 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, screeningu časného záchytu rakoviny plic 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. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.

7. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely 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.

8. 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.

9. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, 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.

10. 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.

Koeficienty poměru počtu pojištěnců

1. Koeficient poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese

Okres	VZP	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZPMV	RBP
BENEŠOV	0,633	0,062	0,026	0,084	0,000	0,195	0,000
BEROUN	0,474	0,048	0,308	0,088	0,000	0,082	0,000
BLANSKO	0,635	0,043	0,023	0,027	0,000	0,271	0,001
BRNO-MĚSTO	0,576	0,091	0,070	0,057	0,000	0,196	0,010
BRNO-VENKOV	0,579	0,079	0,094	0,046	0,000	0,198	0,004
BRUNTÁL	0,381	0,078	0,172	0,051	0,000	0,244	0,074
BŘECLAV	0,571	0,047	0,146	0,039	0,000	0,192	0,005
ČESKÁ LÍPA	0,658	0,117	0,082	0,043	0,018	0,081	0,001
ČESKÉ BUDĚJOVICE	0,588	0,147	0,031	0,053	0,000	0,181	0,000
ČESKÝ KRUMLOV	0,665	0,110	0,027	0,032	0,000	0,166	0,000
DĚČÍN	0,613	0,056	0,154	0,052	0,001	0,121	0,003
DOMAŽLICE	0,767	0,059	0,027	0,039	0,000	0,108	0,000
FRÝDEK-MÍSTEK	0,293	0,009	0,441	0,014	0,000	0,051	0,192
HAVLÍČKŮV BROD	0,659	0,047	0,165	0,037	0,000	0,092	0,000
HODONÍN	0,443	0,029	0,222	0,025	0,000	0,156	0,125
HRADEC KRÁLOVÉ	0,537	0,164	0,050	0,056	0,002	0,191	0,000
CHEB	0,677	0,089	0,065	0,049	0,000	0,119	0,001
CHOMUTOV	0,743	0,034	0,118	0,022	0,000	0,077	0,006
CHRUDIM	0,725	0,067	0,064	0,049	0,000	0,095	0,000
JABLONEC NAD NISOU	0,806	0,055	0,005	0,044	0,005	0,085	0,000
JESENÍK	0,479	0,048	0,350	0,015	0,000	0,100	0,008
JIČÍN	0,687	0,043	0,029	0,039	0,061	0,141	0,000
JIHLAVA	0,801	0,041	0,051	0,032	0,000	0,075	0,000
JINDŘICHŮV HRADEC	0,705	0,113	0,036	0,028	0,000	0,118	0,000
KARLOVY VARY	0,710	0,070	0,056	0,067	0,000	0,097	0,000
KARVINÁ	0,251	0,007	0,242	0,010	0,000	0,060	0,430
KLADNO	0,437	0,034	0,397	0,058	0,000	0,073	0,001
KLATOVY	0,640	0,083	0,138	0,043	0,000	0,096	0,000
KOLÍN	0,692	0,051	0,036	0,082	0,002	0,137	0,000
KROMĚŘÍŽ	0,438	0,041	0,094	0,030	0,000	0,132	0,265
KUTNÁ HORA	0,488	0,119	0,257	0,046	0,000	0,090	0,000
LIBEREC	0,719	0,115	0,011	0,068	0,006	0,081	0,000
LITOMĚŘICE	0,703	0,090	0,011	0,066	0,001	0,128	0,001
LOUNY	0,776	0,064	0,036	0,032	0,000	0,091	0,001
MĚLNÍK	0,661	0,046	0,038	0,123	0,013	0,119	0,000
MLADÁ BOLESLAV	0,295	0,013	0,006	0,020	0,644	0,022	0,000
MOST	0,833	0,011	0,030	0,021	0,000	0,092	0,013

Okres	VZP	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZPMV	RBP
NÁCHOD	0,655	0,075	0,079	0,039	0,003	0,149	0,000
NOVÝ JIČÍN	0,338	0,019	0,219	0,016	0,000	0,072	0,336
NYMBURK	0,625	0,052	0,063	0,084	0,049	0,127	0,000
OLOMOUC	0,232	0,143	0,433	0,034	0,000	0,147	0,011
OPAVA	0,342	0,016	0,306	0,027	0,000	0,086	0,223
OSTRAVA-MĚSTO	0,232	0,008	0,385	0,021	0,000	0,089	0,265
PARDUBICE	0,681	0,096	0,064	0,055	0,001	0,103	0,000
PELHŘIMOV	0,797	0,035	0,034	0,035	0,000	0,099	0,000
PÍSEK	0,700	0,085	0,042	0,048	0,000	0,125	0,000
PLZEŇ-JIH	0,618	0,077	0,082	0,072	0,000	0,151	0,000
PLZEŇ-MĚSTO	0,553	0,081	0,108	0,073	0,000	0,185	0,000
PLZEŇ-SEVER	0,530	0,088	0,114	0,091	0,000	0,177	0,000
PRAHA - HL.MĚSTO	0,629	0,050	0,020	0,198	0,001	0,101	0,001
PRAHA-VÝCHOD	0,579	0,060	0,034	0,209	0,003	0,114	0,001
PRAHA-ZÁPAD	0,604	0,054	0,028	0,202	0,001	0,111	0,000
PRACHATICE	0,614	0,135	0,066	0,037	0,000	0,148	0,000
PROSTĚJOV	0,288	0,073	0,551	0,017	0,000	0,065	0,006
PŘEROV	0,572	0,097	0,092	0,034	0,000	0,157	0,048
PŘÍBRAM	0,729	0,060	0,037	0,056	0,000	0,118	0,000
RAKOVNÍK	0,570	0,042	0,219	0,049	0,000	0,120	0,000
ROKYCANY	0,536	0,120	0,148	0,067	0,000	0,129	0,000
RYCHNOV NAD KNĚŽNOU	0,579	0,085	0,022	0,035	0,146	0,133	0,000
SEMILY	0,741	0,044	0,016	0,052	0,063	0,084	0,000
SOKOLOV	0,618	0,064	0,162	0,048	0,000	0,108	0,000
STRAKONICE	0,672	0,110	0,038	0,049	0,000	0,131	0,000
SVITAVY	0,791	0,041	0,036	0,027	0,000	0,104	0,001
ŠUMPERK	0,457	0,029	0,381	0,027	0,000	0,104	0,002
TÁBOR	0,502	0,149	0,134	0,071	0,000	0,144	0,000
TACHOV	0,671	0,120	0,050	0,037	0,000	0,122	0,000
TEPLICE	0,725	0,078	0,055	0,045	0,000	0,093	0,004
TRUTNOV	0,457	0,048	0,115	0,054	0,139	0,187	0,000
TŘEBÍČ	0,709	0,063	0,119	0,019	0,000	0,090	0,000
UHERSKÉ HRADIŠTĚ	0,560	0,034	0,133	0,029	0,000	0,241	0,003
ÚSTÍ NAD LABEM	0,391	0,153	0,022	0,152	0,000	0,273	0,009
ÚSTÍ NAD ORLICÍ	0,540	0,081	0,110	0,041	0,002	0,226	0,000
VSETÍN	0,607	0,020	0,097	0,018	0,000	0,063	0,195
VYŠKOV	0,528	0,127	0,100	0,048	0,000	0,192	0,005
ZLÍN	0,753	0,018	0,144	0,034	0,000	0,044	0,007
ZNOJMO	0,547	0,051	0,133	0,017	0,000	0,250	0,002
ŽĎÁR NAD SÁZAVOU	0,639	0,027	0,123	0,022	0,000	0,189	0,000

2. Koeficient poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu

Region	VZP	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZPMV	RBP
Jihočeský kraj	0,621	0,127	0,053	0,048	0,000	0,151	0,000
Jihomoravský kraj	0,558	0,072	0,105	0,042	0,000	0,202	0,021
Kraj Vysočina	0,717	0,043	0,101	0,028	0,000	0,111	0,000
Královéhradecký kraj + Pardubický kraj	0,623	0,084	0,066	0,046	0,031	0,150	0,000
Liberecký kraj	0,727	0,091	0,027	0,054	0,018	0,083	0,000
Moravskoslezský kraj	0,287	0,016	0,318	0,020	0,000	0,085	0,274
Olomoucký kraj	0,367	0,096	0,370	0,028	0,000	0,124	0,015
Plzeňský kraj + Karlovarský kraj	0,621	0,083	0,097	0,062	0,000	0,137	0,000
Středočeský kraj + Hlavní město Praha	0,592	0,051	0,069	0,149	0,035	0,103	0,001
Ústecký kraj	0,679	0,070	0,063	0,057	0,000	0,126	0,005
Zlínský kraj	0,613	0,027	0,121	0,028	0,000	0,112	0,099

Skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace s relativními váhami těchto skupin

Seznam zkratek pro části E, F a G

Název CVSP	Zkratka z ÚV
Centrum vysoce specializované cerebrovaskulární péče	Cerebro
Centrum vysoce specializované péče pro léčbu pokročilých forem endometriózy	Endometrioza
Centrum vysoce specializované péče pro farmakorezistentní epilepsie pro děti	FarmEpilepsie
Centrum vysoce specializované péče pro farmakorezistentní epilepsie pro dospělé a děti	FarmEpilepsie
Centrum vysoce specializované hematoonkologické péče pro děti	HematoOnkoDěti
Centrum vysoce specializované hematoonkologické péče pro děti, která nedisponují transplantační jednotkou	HematoOnkoDěti
Centrum vysoce specializované hematoonkologické péče pro dospělé	HematoOnkoDosp
Centrum vysoce specializované chirurgické péče v oblasti hepatopankreatobiliárních onemocnění	HPB
Centrum vysoce specializované chirurgické péče v oblasti karcinomu jícnu a gastroezofageální junkce	Jícen
Centrum vysoce specializované chirurgické péče pro oblast karcinomu rekta	Rektum
Centrum vysoce specializované péče o pacienty s iktem	Iktus
Centrum vysoce specializované intenzivní zdravotní péče v perinatologii	IntenzivníPerinat
Centrum intermediární zdravotní péče v perinatologii	IntermediárníPerinat
Centrum vysoce specializované kardiovaskulární péče pro děti	KardioDěti
Centrum vysoce specializované kardiovaskulární péče pro dospělé	KardioDosp
Centrum vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro děti, která provádějí transplantace srdce a související výkony	KompKardioDěti_T
Centrum vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro dospělé	KompKardioDosp
Centrum vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro dospělé, která provádějí transplantace srdce	KompKardioDosp_T
Centrum vysoce specializované onkologické péče pro dospělé	OnkoDosp
Centrum vysoce specializované péče v onkogynekologii	OnkoGyn
Centrum vysoce specializované onkourologické péče	OnkoUro
Centrum vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče	PneumoOnko
Centrum vysoce specializované péče o pacienty s roztroušenou sklerózou a příbuznými onemocněními centrálního nervového systému	RS
Centrum vysoce specializované spondylochirurgické péče	SpondyloChir
Centrum vysoce specializované péče v oblasti transplantologie	Trans
Centrum vysoce specializované traumatologické péče pro děti	TraumaDěti
Centrum vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé	TraumaDosp
Centrum vysoce specializované traumatologické péče II. typu	TraumaII
Centrum vysoce specializované péče pro pacienty s popáleninami	TraumaPop

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 heterogenní složkou paušální úhrady

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	11,429
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	10,285
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	7,6413
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	4,7265
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	13,621
00-M01	00-M01-06	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů) u dětí do 18 let věku	5,5208
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	17,876
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	15,521
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	13,031
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	8,7414
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	21,944
00-M02	00-M02-06	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů) u dětí do 18 let věku	13,998
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	31,458

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
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	24,452
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	20,807
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	16,421
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	70,745
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	40,734
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	40,377
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	29,478
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	63,201
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	63,201
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	63,201
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	63,201
01-C01	01-C01-01	Aplikace více než 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	3,6122
01-C01	01-C01-02	Aplikace 90 až 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	2,7517
01-C01	01-C01-03	Aplikace 45 až 90 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	1,195
01-C01	01-C01-04	Aplikace 25 až 45 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	0,6564

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
01-C01	01-C01-05	Aplikace 15 až 25 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	0,9695
01-C01	01-C01-06	Aplikace méně než 15 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	1,2035
01-C03	01-C03-01	Chemoterapie nebo cílená léčba pro novotvary nervové soustavy u dětí do 5 let věku	1,759
01-C03	01-C03-02	Chemoterapie nebo cílená léčba pro novotvary nervové soustavy u pacientů ve věku 5 a více let	0,7974
01-C04	01-C04-01	Cílená léčba pro autoimunitní onemocnění nervové soustavy	0,2093
01-C04	01-C04-02	Chemoterapie pro autoimunitní onemocnění nervové soustavy	0,3505
01-D01	01-D01-01	Dlouhodobý EEG video monitoring pro epilepsii v CVSP	0,9191
01-D01	01-D01-02	Dlouhodobý EEG video monitoring mimo CVSP	0,5804
01-D01	01-D01-03	Jiný dlouhodobý diagnostický monitoring	0,1471
01-I13	01-I13-00	Chirurgické uvolnění mononeuropatie horní končetiny	0,4381
01-K01	01-K01-01	Autoimunitní onemocnění centrální nervové soustavy u pacientů s CC=1-4	0,8388
01-K01	01-K01-02	Autoimunitní onemocnění centrální nervové soustavy u pacientů s CC=0	0,4293
01-K02	01-K02-01	Bakteriální neuroinfekce nebo herpetická meningoencefalitida u pacientů s CC=2-4	2,5028
01-K02	01-K02-02	Bakteriální neuroinfekce nebo herpetická meningoencefalitida u pacientů s CC=0-1	1,9566
01-K02	01-K02-03	Jiná infekční onemocnění nervové soustavy u pacientů s CC=2-4	2,0186
01-K02	01-K02-04	Jiná infekční onemocnění nervové soustavy u pacientů s CC=0-1	1,2514
01-K03	01-K03-01	Epilepsie v CVSP u pacientů s CC=3-4	2,3164
01-K03	01-K03-02	Epilepsie v CVSP u pacientů s CC=1-2	0,9249
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	0,6376
01-K03	01-K03-04	Epilepsie v CVSP u pacientů ve věku 18-74 let s CC=0	0,4106
01-K03	01-K03-05	Epilepsie mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	1,6954
01-K03	01-K03-06	Epilepsie mimo CVSP u pacientů s CC=1-2	0,7303

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
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	0,531
01-K03	01-K03-08	Epilepsie mimo CVSP u pacientů ve věku 18-74 let s CC=0	0,3067
01-K04	01-K04-01	Neurodegenerativní onemocnění u pacientů s CC=1-4	1,078
01-K04	01-K04-02	Neurodegenerativní onemocnění u pacientů s CC=0	0,6888
01-K05	01-K05-01	Hydrocefalus u pacientů s CC=1-4	1,0253
01-K05	01-K05-02	Hydrocefalus u pacientů s CC=0	0,4257
01-K06	01-K06-00	Poruchy spánku	0,1467
01-K07	01-K07-01	Poruchy mozkových nervů u dětí do 18 let věku	1,0087
01-K07	01-K07-02	Poruchy mozkových nervů u pacientů ve věku 18 a více let	0,5424
01-K07	01-K07-03	Jiné bolesti hlavy u dětí do 18 let věku	0,5508
01-K07	01-K07-04	Jiné bolesti hlavy u pacientů ve věku 18 a více let	0,3877
01-K08	01-K08-01	Neuropatie a onemocnění motoneuronu u pacientů s CC=1-4	1,0326
01-K08	01-K08-02	Neuropatie a onemocnění motoneuronu (mimo mononeuropatie horní končetiny) u pacientů s CC=0	0,4981
01-K08	01-K08-03	Mononeuropatie horní končetiny u pacientů s CC=0	0,3455
01-K09	01-K09-01	Onemocnění nervosvalového přenosu u pacientů s CC=1-4	1,1758
01-K09	01-K09-02	Onemocnění nervosvalového přenosu u pacientů s CC=0	0,4023
01-K16	01-K16-05	Zlomeniny lebky	0,4174
01-K16	01-K16-06	Otřes mozku	0,2562
01-K17	01-K17-00	Poranění periferních nervů	0,5631
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	2,3482
01-K18	01-K18-02	Jiná onemocnění a poruchy nervové soustavy u pacientů s CC=3	1,3296
01-K18	01-K18-03	Jiná onemocnění a poruchy nervové soustavy u pacientů s CC=1-2	0,746
01-K18	01-K18-04	Jiná onemocnění a poruchy nervové soustavy u pacientů s CC=0	0,4672
01-M04	01-M04-00	Léčebná výměnná plazmaferéza pro onemocnění nervové soustavy	3,5478

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
01-R02	01-R02-01	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní	5,8932
01-R02	01-R02-02	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní	2,9082
01-R02	01-R02-03	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,7322
01-R02	01-R02-04	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,9956
01-R02	01-R02-05	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,6498
01-R02	01-R02-06	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,833
02-C01	02-C01-00	Chemoterapie pro zhoubný novotvar oka a očních adnex	0,4147
02-I09	02-I09-01	Filtrační operace pro glaukom u dětí do 18 let	1,3406
02-I09	02-I09-02	Implantace drenážního implantátu pro glaukom u pacientů ve věku 18 a více let	0,6531
02-I09	02-I09-03	Filtrační operace pro glaukom u pacientů ve věku 18 a více let	0,7393
02-I12	02-I12-01	Jiný chirurgický výkon na oku nebo očnici pro zánět nebo u dětí do 6 let	1,2575
02-I12	02-I12-02	Jiný chirurgický výkon na oku pro jiné hlavní diagnózy u pacientů ve věku 6 a více let	0,8967
02-I13	02-I13-01	Malý chirurgický výkon na očních adnexech se závažnou hlavní diagnózou nebo u dětí do 6 let	0,5297
02-I13	02-I13-02	Malý chirurgický výkon na očních adnexech pro jiné hlavní diagnózy u pacientů ve věku 6 a více let	0,2909
02-K01	02-K01-01	Zánětlivá onemocnění oka u pacientů s CC=2-4	1,1514
02-K01	02-K01-02	Zánětlivá onemocnění oka u pacientů s CC=0-1	0,9219
02-K02	02-K02-01	Závažná zánětlivá onemocnění očních adnex a očnice	0,7958
02-K02	02-K02-02	Ostatní zánětlivá onemocnění očních adnex a očnice	0,5025
02-K03	02-K03-00	Funkční poruchy rohovky	0,4141
02-K04	02-K04-00	Funkční poruchy čočky	0,325
02-K05	02-K05-01	Funkční poruchy sklivce, sítnice a cévnatky u dětí do 18 let nebo sítnicové cévní uzávěry	0,7036

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	0,5388
02-K06	02-K06-01	Glaukom u dětí do 18 let	0,3296
02-K06	02-K06-02	Glaukom u pacientů ve věku 18 a více let	0,248
02-K07	02-K07-01	Paralytický strabismus	0,7588
02-K07	02-K07-02	Ostatní funkční poruchy očních adnex	0,551
02-K08	02-K08-00	Novotvary oka, očních adnex a očnice	0,4671
02-K09	02-K09-00	Oční traumata	0,4049
02-K10	02-K10-00	Vrozené vady oka, očních adnex a očnice	0,3818
02-K11	02-K11-01	Onemocnění zrakového nervu a zrakových drah	0,8395
02-K11	02-K11-02	Jiné onemocnění oka, očních adnex nebo očnice	0,5156
02-M01	02-M01-01	Laserová a koagulační léčba u dětí do 18 let	0,6924
02-M01	02-M01-02	Laserová a koagulační léčba u pacientů ve věku 18 a více let	0,5661
02-R03	02-R03-00	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka	1,0419
03-C01	03-C01-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku u pacientů ve věku 18 a více let	0,4028
03-C01	03-C01-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku u pacientů ve věku 18 a více let	0,4392
03-C01	03-C01-03	Chemoterapie nebo cílená léčba pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku u dětí do 18 let věku	0,8914
03-I19	03-I19-01	Jiný výkon v ústní dutině, hltanu nebo na čelisti u pacientů s CC=3-4	2,8697
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	0,7149
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	0,6355
03-I24	03-I24-00	Extrakce zubu nebo preprotetická úprava alveolu	0,4638
03-I25	03-I25-00	Tracheostomie	1,8168
03-K01	03-K01-01	Záněty ucha mimo nehnisavý zánět středního ucha	0,6151
03-K01	03-K01-02	Nehnisavý zánět středního ucha	0,3812

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
03-K02	03-K02-01	Záněty horních cest dýchacích a hrtanu s CC=3-4	1,1539
03-K02	03-K02-02	Záněty horních cest dýchacích a hrtanu u pacientů ve věku 65 a více let nebo s CC=1-2	0,5448
03-K02	03-K02-03	Záněty horních cest dýchacích a hrtanu u pacientů do 65 let věku s CC=0	0,3419
03-K03	03-K03-01	Záněty úst, ústní dutiny a čelisti u pacientů s CC=2-4	1,186
03-K03	03-K03-02	Záněty úst, ústní dutiny a čelisti u pacientů s CC=0-1	0,5003
03-K04	03-K04-01	Funkční a strukturální poruchy ucha u pacientů ve věku 18 a více let	0,4423
03-K04	03-K04-02	Funkční a strukturální poruchy ucha u dětí do 18 let věku	0,4362
03-K05	03-K05-00	Funkční a strukturální poruchy nosu a nosních dutin	0,2077
03-K06	03-K06-01	Akutní záněty krčních mandlí	0,4815
03-K06	03-K06-02	Nemoci mandlí a adenoidní tkáně mimo akutní záněty	0,289
03-K07	03-K07-00	Funkční a strukturální poruchy hrtanu	0,2996
03-K08	03-K08-00	Nezánětlivé nemoci úst, ústní dutiny a čelisti	0,3605
03-K09	03-K09-01	Zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní a krku v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,9195
03-K09	03-K09-02	Zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní a krku v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,5156
03-K09	03-K09-03	Zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní a krku mimo CVSP	0,456
03-K10	03-K10-01	Novotvary ucha, nosu, dutiny ústní a krku mimo zhoubné	0,4046
03-K10	03-K10-02	Polypy nosu a hrdla	0,2173
03-K11	03-K11-00	Vrozené vady ucha, nosu, dutiny ústní a krku	0,372
03-K12	03-K12-01	Traumata ucha, nosu, dutiny ústní a krku v CVSP	0,3832
03-K12	03-K12-02	Traumata ucha, nosu, dutiny ústní a krku mimo CVSP	0,263
03-K13	03-K13-01	Jiné nemoci ucha, nosu, dutiny ústní a krku u pacientů s CC=1-4	0,4801
03-K13	03-K13-02	Jiné nemoci ucha, nosu, dutiny ústní a krku u pacientů s CC=0	0,1941
03-R01	03-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 21 a více ozařovacích dní	6,6394

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
03-R01	03-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 11-20 ozařovacích dní	3,5229
03-R01	03-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,9715
03-R01	03-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,5628
03-R01	03-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,4844
03-R01	03-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,6398
03-R02	03-R02-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ústní dutiny, hltanu nebo nosohltanu v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,6926
03-R02	03-R02-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ústní dutiny, hltanu nebo nosohltanu v rámci 1 ozařovacího dne	0,4399
04-C02	04-C02-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar dýchací soustavy	0,2953
04-C02	04-C02-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy	0,3519
04-I08	04-I08-01	Opakovaná hrudní drenáž nebo hrudní drenáž u pacientů s CC=4	2,8176
04-I08	04-I08-02	Hrudní drenáž otevřeným přístupem nebo thorakoskopicky u pacientů s CC=0-3	1,8103
04-I08	04-I08-03	Klasická nebo perkutánní hrudní drenáž u pacientů s CC=1-3	1,5212
04-I08	04-I08-04	Klasická nebo perkutánní hrudní drenáž u pacientů s CC=0	0,8997
04-I09	04-I09-01	Diagnostický chirurgický výkon nebo odstranění mízních uzlin pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=1-4	2,1918
04-I09	04-I09-02	Diagnostický chirurgický výkon nebo odstranění mízních uzlin pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=0	0,8733
04-I10	04-I10-01	Chirurgický výkon pro ošetření tracheostomie bez jejího uzavření	1,1951
04-I10	04-I10-02	Chirurgický výkon pro ošetření tracheostomie s jejím uzavřením	0,5945
04-K01	04-K01-01	Tuberkulóza u dětí do 18 let věku nebo u pacientů s CC=1-4	1,5982
04-K01	04-K01-02	Tuberkulóza u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,4664
04-K02	04-K02-01	Časné úmrtí do 2 dnů pro zánět plic	0,1568
04-K02	04-K02-02	Záněty plic u pacientů s CC=4, transplantovanými plícemi nebo s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	2,2205

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
04-K02	04-K02-03	Záněty plic u pacientů s CC=2-3	1,0807
04-K02	04-K02-04	Záněty plic u pacientů s CC=0-1	0,7481
04-K03	04-K03-01	Záněty průdušnice, průdušek a průdušinek u pacientů s CC=3-4	1,0985
04-K03	04-K03-02	Záněty průdušnice, průdušek a průdušinek u pacientů s CC=1-2	0,6489
04-K03	04-K03-03	Záněty průdušnice, průdušek a průdušinek u pacientů s CC=0	0,5331
04-K04	04-K04-01	Astma u pacientů s CC=2-4	0,8774
04-K04	04-K04-02	Astma u pacientů s CC=0-1	0,5032
04-K05	04-K05-01	Časné úmrtí do 2 dnů pro plicní embolii	0,3873
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)	1,1227
04-K05	04-K05-03	Plicní embolie v CVSP u pacientů bez akutního cor pulmonale s CC=0-2	0,6296
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)	0,8445
04-K05	04-K05-05	Plicní embolie mimo CVSP u pacientů bez akutního cor pulmonale s CC=0-2	0,5091
04-K06	04-K06-01	Chronická obstrukční plicní nemoc u pacientů s CC=4	1,6181
04-K06	04-K06-02	Chronická obstrukční plicní nemoc u pacientů s CC=2-3	0,8627
04-K06	04-K06-03	Chronická obstrukční plicní nemoc u pacientů s CC=0-1	0,567
04-K07	04-K07-01	Intersticiální plicní nemoc u pacientů s CC=4	1,7354
04-K07	04-K07-02	Intersticiální plicní nemoc u pacientů s CC=2-3	0,9862
04-K07	04-K07-03	Intersticiální plicní nemoc u pacientů s CC=0-1	0,6023
04-K08	04-K08-01	Časné úmrtí do 2 dnů pro respirační selhání	0,3834
04-K08	04-K08-02	Respirační selhání u pacientů s CC=4	2,6808
04-K08	04-K08-03	Respirační selhání u pacientů s CC=2-3	1,3745
04-K08	04-K08-04	Respirační selhání u pacientů s CC=0-1	0,356
04-K09	04-K09-01	Časné úmrtí do 2 dnů pro zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku	0,1424

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
04-K09	04-K09-02	Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,13
04-K09	04-K09-03	Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,5281
04-K09	04-K09-04	Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,8109
04-K09	04-K09-05	Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4538
04-K10	04-K10-01	Novotvary dýchací soustavy mimo zhoubné u pacientů s CC=2-4	0,6602
04-K10	04-K10-02	Novotvary dýchací soustavy mimo zhoubné u pacientů s CC=0-1	0,3702
04-K11	04-K11-01	Cystická fibróza u pacientů ve věku 16 a více let	1,3514
04-K11	04-K11-02	Cystická fibróza u dětí do 16 let věku	1,1802
04-K12	04-K12-00	Vrozené vady dýchací soustavy mimo cystickou fibrózu	0,6882
04-K13	04-K13-01	Trauma dýchací soustavy a hrudníku v CVSP	0,5405
04-K13	04-K13-02	Trauma dýchací soustavy a hrudníku mimo CVSP	0,4341
04-K14	04-K14-01	Pneumotorax a hemotorax u pacientů s CC=3-4	1,7073
04-K14	04-K14-02	Pneumotorax a hemotorax u pacientů s CC=1-2	0,9155
04-K14	04-K14-03	Pneumotorax a hemotorax u pacientů s CC=0	0,5909
04-K15	04-K15-01	Jiné nemoci dýchací soustavy u pacientů s CC=4	2,381
04-K15	04-K15-02	Plicní edém nebo jiné nemoci dýchací soustavy u pacientů s CC=2-3	1,0236
04-K15	04-K15-03	Jiné nemoci dýchací soustavy u pacientů s CC=0-1	0,4063
04-M01	04-M01-01	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 1801 a více hodin (76 a více dní)	63,201
04-M01	04-M01-02	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 1009-1800 hodin (43-75 dní)	29,478
04-M01	04-M01-03	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 505-1008 hodin (22-42 dní)	15,451
04-M01	04-M01-04	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 241-504 hodin (11-21 dní)	8,2052
04-M01	04-M01-05	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 97-240 hodin (5-10 dní)	4,3548

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
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	2,6899
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	1,8002
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	2,5601
04-M02	04-M02-01	Endoskopické zavedení endobronchiální chlopně pro chronickou obstrukční plicní nemoc	3,5146
04-M02	04-M02-02	Endoskopická dilatace stenóz pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=1-4	1,6586
04-M02	04-M02-03	Endoskopický výkon mimo dilatace pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=1-4	1,1085
04-M02	04-M02-04	Endoskopický výkon pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=0	0,6135
04-R02	04-R02-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní	6,6199
04-R02	04-R02-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní	3,3919
04-R02	04-R02-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,5246
04-R02	04-R02-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,9283
04-R02	04-R02-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,0317
04-R02	04-R02-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,8936
04-R03	04-R03-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,65
04-R03	04-R03-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v rámci 1 ozařovacího dne	0,4399
05-D01	05-D01-01	Elektrofyziologické vyšetření nebo implantace arytmického záznamníku se srdeční katetrizací	1,9816
05-D01	05-D01-02	Implantace arytmického záznamníku	1,1981
05-D01	05-D01-03	Elektrofyziologické vyšetření	0,8231

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
05-D01	05-D01-04	Invazivní diagnostika pro závažné onemocnění oběhové soustavy u pacientů s CC=3-4	2,3565
05-D01	05-D01-05	Invazivní diagnostika za použití doplňující zobrazovací nebo funkční vyšetřovací metody pro závažné onemocnění oběhové soustavy u pacientů s CC=0-2	1,1417
05-D01	05-D01-06	Invazivní diagnostika pro závažné onemocnění oběhové soustavy u pacientů s CC=0-2	0,7171
05-D01	05-D01-07	Invazivní diagnostika za použití doplňující zobrazovací nebo funkční vyšetřovací metody pro jinou nemoc oběhové soustavy	0,7775
05-D01	05-D01-08	Invazivní diagnostika pro jinou nemoc oběhové soustavy	0,3667
06-C01	06-C01-00	Cílená léčba pro Crohnovu nemoc nebo ulcerózní kolitidu	0,1673
06-C02	06-C02-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar trávicí soustavy u pacientů ve věku 18 a více let	0,2684
06-C02	06-C02-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar jícnu nebo žaludku u pacientů ve věku 18 a více let	0,3294
06-C02	06-C02-03	Chemoterapie pro zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu u pacientů ve věku 18 a více let	0,2791
06-C02	06-C02-04	Chemoterapie nebo cílená léčba pro zhoubný novotvar trávicí soustavy u dětí do 18 let věku	0,8317
06-D01	06-D01-00	Endoskopický diagnostický výkon a staging pro Crohnovu nemoc a ulcerózní kolitidu	0,8057
06-I14	06-I14-01	Drenážní výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	2,5672
06-I14	06-I14-02	Drenážní výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	1,3135
06-K01	06-K01-01	Klostridiová střevní infekce u pacientů s CC=4	2,5971
06-K01	06-K01-02	Klostridiová střevní infekce u pacientů s CC=2-3	1,1513
06-K01	06-K01-03	Klostridiová střevní infekce u pacientů s CC=0-1	0,7358
06-K03	06-K03-01	Refluxní onemocnění a zánět jícnu u pacientů s CC=4	2,1853
06-K03	06-K03-02	Refluxní onemocnění a zánět jícnu u pacientů s CC=2-3	0,9406
06-K03	06-K03-03	Refluxní onemocnění a zánět jícnu u pacientů s CC=0-1	0,4226
06-K04	06-K04-01	Peptický vřed a zánět žaludku u pacientů s CC=4	2,133
06-K04	06-K04-02	Peptický vřed a zánět žaludku s perforací nebo krvácením nebo u pacientů s CC=2-3	0,8772

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
06-K04	06-K04-03	Peptický vřed bez perforace a krvácení a jiný zánět žaludku u pacientů s CC=0-1	0,3852
06-K05	06-K05-01	Nemoci apendixu se zánětem peritonea	0,8472
06-K05	06-K05-02	Nemoci apendixu bez zánětu peritonea	0,3863
06-K06	06-K06-01	Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida u pacientů s CC=1-4	1,0003
06-K06	06-K06-02	Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida u pacientů s CC=0	0,5816
06-K07	06-K07-01	Divertikulární nemoc střeva s perforací a abscesem nebo u pacientů s CC=2-4	0,8019
06-K07	06-K07-02	Divertikulární nemoc střeva bez perforace a abscesu u pacientů s CC=0-1	0,4369
06-K08	06-K08-01	Varixy jícnu s krvácením nebo jiné funkční a strukturální poruchy jícnu a žaludku u pacientů s CC=3-4	1,3151
06-K08	06-K08-02	Funkční a strukturální poruchy jícnu a žaludku mimo krvácející varixy s CC=0-2	0,56
06-K09	06-K09-01	Kýly u pacientů s CC=2-4	0,644
06-K09	06-K09-02	Kýly u pacientů s CC=0-1	0,2655
06-K10	06-K10-01	Vaskulární onemocnění střeva nebo obstrukce trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	1,5936
06-K10	06-K10-02	Vaskulární onemocnění střeva u pacientů s CC=0-2 nebo obstrukce trávicí soustavy u pacientů s CC=1-2	0,8147
06-K10	06-K10-03	Obstrukce trávicí soustavy u pacientů s CC=0	0,4213
06-K11	06-K11-00	Nemoci anorekta	0,353
06-K12	06-K12-01	Pooperační střevní malabsorpce	1,2044
06-K12	06-K12-02	Střevní malabsorpce mimo pooperační	0,3604
06-K13	06-K13-01	Zhoubný novotvar jícnu a žaludku v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,0774
06-K13	06-K13-02	Zhoubný novotvar jícnu a žaludku v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,5321
06-K13	06-K13-03	Zhoubný novotvar jícnu a žaludku mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	1,0683
06-K13	06-K13-04	Zhoubný novotvar jícnu a žaludku mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,5103
06-K14	06-K14-01	Zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,9833

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
06-K14	06-K14-02	Zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4712
06-K14	06-K14-03	Zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,9204
06-K14	06-K14-04	Zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4524
06-K15	06-K15-01	Novotvary trávicích orgánů mimo zhoubné u pacientů s CC=1-4	0,4979
06-K15	06-K15-02	Novotvary trávicích orgánů mimo zhoubné u pacientů s CC=0	0,2655
06-K16	06-K16-00	Vrozené vady trávicí soustavy	0,5348
06-K17	06-K17-01	Traumata trávicí soustavy mimo cizí těleso	0,9388
06-K17	06-K17-02	Cizí těleso v trávicí soustavě	0,261
06-K18	06-K18-00	Umělá vyústění trávicí soustavy	0,3743
06-K19	06-K19-01	Zánět pobřišnice nebo střeva u pacientů s CC=3-4	1,8275
06-K19	06-K19-02	Zánět pobřišnice nebo střeva u pacientů s CC=1-2	1,0703
06-K19	06-K19-03	Zánět pobřišnice nebo střeva u pacientů s CC=0	0,6219
06-K20	06-K20-01	Krvácení z trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	1,6603
06-K20	06-K20-02	Krvácení z trávicí soustavy u pacientů s CC=1-2	0,7335
06-K20	06-K20-03	Krvácení z trávicí soustavy u pacientů s CC=0	0,4256
06-K21	06-K21-01	Jiný neinfekční střevní zánět u pacientů s CC=3-4	1,199
06-K21	06-K21-02	Jiný neinfekční střevní zánět u pacientů s CC=1-2	0,6413
06-K21	06-K21-03	Jiný neinfekční střevní zánět u pacientů s CC=0	0,3545
06-K22	06-K22-01	Jiné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	0,929
06-K22	06-K22-02	Jiné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=1-2	0,5399
06-K22	06-K22-03	Jiné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0	0,3435
06-M01	06-M01-01	Endoskopický výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	2,0505
06-M01	06-M01-02	Endoskopický výkon pro odstranění léze trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	0,824

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
06-M01	06-M01-03	Endoskopická dilatace trávicí trubice, zavedení stentu nebo stavění krvácení z trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	0,752
06-M01	06-M01-04	Endoskopické zavedení gastrostomie pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	0,6354
06-M01	06-M01-05	Endoskopický výkon pro jícnové varixy, odstranění polypu nebo cizího tělesa z trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	0,4003
06-R01	06-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní	5,6339
06-R01	06-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní	3,3767
06-R01	06-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,602
06-R01	06-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,6413
06-R01	06-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,814
06-R01	06-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,6832
06-R02	06-R02-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,6102
06-R02	06-R02-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v rámci 1 ozařovacího dne	0,4433
07-C01	07-C01-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů ve věku 18 a více let	0,2964
07-C01	07-C01-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů ve věku 18 a více let	0,2304
07-C01	07-C01-03	Chemoterapie nebo cílená léčba pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u dětí do 18 let věku	0,7991
07-I11	07-I11-01	Jiný chirurgický výkon v dutině břišní pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=2-4	3,4619
07-I11	07-I11-02	Jiný chirurgický výkon v dutině břišní pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=0-1	1,3581
07-K01	07-K01-01	Zánět a selhání jater u pacientů s CC=3-4	2,1731
07-K01	07-K01-02	Zánět a selhání jater u pacientů s CC=0-2	0,9007
07-K02	07-K02-01	Akutní zánět slinivky břišní u pacientů s CC=3-4	2,3909

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
07-K02	07-K02-02	Akutní zánět slinivky břišní u dětí do 18 let věku nebo u pacientů s CC=2	1,0566
07-K02	07-K02-03	Akutní zánět slinivky břišní u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	0,712
07-K03	07-K03-01	Chronický zánět a cysta slinivky břišní u pacientů s CC=3-4	2,3913
07-K03	07-K03-02	Chronický zánět a cysta slinivky břišní u pacientů s CC=0-2	0,5181
07-K04	07-K04-01	Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=4	2,245
07-K04	07-K04-02	Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=3	1,3594
07-K04	07-K04-03	Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=1-2 nebo hepatorenální syndrom	0,896
07-K04	07-K04-04	Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=0	0,5685
07-K05	07-K05-01	Obstrukce nebo zánět žlučníku a žlučových cest u pacientů s CC=3-4	1,3578
07-K05	07-K05-02	Zánět žlučníku a žlučových cest u pacientů s CC=0-2	0,6073
07-K05	07-K05-03	Obstrukce žlučníku a žlučových cest u pacientů s CC=0-2	0,3507
07-K08	07-K08-01	Novotvary hepatobiliární soustavy a slinivky břišní mimo zhoubné u pacientů s CC=2-4	0,8111
07-K08	07-K08-02	Novotvary hepatobiliární soustavy a slinivky břišní mimo zhoubné u pacientů s CC=0-1	0,3457
07-K09	07-K09-00	Vrozené vady hepatobiliární soustavy a slinivky břišní	0,7072
07-K10	07-K10-00	Traumata hepatobiliární soustavy a slinivky břišní	1,2689
07-K11	07-K11-01	Jiné nemoci hepatobiliární soustavy a slinivky břišní u pacientů s CC=3-4	1,1478
07-K11	07-K11-02	Jiné nemoci hepatobiliární soustavy a slinivky břišní u dětí do 18 let věku s CC=0-2	0,6547
07-K11	07-K11-03	Jiné nemoci hepatobiliární soustavy a slinivky břišní u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2	0,4222
07-R02	07-R02-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 21 a více ozařovacích dní	6,0893
07-R02	07-R02-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 11-20 ozařovacích dní	3,4002
07-R02	07-R02-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,7719

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
07-R02	07-R02-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,9735
07-R02	07-R02-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,5765
07-R02	07-R02-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,9996
07-R03	07-R03-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,6469
07-R03	07-R03-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy v rámci 1 ozařovacího dne	0,4399
08-C01	08-C01-01	Aplikace více než 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	3,7133
08-C01	08-C01-02	Aplikace 90 až 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	2,7889
08-C01	08-C01-03	Aplikace 45 až 90 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	2,1162
08-C01	08-C01-04	Aplikace 25 až 45 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	2,1154
08-C01	08-C01-05	Aplikace 15 až 25 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	1,7159
08-C01	08-C01-06	Aplikace méně než 15 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	1,4866
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	1,3067
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	0,6437
08-C04	08-C04-01	Cílená léčba pro autoimunitní onemocnění pojivových tkání	0,6485
08-C04	08-C04-02	Chemoterapie pro autoimunitní onemocnění pojivových tkání	0,2709
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	4,8067
08-I12	08-I12-02	Amputace části končetiny pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=0-2	2,1643
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	1,3806

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
08-I17	08-I17-02	Operace poranění kostí předloktí a zápěstí v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	0,7521
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	0,9259
08-I17	08-I17-04	Operace poranění kostí předloktí a zápěstí mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	0,664
08-I29	08-I29-00	Krytí defektu kožním štěpem pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání	2,5995
08-I30	08-I30-01	Drenážní výkon a chirurgické odstranění nekrotické tkáně pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=2-4	2,1175
08-I30	08-I30-02	Drenážní výkon a chirurgické odstranění nekrotické tkáně u pacientů s CC=0-1	1,1199
08-I32	08-I32-00	Odstranění osteosyntetického materiálu	0,4022
08-K01	08-K01-01	Systémová onemocnění pojivových tkání u pacientů s CC=2-4	1,4105
08-K01	08-K01-02	Systémová onemocnění pojivových tkání u pacientů s CC=1	1,1933
08-K01	08-K01-03	Systémová onemocnění pojivových tkání u pacientů s CC=0	0,729
08-K02	08-K02-01	Neinfekční zánětlivá onemocnění kloubů a páteře u pacientů s CC=2-4	1,4583
08-K02	08-K02-02	Neinfekční zánětlivá onemocnění kloubů a páteře u pacientů s CC=1	1,0958
08-K02	08-K02-03	Neinfekční zánětlivá onemocnění kloubů a páteře u pacientů s CC=0	0,7733
08-K03	08-K03-01	Infekční onemocnění obratlů a meziobratlových plotének u pacientů s CC=1-4	3,0655
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	1,5924
08-K03	08-K03-03	Ostatní infekční onemocnění kloubů a kostí u pacientů s CC=0	0,6625
08-K04	08-K04-01	Jiná onemocnění kostí, kloubů a měkkých tkání u pacientů s CC=1-4	0,9303
08-K04	08-K04-02	Jiná onemocnění kostí, kloubů a měkkých tkání u pacientů do 18 let s CC=0	0,4805
08-K04	08-K04-03	Jiná onemocnění kostí, kloubů a měkkých tkání u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,4174
08-K05	08-K05-00	Patologické zlomeniny	0,8518

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
08-K06	08-K06-01	Deformity a vrozené vady pohybového aparátu kromě páteře, ruky a chodidla	0,407
08-K06	08-K06-02	Deformity a vrozené vady ruky a chodidla	0,1359
08-K07	08-K07-00	Mozková obrna a jiné syndromy ochrnutí	0,7471
08-K08	08-K08-00	Jiná onemocnění páteře a bolest zad	0,5222
08-K15	08-K15-00	Následná ortopedická péče nebo neurčené poruchy muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání	0,2301
08-M01	08-M01-00	Léčebná výměnná plazmaferéza pro systémové onemocnění pojivových tkání	5,2055
08-R02	08-R02-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 21 a více ozařovacích dní	5,9092
08-R02	08-R02-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 11-20 ozařovacích dní	3,3401
08-R02	08-R02-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,3916
08-R02	08-R02-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	2,2057
08-R02	08-R02-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,7656
08-R02	08-R02-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,3307
09-C02	09-C02-00	Cílená léčba pro papuloskvamózní onemocnění	0,1498
09-C03	09-C03-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar prsu	0,4206
09-C03	09-C03-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar prsu	0,423
09-C04	09-C04-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar kůže	0,2313
09-C04	09-C04-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar kůže	0,3789
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	3,7096
09-I02	09-I02-02	Amputace části končetiny pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=0-2	1,8383
09-I05	09-I05-01	Opakovaný chirurgický výkon pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu s CC=3-4	3,7333

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
09-I05	09-I05-02	Opakovaný chirurgický výkon pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu s CC=0-2	1,8436
09-I11	09-I11-01	Amputace prstů nebo záprstí pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=2-4	1,3946
09-I11	09-I11-02	Amputace prstů nebo záprstí pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=0-1	0,7541
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	1,0839
09-I12	09-I12-02	Krytí defektu kožním štěpem pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0	0,6394
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	2,2889
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	1,0632
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	0,6835
09-I13	09-I13-04	Jiný chirurgický výkon pro vybrané nezánětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0	0,5641
09-I13	09-I13-05	Jiný chirurgický výkon pro ostatní nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0	0,4472
09-K01	09-K01-01	Onemocnění kůže způsobená mikroorganismy a parazity u pacientů s CC=4	2,4022
09-K01	09-K01-02	Onemocnění kůže způsobená mikroorganismy a parazity u pacientů s CC=1-3	0,9791
09-K01	09-K01-03	Růže u pacientů s CC=0	0,8081
09-K01	09-K01-04	Jiná onemocnění kůže způsobená mikroorganismy a parazity u pacientů s CC=0	0,5563
09-K02	09-K02-00	Bulózní dermatózy a papuloskvamózní onemocnění	0,9402
09-K03	09-K03-01	Vředová onemocnění kůže u pacientů s CC=1-4	1,0069
09-K03	09-K03-02	Vředová onemocnění kůže u pacientů s CC=0	0,8606
09-K04	09-K04-01	Jiná zánětlivá onemocnění kůže u pacientů s CC=1-4	0,8004
09-K04	09-K04-02	Jiná zánětlivá onemocnění kůže u pacientů s CC=0	0,6205

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
09-K05	09-K05-00	Erytematózní onemocnění	0,8226
09-K06	09-K06-00	Lymfedém	0,6959
09-K07	09-K07-01	Zhoubný novotvar kůže u pacientů s CC=2-4	1,2251
09-K07	09-K07-02	Zhoubný novotvar kůže u pacientů s CC=0-1	0,4767
09-K08	09-K08-01	Zhoubný novotvar prsu v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,9501
09-K08	09-K08-02	Zhoubný novotvar prsu v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,531
09-K08	09-K08-03	Zhoubný novotvar prsu mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,8249
09-K08	09-K08-04	Zhoubný novotvar prsu mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4992
09-K09	09-K09-00	Novotvary kůže mimo zhoubné	0,4769
09-K10	09-K10-00	Novotvary prsu mimo zhoubné	0,445
09-K11	09-K11-00	Vrozené vady kůže, podkožní tkáně a prsu	0,7742
09-K12	09-K12-00	Poranění kožního krytu hlavy a krku	0,2551
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	0,5337
09-K13	09-K13-02	Povrchové poranění kožního krytu trupu nebo končetin u pacientů s CC=0	0,3054
09-K14	09-K14-01	Jiná onemocnění kůže a podkožního vaziva u pacientů s CC=1-4	0,8817
09-K14	09-K14-02	Jiná onemocnění kůže a podkožního vaziva u pacientů s CC=0	0,4555
09-K15	09-K15-00	Jiné nemoci a poruchy prsní tkáně	0,3339
09-K16	09-K16-00	Následky poranění a následná péče	0,65
09-R01	09-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 21 a více ozařovacích dní	5,9591
09-R01	09-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 11-20 ozařovacích dní	2,9579
09-R01	09-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,5857
09-R01	09-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,6527
09-R01	09-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,5069

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
09-R01	09-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,6124
09-R02	09-R02-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,6186
09-R02	09-R02-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v rámci 1 ozařovacího dne	0,4399
10-C01	10-C01-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar endokrinních žláz	0,695
10-C01	10-C01-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar endokrinních žláz	0,4529
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	3,7859
10-I05	10-I05-02	Amputace části končetiny nad kotníkem pro syndrom diabetické nohy v CVSP u pacientů s CC=0-2	2,0105
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	2,3965
10-I05	10-I05-04	Amputace části končetiny nad kotníkem pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP u pacientů s CC=0-2	1,5049
10-I07	10-I07-01	Amputace končetiny pod kotníkem pro syndrom diabetické nohy v CVSP u pacientů s infekcí nebo s CC=3-4	1,3657
10-I07	10-I07-02	Amputace končetiny pod kotníkem pro syndrom diabetické nohy v CVSP u pacientů s CC=0-2 bez infekce	0,8447
10-I07	10-I07-03	Amputace končetiny pod kotníkem pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP	0,8133
10-I08	10-I08-01	Jiný chirurgický výkon na diabetické noze u pacientů s infekcí nebo s CC=3-4	1,1749
10-I08	10-I08-02	Jiný chirurgický výkon na diabetické noze u pacientů s CC=0-2 bez infekce	0,9795
10-K01	10-K01-01	Nemoci štítné žlázy a příštítných tělísek u pacientů s CC=3-4	1,6507
10-K01	10-K01-02	Záněty a funkční poruchy štítné žlázy a příštítných tělísek u pacientů s CC=0-2	0,4262
10-K01	10-K01-03	Strukturální a jiné poruchy štítné žlázy a příštítných tělísek u pacientů s CC=0-2	0,3358
10-K02	10-K02-01	Syndrom diabetické nohy u pacientů s CC=3-4 nebo s infekcí	1,1298
10-K02	10-K02-02	Syndrom diabetické nohy u pacientů s CC=0-2 bez infekce	0,5764

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
10-K03	10-K03-01	Diabetická ketoacidóza nebo kóma u pacientů s CC=4	2,5662
10-K03	10-K03-02	Diabetická ketoacidóza nebo kóma u dětí do 16 let věku s CC=0-3	1,7699
10-K03	10-K03-03	Diabetická ketoacidóza nebo kóma u pacientů ve věku 16 a více let s CC=2-3	1,2013
10-K03	10-K03-04	Diabetická ketoacidóza nebo kóma u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-1	0,6399
10-K04	10-K04-01	Diabetes mellitus u pacientů s CC=4	2,009
10-K04	10-K04-02	Diabetes mellitus u pacientů ve věku 16 a více let s CC=2-3	0,82
10-K04	10-K04-03	Diabetes mellitus u dětí do 16 let věku s CC=0-3	0,9043
10-K04	10-K04-04	Diabetes mellitus u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-1	0,5017
10-K05	10-K05-01	Funkční poruchy hypofýzy a nadledviny u pacientů s CC=1-4	0,8726
10-K05	10-K05-02	Funkční poruchy hypofýzy a nadledviny u pacientů s CC=0	0,4743
10-K06	10-K06-00	Zhoubný novotvar štítné žlázy a příštítných tělísek	0,4189
10-K07	10-K07-00	Zhoubný novotvar nadledviny	0,6188
10-K08	10-K08-00	Novotvary endokrinních žláz mimo zhoubné	0,4085
10-K09	10-K09-00	Vrozené vady endokrinních žláz	0,8415
10-K10	10-K10-00	Poruchy pohlavního a fyziologického vývoje	0,4921
10-K11	10-K11-01	Těžká podvýživa a nutriční karence u pacientů s CC=2-4	1,5469
10-K11	10-K11-02	Těžká podvýživa a nutriční karence u pacientů s CC=0-1	0,9144
10-K12	10-K12-01	Poruchy metabolismu a vnitřního prostředí mimo dehydrataci u pacientů s CC=4	2,4853
10-K12	10-K12-02	Poruchy metabolismu a vnitřního prostředí mimo dehydrataci u pacientů s CC=1-3	0,8411
10-K12	10-K12-03	Poruchy metabolismu a vnitřního prostředí mimo dehydrataci u pacientů s CC=0	0,4752
10-K13	10-K13-01	Jiné nutriční poruchy u pacientů s CC=4	2,2313
10-K13	10-K13-02	Jiné nutriční poruchy u pacientů s CC=1-3	0,9138
10-K13	10-K13-03	Jiné nutriční poruchy u pacientů s CC=0	0,4514
10-K14	10-K14-01	Dehydratace u pacientů s CC=4	1,185

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
10-K14	10-K14-02	Dehydratace u pacientů ve věku 65 a více let s CC=2-3	0,8362
10-K14	10-K14-03	Dehydratace u pacientů ve věku 65 a více let s CC=0-1	0,4835
10-K14	10-K14-04	Dehydratace u pacientů do 65 let věku s CC=2-3	0,4363
10-K14	10-K14-05	Dehydratace u pacientů do 65 let věku s CC=0-1	0,35
10-K15	10-K15-01	Obezita u pacientů s CC=2-4	0,7285
10-K15	10-K15-02	Obezita u pacientů s CC=0-1	0,2381
10-K16	10-K16-01	Jiné nemoci endokrinních žláz u pacientů s CC=4	2,088
10-K16	10-K16-02	Jiné nemoci endokrinních žláz u pacientů s CC=1-3	0,5564
10-K16	10-K16-03	Jiné nemoci endokrinních žláz u pacientů s CC=0	0,3439
10-M01	10-M01-00	Zavedení inzulínové pumpy	0,4441
10-M02	10-M02-00	Eliminační metody krve pro poruchu metabolismu nebo vnitřního prostředí	1,4175
10-R01	10-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy, příštítných tělísek nebo nadledviny v délce 21 a více ozařovacích dní	6,1455
10-R01	10-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy, příštítných tělísek nebo nadledviny v délce 11-20 ozařovacích dní	3,2922
10-R01	10-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy, příštítných tělísek nebo nadledviny v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,7353
10-R01	10-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy, příštítných tělísek nebo nadledviny v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,8166
10-R01	10-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy, příštítných tělísek nebo nadledviny v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,5594
10-R01	10-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy, příštítných tělísek nebo nadledviny v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,8026
11-C01	11-C01-01	Chemoterapie nebo cílená léčba pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy u dětí do 18 let	1,2498
11-C01	11-C01-02	Chemoterapie nebo cílená léčba pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy u pacientů ve věku 18 a více let	0,2512
11-I11	11-I11-01	Exploratorní nebo drenážní výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=2-4	2,5683
11-I11	11-I11-02	Exploratorní nebo drenážní výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=0-1	1,0522

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
11-I16	11-I16-01	Vytvoření AV zkratu protézou pro chronické onemocnění ledvin	1,1289
11-I16	11-I16-02	Vytvoření nebo úprava AV zkratu bez použití protézy pro chronické onemocnění ledvin	0,4009
11-I17	11-I17-01	Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=3-4	1,5951
11-I17	11-I17-02	Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=1-2	0,7307
11-I17	11-I17-03	Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=0	0,4349
11-K01	11-K01-01	Záněty močových cest u pacientů s CC=3-4	1,1882
11-K01	11-K01-02	Záněty močových cest u pacientů s CC=1-2	0,763
11-K01	11-K01-03	Záněty močových cest u dětí do 18 let s CC=0	0,7021
11-K01	11-K01-04	Záněty močových cest u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,5246
11-K02	11-K02-01	Hemolyticko-uremický syndrom nebo jiné akutní onemocnění ledvin u pacientů s CC=4	2,3406
11-K02	11-K02-02	Jiné akutní onemocnění ledvin u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-3	1,3153
11-K02	11-K02-03	Jiné akutní onemocnění ledvin u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	0,6921
11-K12	11-K12-01	Traumata vylučovací soustavy u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-4	1,3119
11-K12	11-K12-02	Traumata vylučovací soustavy u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	0,5516
11-K13	11-K13-01	Ošetření umělých vyústění u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=1-4	0,3871
11-K13	11-K13-02	Ošetření umělých vyústění u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,1793
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	0,8963
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	0,4649
11-K14	11-K14-03	Jiné nemoci vylučovací soustavy u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,3059
11-M02	11-M02-01	Eliminační metody krve pro akutní selhání ledvin provedené v 6 a více dnech	4,899

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
11-M02	11-M02-02	Eliminační metody krve pro akutní selhání ledvin provedené ve 4-5 dnech	2,514
11-M02	11-M02-03	Eliminační metody krve pro akutní selhání ledvin provedené v 1-3 dnech	2,2809
11-M02	11-M02-04	Eliminační metody krve pro jinou nemoc vylučovací soustavy provedené v 6 a více dnech	3,1201
11-M02	11-M02-05	Eliminační metody krve pro jinou nemoc vylučovací soustavy provedené v 4-5 dnech	1,6057
11-M02	11-M02-06	Eliminační metody krve pro jinou nemoc vylučovací soustavy provedené ve 2-3 dnech	0,9303
11-M02	11-M02-07	Eliminační metody krve pro jinou nemoc vylučovací soustavy provedené v 1 dni	0,4842
11-M04	11-M04-01	Jiný perkutánní výkon na ledvině pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=3-4	2,0723
11-M04	11-M04-02	Jiný perkutánní výkon na ledvině u pacientů s CC=1-2	1,2269
11-M04	11-M04-03	Jiný perkutánní výkon na ledvině u pacientů s CC=0	0,8239
11-R01	11-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní	6,3552
11-R01	11-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní	3,254
11-R01	11-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,7249
11-R01	11-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,9409
11-R01	11-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,6073
11-R01	11-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,9174
12-C01	12-C01-01	Chemoterapie nebo cílená léčba pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy u dětí do 18 let	1,7007
12-C01	12-C01-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar varlat, pyje, šourku a testikulárních adnex u pacientů ve věku 18 a více let	0,5854
12-C01	12-C01-03	Chemoterapie nebo cílená léčba pro zhoubný novotvar prostaty u pacientů ve věku 18 a více let	0,1909
12-D01	12-D01-00	Biopsie prostaty	0,2838

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
12-I01	12-I01-00	Odstranění nekrotické tkáně pro zánět mužské reprodukční soustavy	1,419
12-I11	12-I11-00	Drenážní výkon pro onemocnění mužské reprodukční soustavy	1,1233
12-K01	12-K01-01	Záněty mužské reprodukční soustavy u pacientů s CC=3-4	0,9475
12-K01	12-K01-02	Záněty mužské reprodukční soustavy u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2	0,5253
12-K01	12-K01-03	Záněty mužské reprodukční soustavy u dětí do 18 let s CC=0-2	0,3873
12-K02	12-K02-01	Funkční nebo strukturální poruchy prostaty u pacientů s CC=3-4	0,9898
12-K02	12-K02-02	Funkční nebo strukturální poruchy prostaty u pacientů s CC=0-2	0,3421
12-K03	12-K03-00	Funkční nebo strukturální poruchy penisu	0,2166
12-K04	12-K04-00	Funkční nebo strukturální poruchy šourku, varlete nebo testikulárních adnex	0,25
12-K05	12-K05-01	Zhoubný novotvar prostaty v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,8949
12-K05	12-K05-02	Zhoubný novotvar prostaty v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4296
12-K05	12-K05-03	Zhoubný novotvar prostaty mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,9929
12-K05	12-K05-04	Zhoubný novotvar prostaty mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,3008
12-K06	12-K06-00	Zhoubný novotvar penisu	0,3868
12-K07	12-K07-00	Zhoubný novotvar šourku, varlat a testikulárních adnex	0,4138
12-K08	12-K08-00	Novotvary mužské reprodukční soustavy mimo zhoubné	0,404
12-K09	12-K09-00	Vrozené vady mužské reprodukční soustavy	0,3982
12-K10	12-K10-00	Traumata mužské reprodukční soustavy	0,4011
12-K11	12-K11-00	Jiné nemoci mužské reprodukční soustavy	0,498
12-R02	12-R02-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní	6,1105
12-R02	12-R02-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní	3,2877
12-R02	12-R02-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,7194
12-R02	12-R02-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,7043

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
12-R02	12-R02-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,5593
12-R02	12-R02-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,6437
12-R03	12-R03-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,6839
12-R03	12-R03-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v rámci 1 ozařovacího dne	0,4384
13-C01	13-C01-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy	0,2159
13-C01	13-C01-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy	0,2479
13-I18	13-I18-01	Jiný chirurgický výkon pro onemocnění ženské reprodukční soustavy otevřeným přístupem nebo u pacientek s CC=3-4	1,4868
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	0,9076
13-I18	13-I18-03	Jiný chirurgický výkon pro onemocnění ženské reprodukční soustavy u pacientek do 60 let věku s CC=0-2	0,6074
13-K01	13-K01-01	Záněty ženské reprodukční soustavy u pacientek ve věku 60 a více let	0,8966
13-K01	13-K01-02	Záněty ženské reprodukční soustavy u pacientek do 60 let věku	0,5191
13-K02	13-K02-00	Funkční a strukturální poruchy děložních adnex	0,2737
13-K03	13-K03-00	Funkční a strukturální poruchy dělohy	0,3481
13-K04	13-K04-00	Funkční a strukturální poruchy pochvy a vulvy	0,3602
13-K05	13-K05-00	Genitální píštěle a sestup ženských pohlavních orgánů	0,5742
13-K06	13-K06-00	Endometrióza	0,3727
13-K07	13-K07-01	Zhoubný novotvar děložních adnex u pacientek s CC=2-4	0,9101
13-K07	13-K07-02	Zhoubný novotvar děložních adnex u pacientek s CC=0-1	0,501
13-K08	13-K08-01	Zhoubný novotvar dělohy u pacientek s CC=2-4	1,1404
13-K08	13-K08-02	Zhoubný novotvar dělohy u pacientek s CC=0-1	0,422
13-K09	13-K09-01	Zhoubný novotvar pochvy a vulvy u pacientek s CC=2-4	1,2171
13-K09	13-K09-02	Zhoubný novotvar pochvy a vulvy u pacientek s CC=0-1	0,3913
13-K10	13-K10-00	Novotvary děložních adnex mimo zhoubné	0,3159

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
13-K11	13-K11-00	Novotvary dělohy mimo zhoubné	0,3347
13-K12	13-K12-00	Novotvary pochvy a vulvy mimo zhoubné	0,3128
13-K13	13-K13-00	Vrozené vady ženské reprodukční soustavy	0,3267
13-K14	13-K14-00	Traumata ženské reprodukční soustavy	0,363
13-K15	13-K15-01	Jiné nemoci ženské reprodukční soustavy u pacientek ve věku 60 a více let	0,5255
13-K15	13-K15-02	Jiné nemoci ženské reprodukční soustavy u pacientek do 60 let věku	0,2537
13-R01	13-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar děložního hrdla v délce 21 a více ozařovacích dní	6,3277
13-R01	13-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženských pohlavních orgánů vyjma hrdla děložního v délce 21 a více ozařovacích dní	5,5175
13-R01	13-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní	3,5025
13-R01	13-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientek s CC=2-4	2,6753
13-R01	13-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientek s CC=0-1	1,9857
13-R01	13-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientek s CC=2-4	1,5098
13-R01	13-R01-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientek s CC=0-1	0,6497
13-R02	13-R02-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,6436
13-R02	13-R02-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v rámci 1 ozařovacího dne	0,4368
15-K01	15-K01-00	Časný překlad novorozence	0,217
16-C01	16-C01-01	Podání koagulačních faktorů v CVSP	1,2319
16-C01	16-C01-02	Podání koagulačních faktorů mimo CVSP	1,57
16-C02	16-C02-00	Podání romiplostimu nebo eltrombopagu	4,2553
16-C03	16-C03-01	Podání trombocytů v CVSP u pacientů s CC=2-4	3,7248
16-C03	16-C03-02	Podání trombocytů v CVSP u pacientů s CC=0-1	1,9405

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
16-C03	16-C03-03	Podání trombocytů mimo CVSP	1,4774
16-C04	16-C04-01	Aplikace více než 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	3,7542
16-C04	16-C04-02	Aplikace 90 až 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	3,4949
16-C04	16-C04-03	Aplikace 45 až 90 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	2,4564
16-C04	16-C04-04	Aplikace 25 až 45 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	1,4233
16-C04	16-C04-05	Aplikace 15 až 25 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	1,2844
16-C04	16-C04-06	Aplikace méně než 15 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	1,5543
16-C05	16-C05-01	Cílená léčba pro myelodysplastický syndrom	0,7461
16-C05	16-C05-02	Chemoterapie pro myelodysplastický syndrom	0,5015
16-C06	16-C06-00	Chemoterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku	0,3157
16-C07	16-C07-01	Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,4973
16-C07	16-C07-02	Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů v CVSP u pacientů s CC=0-1	1,0924
16-C07	16-C07-03	Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	1,2522
16-C07	16-C07-04	Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,8014
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	1,4005
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	0,9172
16-K01	16-K01-01	Zvětšení a zánět mízních uzlin u pacientů s CC=1-4	0,8246
16-K01	16-K01-02	Zvětšení a zánět mízních uzlin u pacientů s CC=0	0,4226
16-K02	16-K02-01	Anémie u pacientů s CC=3-4	1,3607
16-K02	16-K02-02	Anémie u pacientů s CC=1-2	0,7143

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
16-K02	16-K02-03	Anémie u pacientů s CC=0	0,5121
16-K03	16-K03-01	Poruchy krevního srážení u pacientů s CC=3-4	1,4551
16-K03	16-K03-02	Poruchy krevního srážení u pacientů s CC=1-2	0,795
16-K03	16-K03-03	Poruchy krevního srážení u pacientů s CC=0	0,6219
17-C01	17-C01-01	Indukční a reindukční fáze léčby akutní leukémie u dětí do 18 let věku	3,0486
17-C01	17-C01-02	Indukční a reindukční fáze léčby akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let	11,426
17-C02	17-C02-01	Léčba relapsu akutní leukémie u pacientů s CC=4	11,743
17-C02	17-C02-02	Léčba relapsu akutní leukémie u dětí do 18 let věku s CC=0-3	1,8602
17-C02	17-C02-03	Léčba relapsu akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-3	2,5902
17-C03	17-C03-01	Konsolidační fáze léčby akutní leukémie u pacientů s CC=4	6,7157
17-C03	17-C03-02	Konsolidační fáze léčby akutní leukémie u dětí do 18 let věku s CC=0-3	1,041
17-C03	17-C03-03	Konsolidační fáze léčby akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-3	1,8099
17-C04	17-C04-01	Paliativní fáze léčby akutní leukémie u pacientů s CC=4	6,454
17-C04	17-C04-02	Paliativní fáze léčby akutní leukémie u dětí do 18 let věku s CC=0-3	2,0677
17-C04	17-C04-03	Paliativní fáze léčby akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-3	2,1048
17-C05	17-C05-01	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krvetvorby u pacientů ve věku 18 a více let s CC=4	5,4473
17-C05	17-C05-02	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krvetvorby u pacientů ve věku 18 a více let s CC=3	2,7235
17-C05	17-C05-03	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krvetvorby u pacientů ve věku 18 a více let s CC=2	1,6296
17-C05	17-C05-04	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krvetvorby u pacientů ve věku 18 a více let s CC=1	1,1518
17-C05	17-C05-05	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krvetvorby u dětí do 18 let věku	1,5969
17-C05	17-C05-06	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krvetvorby u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,4975

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
17-C06	17-C06-01	Chemoterapie nebo cílená léčba pro špatně diferencované novotvary u dětí do 18 let věku	1,3332
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	1,2219
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	0,3947
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	3,2732
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	1,0085
17-I09	17-I09-01	Jiný chirurgický výkon v oblasti hlavy a krku u pacientů s CC=3-4	4,0257
17-I09	17-I09-02	Jiný chirurgický výkon v oblasti hlavy a krku pro špatně diferencované novotvary u pacientů s CC=0-2	1,1424
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	1,1476
17-I10	17-I10-01	Resekční výkon na měkkých tkáních, kůži a prsu u pacientů s CC=3-4	4,3433
17-I10	17-I10-02	Resekční výkon na měkkých tkáních, kůži a prsu u pacientů s CC=0-2	0,7444
17-K01	17-K01-01	Akutní leukémie v CVSP u pacientů s CC=2-4	3,1382
17-K01	17-K01-02	Akutní leukémie v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,945
17-K01	17-K01-03	Akutní leukémie mimo CVSP	1,2249
17-K02	17-K02-01	Chronická lymfocytární leukémie v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,2097
17-K02	17-K02-02	Chronická lymfocytární leukémie v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,2679
17-K02	17-K02-03	Chronická lymfocytární leukémie mimo CVSP	0,6063
17-K03	17-K03-01	Mnohočetný myelom v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,8649
17-K03	17-K03-02	Mnohočetný myelom v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,6718
17-K03	17-K03-03	Mnohočetný myelom mimo CVSP	0,8922
17-K04	17-K04-00	Hodgkinův lymfom	0,7369
17-K05	17-K05-01	Non-Hodgkinův lymfom v CVSP u pacientů s CC=2-4	2,0694
17-K05	17-K05-02	Non-Hodgkinův lymfom v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,6098
17-K05	17-K05-03	Non-Hodgkinův lymfom mimo CVSP	0,9647

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
17-K06	17-K06-00	Primárně kožní non-Hodgkinův lymfom	1,067
17-K07	17-K07-01	Jiné myeloproliferativní poruchy a novotvary v CVSP u pacientů s CC=2-4	2,2945
17-K07	17-K07-02	Jiné myeloproliferativní poruchy a novotvary v CVSP u pacientů s CC=0-1	1,0523
17-K07	17-K07-03	Jiné myeloproliferativní poruchy a novotvary mimo CVSP	0,6309
17-K08	17-K08-00	Novotvary mízních uzlin mimo lymfomy	0,5904
17-K09	17-K09-01	Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,6711
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	0,8362
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	0,5212
17-K09	17-K09-04	Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání mimo CVSP	0,5729
17-K10	17-K10-01	Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,2634
17-K10	17-K10-02	Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,5742
17-K10	17-K10-03	Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,8829
17-K10	17-K10-04	Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4734
17-M01	17-M01-00	Terapeutická cytaferéza pro onemocnění krvetvorby	4,8461
17-R01	17-R01-01	Zevní radioterapie pro nemoci a poruchy krvetvorby vyjma akutní leukémie nebo špatně diferencované novotvary v délce 21 a více ozařovacích dní	6,41
17-R01	17-R01-02	Zevní radioterapie pro nemoci a poruchy krvetvorby vyjma akutní leukémie nebo špatně diferencované novotvary v délce 11-20 ozařovacích dní	3,1558
17-R01	17-R01-03	Zevní radioterapie pro nemoci a poruchy krvetvorby vyjma akutní leukémie nebo špatně diferencované novotvary v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	3,3685
17-R01	17-R01-04	Zevní radioterapie pro nemoci a poruchy krvetvorby vyjma akutní leukémie nebo špatně diferencované novotvary v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,9974

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
17-R01	17-R01-05	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	2,0779
17-R01	17-R01-06	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	0,8744
18-I01	18-I01-01	Amputace částí končetin mimo prsty nebo chirurgický výkon v dutině hrudní nebo břišní pro eliminaci zánětlivého ložiska sepse	4,5077
18-I01	18-I01-02	Jiný chirurgický výkon pro eliminaci zánětlivého ložiska	3,4773
18-K01	18-K01-01	Těžká sepse u pacientů s CC=4 nebo sepse u dětí do 18 let věku s CC=4	2,9202
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	2,3226
18-K01	18-K01-03	Sepse u dětí do 18 let věku s CC=0-1	1,2799
18-K01	18-K01-04	Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=4	2,442
18-K01	18-K01-05	Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=3	1,7886
18-K01	18-K01-06	Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=1-2	1,2525
18-K01	18-K01-07	Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,8889
18-K02	18-K02-01	Bakteriální, mykotické a parazitární nemoci nezařazené jinde u pacientů s CC=3-4	1,6514
18-K02	18-K02-02	Bakteriální, mykotické a parazitární nemoci nezařazené jinde u pacientů s CC=1-2	1,0541
18-K02	18-K02-03	Bakteriální, mykotické a parazitární nemoci nezařazené jinde u pacientů s CC=0	0,735
18-K02	18-K02-04	Virové nemoci a neurčené následky infekcí nezařazené jinde u pacientů s CC=1-4	0,6795
18-K02	18-K02-05	Virové nemoci a neurčené následky infekcí nezařazené jinde u pacientů s CC=0	0,4547
18-K03	18-K03-01	Zánětlivé a systémové stavy nezařazené jinde u pacientů s CC=2-4	1,5322
18-K03	18-K03-02	Zánětlivé a systémové stavy nezařazené jinde u pacientů s CC=0-1	0,5478
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)	4,3488
18-M01	18-M01-02	Eliminační metody krve pro sepsi provedené ve 4-5 dnech	3,1496

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
18-M01	18-M01-03	Eliminační metody krve pro sepsi provedené v 1-3 dnech	2,4455
21-I01	21-I01-01	Opakované chirurgické ošetření pro roztržení operační rány	3,3764
21-I01	21-I01-02	Chirurgický výkon pro roztržení operační rány u pacientů ve věku 60 a více let	1,1774
21-I01	21-I01-03	Chirurgický výkon pro roztržení operační rány u pacientů do 60 let věku	0,8899
21-K01	21-K01-00	Mnohočetná a jiná poranění nezařazená jinde	0,5141
21-K02	21-K02-00	Účinky vnějších příčin nezařazené jinde	0,319
21-K03	21-K03-00	Vyšetření a pozorování po úrazu a otravě	0,1935
21-K04	21-K04-00	Alergické reakce	0,2134
21-K05	21-K05-01	Toxické účinky u pacientů s CC=3-4	1,7475
21-K05	21-K05-02	Toxické účinky léčiv a drog u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2	0,4384
21-K05	21-K05-03	Toxické účinky léčiv a drog u dětí ve věku 11 až 17 let s CC=0-2	0,9205
21-K05	21-K05-04	Toxické účinky léčiv a drog u dětí do 11 let věku s CC=0-2	0,2756
21-K05	21-K05-05	Toxické účinky jiných látek u pacientů s CC=0-2	0,2415
21-K06	21-K06-01	Závažné komplikace zdravotní péče u pacientů s CC=3-4	1,987
21-K06	21-K06-02	Závažné komplikace zdravotní péče u pacientů s CC=0-2	0,647
21-K06	21-K06-03	Jiné komplikace zdravotní péče	0,3388
21-M01	21-M01-00	Eliminační metody krve pro toxické účinky	2,2309
22-I02	22-I02-00	Amputace částí končetin mimo prsty pro popálení, poleptání nebo omrzlinu	2,3064
22-I03	22-I03-01	Amputace prstů nebo záprstí v CVSP pro popálení, poleptání nebo omrzlinu	1,2281
22-I03	22-I03-02	Amputace prstů nebo záprstí mimo CVSP pro popálení, poleptání nebo omrzlinu	1,0487
22-I04	22-I04-01	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny v CVSP s 2 a více ošetřovacími dny	4,784
22-I04	22-I04-02	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny v CVSP s 1 ošetřovacím dnem	2,1612
22-I04	22-I04-03	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny v CVSP bez celkové anestezie	0,9811

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
22-I04	22-I04-04	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny mimo CVSP s 2 a více ošetřovacími dny	1,9087
22-I04	22-I04-05	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny mimo CVSP s nejvýše 1 ošetřovacím dnem	0,4997
22-K01	22-K01-00	Popáleniny a poleptání dětí ve věku do 3 let	0,2961
22-K02	22-K02-00	Popáleniny a poleptání dětí ve věku 3-14 let	0,3129
22-K03	22-K03-00	Popáleniny a poleptání pacientů ve věku 15 a více let	0,4116
22-K04	22-K04-00	Omrzliny	0,737
23-I10	23-I10-00	Odstranění silikonové tamponády oka	0,4774
23-K01	23-K01-00	Neprovedení plánované péče	0,1471
23-K02	23-K02-01	Léčba související se zkráceným trváním těhotenství a nízkou porodní hmotností u dětí s věkem 29 dnů a více	2,3258
23-K02	23-K02-02	Léčba ostatních stavů vzniklých v perinatálním období u dětí s věkem 29 dnů a více	0,6895
23-K03	23-K03-01	Potřeba imunizace	0,2328
23-K03	23-K03-02	Jiná péče o osoby bez obtíží nebo známé diagnózy	0,3057
23-K04	23-K04-01	Vyšetření a pozorování pro podezření na nemoci a patologické stavy u pacientů ve věku 80 a více let	0,4804
23-K04	23-K04-02	Vyšetření a pozorování pro podezření na nemoci a patologické stavy u pacientů do 79 let věku	0,357
23-K05	23-K05-01	Následné vyšetření pro již dříve léčený zhoubný novotvar štítné žlázy	0,5655
23-K05	23-K05-02	Následné vyšetření pro již dříve léčené onemocnění	0,4265
23-K06	23-K06-00	Péče a diagnostika pro nemoci a stavy nezařazené jinde	0,2046
24-M04	24-M04-00	Krátkodobá (neúplná) rehabilitace – 0-4 rehabilitační dny	0,2782
24-M05	24-M05-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou – 5-6 rehabilitačních dnů	0,5869
24-M05	24-M05-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění – 5-6 rehabilitačních dnů	0,5385
24-M06	24-M06-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou – 7-12 rehabilitačních dnů	1,0247
24-M06	24-M06-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění – 7-12 rehabilitačních dnů	0,802

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
24-M07	24-M07-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou – 13-18 rehabilitačních dnů	1,5346
24-M07	24-M07-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění – 13-18 rehabilitačních dnů	1,1717
24-M08	24-M08-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou – 19-24 rehabilitačních dnů	2,07
24-M08	24-M08-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění – 19-24 rehabilitačních dnů	1,6842
24-M09	24-M09-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou – 25-30 rehabilitačních dnů	2,8335
24-M09	24-M09-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění – 25-30 rehabilitačních dnů	2,6897
24-M10	24-M10-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou – 31-42 rehabilitačních dnů	3,61
24-M10	24-M10-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění – 31-42 rehabilitačních dnů	3,61
24-M11	24-M11-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy – 43-54 rehabilitačních dnů	4,9801
24-M11	24-M11-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění – 43-54 rehabilitačních dnů	4,9801
24-M12	24-M12-00	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy – 55-66 rehabilitačních dnů	4,9801
24-M13	24-M13-00	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy – 67 a více rehabilitačních dnů	4,9801
88-I01	88-I01-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 01	1,064
88-I02	88-I02-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 02	0,3739
88-I03	88-I03-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 03	0,388
88-I04	88-I04-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 04	0,7967
88-I05	88-I05-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 05	1,0131
88-I06	88-I06-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 06	0,4408
88-I07	88-I07-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 07	0,8698
88-I08	88-I08-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 08	0,4771
88-I09	88-I09-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 09	0,5756
88-I10	88-I10-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 10	0,6266
88-I11	88-I11-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 11	0,4839

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část A – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
88-I12	88-I12-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 12	0,3567
88-I13	88-I13-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 13	0,3484
88-I14	88-I14-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 14	0,3187
88-I15	88-I15-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 15	0,2773
88-I16	88-I16-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 16	0,7503
88-I17	88-I17-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 17	0,7493
88-I18	88-I18-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 18	0,8738
88-I19	88-I19-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 19	0,4142
88-I20	88-I20-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 20	0,1147
88-I21	88-I21-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 21	0,7433
88-I22	88-I22-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 22	0,2961
88-I23	88-I23-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 23	0,1147
88-I24	88-I24-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 24	0,1147
88-I25	88-I25-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 25	0,1147
88-I26	88-I26-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 00	0,1147
99-K01	99-K01-00	Nepřípustná hlavní diagnóza	0,1147
99-K02	99-K02-00	Nekonzistence hlavní diagnózy a údaje přímo s ní souvisejícího	0,1147
99-K03	99-K03-00	Novorozenec s nekonzistentními údaji	0,1147
99-K04	99-K04-01	Neuvedené klinické stádium solidního zhoubného novotvaru	0,1147
99-K04	99-K04-02	Neuvedený stupeň diferenciace solidního zhoubného novotvaru	0,1147
99-K04	99-K04-03	Neuvedené NIHSS skóre	0,1147
99-K04	99-K04-04	Neuvedený typ srdečního selhání	0,1147
99-K04	99-K04-05	Neuvedené omezení motorických nebo kognitivních funkcí	0,1147
99-K99	99-K99-00	Neklasifikovatelné	0,1147

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
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	1,43002
05-I27	05-I27-02	Jiný chirurgický výkon pro nemoc oběhové soustavy v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,93368
05-I27	05-I27-03	Jiný chirurgický výkon pro nemoc oběhové soustavy mimo CVSP	0,81434

Část C

Homogenní hrazené služby klasifikované do bází, které byly v referenčním období hrazeny 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
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	2,169
01-K10	01-K10-02	Mozkový infarkt v komplexním CVSP u pacientů ve věku 18 a více let s CC=1-2	1,181
01-K10	01-K10-03	Mozkový infarkt v komplexním CVSP u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,765
01-K10	01-K10-04	Mozkový infarkt v CVSP u pacientů s CC=3-4	1,69
01-K10	01-K10-05	Mozkový infarkt v CVSP u pacientů s CC=1-2	0,868
01-K10	01-K10-06	Mozkový infarkt v CVSP u pacientů s CC=0	0,684

Část D
Hrazené služby klasifikované do bází, které byly v referenčním období hrazeny paušální úhradou a v hodnoceném období jsou hrazeny homogenní složkou paušální úhrady

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část D – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
01-K10	01-K10-07	Mozkový infarkt mimo CVSP	0,67124
01-K11	01-K11-01	Netraumatické intrakraniální krvácení v komplexním CVSP u pacientů s CC=3-4	2,72028
01-K11	01-K11-02	Netraumatické intrakraniální krvácení v komplexním CVSP u pacientů s CC=1-2	1,84653
01-K11	01-K11-03	Netraumatické intrakraniální krvácení v komplexním CVSP u pacientů s CC=0	1,17079
01-K11	01-K11-04	Netraumatické intrakraniální krvácení v CVSP u pacientů s CC=3-4	2,15733
01-K11	01-K11-05	Netraumatické intrakraniální krvácení v CVSP u pacientů s CC=1-2	1,30619
01-K11	01-K11-06	Netraumatické intrakraniální krvácení v CVSP u pacientů s CC=0	1,04583
01-K11	01-K11-07	Netraumatické intrakraniální krvácení mimo CVSP	1,22751
01-K12	01-K12-01	Jiná cévní onemocnění mozku a míchy v komplexním CVSP	0,60062
01-K12	01-K12-02	Jiná cévní onemocnění mozku a míchy v CVSP	0,46558
01-K12	01-K12-03	Jiná cévní onemocnění mozku a míchy mimo CVSP	0,38039
01-K13	01-K13-01	Novotvary mozku a mozkových plen v CVSP u pacientů ve věku 18 a více let s CC=3-4	1,38814
01-K13	01-K13-02	Novotvary mozku a mozkových plen v CVSP u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2	0,82223
01-K13	01-K13-03	Novotvary mozku a mozkových plen mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	1,19121
01-K13	01-K13-04	Novotvary mozku a mozkových plen mimo CVSP u pacientů s CC=0-2	0,70305
01-K13	01-K13-05	Novotvary mozku a mozkových plen v CVSP u dětí do 18 let věku	0,76190
01-K14	01-K14-00	Novotvary periferních nervů	1,11944
01-K15	01-K15-00	Vrozené vady nervové soustavy	0,52270
01-K16	01-K16-01	Závažná kraniocerebrální poranění v CVSP u pacientů s CC=3-4	2,07013
01-K16	01-K16-02	Závažná kraniocerebrální poranění v CVSP u pacientů s CC=0-2	0,77720
01-K16	01-K16-03	Závažná kraniocerebrální poranění mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	1,60083
01-K16	01-K16-04	Závažná kraniocerebrální poranění mimo CVSP u pacientů s CC=0-2	0,68586

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část D – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
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	3,78593
05-I23	05-I23-02	Amputace části končetiny mimo prsty pro nemoc periferních cév v CVSP u pacientů s CC=0-2	2,01053
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	2,39647
05-I23	05-I23-04	Amputace části končetiny mimo prsty pro nemoc periferních cév mimo CVSP u pacientů s CC=0-2	1,50493
05-I28	05-I28-01	Amputace prstů nebo záprstí pro nemoc periferních cév v CVSP	0,93179
05-I28	05-I28-02	Amputace prstů nebo záprstí pro nemoc periferních cév mimo CVSP	0,86195
05-K01	05-K01-01	Nemoci myokardu u pacientů s CC=3-4	1,68417
05-K01	05-K01-02	Nemoci myokardu u pacientů s CC=1-2	1,11941
05-K01	05-K01-03	Nemoci myokardu u pacientů s CC=0	0,63515
05-K02	05-K02-01	Nemoci perikardu v CVSP u pacientů s CC=1-4	1,35346
05-K02	05-K02-02	Nemoci perikardu v CVSP u pacientů s CC=0	0,79689
05-K02	05-K02-03	Nemoci perikardu mimo CVSP	0,75334
05-K03	05-K03-01	Akutní koronární syndrom v CVSP u pacientů s CC=3-4	1,05467
05-K03	05-K03-02	Akutní koronární syndrom v CVSP u pacientů s CC=1-2	0,66877
05-K03	05-K03-03	Akutní koronární syndrom v CVSP u pacientů s CC=0	0,45620
05-K03	05-K03-04	Akutní koronární syndrom mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	1,00675
05-K03	05-K03-05	Akutní koronární syndrom mimo CVSP u pacientů s CC=1-2	0,52491
05-K03	05-K03-06	Akutní koronární syndrom mimo CVSP u pacientů s CC=0	0,25178
05-K04	05-K04-01	Chronická ischemická choroba srdeční v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,85848
05-K04	05-K04-02	Chronická ischemická choroba srdeční v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,28389
05-K04	05-K04-03	Chronická ischemická choroba srdeční mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,56128
05-K04	05-K04-04	Chronická ischemická choroba srdeční mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,24012
05-K05	05-K05-01	Poruchy srdečního rytmu v CVSP u pacientů s CC=3-4	1,62354

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část D – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
05-K05	05-K05-02	Poruchy srdečního rytmu v CVSP u pacientů s CC=1-2	0,73567
05-K05	05-K05-03	Poruchy srdečního rytmu mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	0,96310
05-K05	05-K05-04	Poruchy srdečního rytmu mimo CVSP u pacientů s CC=1-2	0,49707
05-K05	05-K05-05	Poruchy srdečního rytmu u pacientů s CC=0	0,30306
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)	1,80529
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)	1,31257
05-K06	05-K06-03	Časné úmrtí do 2 dnů pro srdeční zástavu nebo šok	0,41190
05-K06	05-K06-04	Srdeční zástava a šok v CVSP u pacientů s CC=0-3	1,21050
05-K06	05-K06-05	Srdeční zástava a šok mimo CVSP u pacientů s CC=0-3	1,16129
05-K07	05-K07-01	Srdeční selhání s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	2,56268
05-K07	05-K07-02	Časné úmrtí do 2 dnů pro srdeční selhání	0,20519
05-K07	05-K07-03	Srdeční selhání v CVSP u pacientů s CC=3-4	1,56312
05-K07	05-K07-04	Srdeční selhání v CVSP u pacientů s CC=1-2	0,94833
05-K07	05-K07-05	Srdeční selhání v CVSP u pacientů s CC=0	0,71577
05-K07	05-K07-06	Srdeční selhání mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	1,13345
05-K07	05-K07-07	Srdeční selhání mimo CVSP u pacientů s CC=1-2	0,66005
05-K07	05-K07-08	Srdeční selhání mimo CVSP u pacientů s CC=0	0,44855
05-K08	05-K08-01	Zánět endokardu v CVSP u pacientů s CC=3-4	3,81786
05-K08	05-K08-02	Zánět endokardu v CVSP u pacientů s CC=0-2	2,39062
05-K08	05-K08-03	Zánět endokardu mimo CVSP	1,76575
05-K09	05-K09-01	Funkční a strukturální poruchy chlopní u pacientů s CC=3-4	1,48347
05-K09	05-K09-02	Funkční a strukturální poruchy chlopní u pacientů s CC=1-2	0,64700
05-K09	05-K09-03	Funkční a strukturální poruchy chlopní u pacientů s CC=0	0,41481
05-K10	05-K10-00	Funkční a strukturální poruchy aorty	0,48354
05-K11	05-K11-00	Funkční a strukturální poruchy plicní cirkulace	0,71001

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část D – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
05-K12	05-K12-01	Funkční a strukturální poruchy tepen mimo aortu u pacientů s CC=3-4	0,97688
05-K12	05-K12-02	Funkční a strukturální poruchy tepen mimo aortu u pacientů s CC=0-2	0,51651
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	1,18162
05-K13	05-K13-02	Jiné nemoci žil v CVSP u pacientů s CC=0-2	0,50972
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	0,99379
05-K13	05-K13-04	Jiné nemoci žil mimo CVSP u pacientů s CC=0-2	0,39266
05-K14	05-K14-01	Hypertenze se selháním srdce nebo ledvin v CVSP	1,02191
05-K14	05-K14-02	Hypertenze v CVSP u pacientů s CC=1-4	0,83270
05-K14	05-K14-03	Hypertenze v CVSP u pacientů s CC=0	0,38530
05-K14	05-K14-04	Hypertenze se selháním srdce nebo ledvin mimo CVSP	0,80137
05-K14	05-K14-05	Hypertenze mimo CVSP u pacientů s CC=1-4	0,40881
05-K14	05-K14-06	Hypertenze mimo CVSP u pacientů s CC=0	0,24464
05-K15	05-K15-01	Hypotenze a kolaps v CVSP u pacientů s CC=1-4	0,63309
05-K15	05-K15-02	Hypotenze a kolaps v CVSP u pacientů s CC=0	0,38987
05-K15	05-K15-03	Hypotenze a kolaps mimo CVSP u pacientů s CC=1-4	0,40538
05-K15	05-K15-04	Hypotenze a kolaps mimo CVSP u pacientů s CC=0	0,28207
05-K16	05-K16-01	Vrozené vady oběhové soustavy u dětí do 18 let	0,61557
05-K16	05-K16-02	Vrozené vady oběhové soustavy u pacientů ve věku 18 a více let	0,41665
05-K17	05-K17-00	Traumata oběhové soustavy	0,73708
05-K18	05-K18-01	Infekční a zánětlivé komplikace umělých náhrad	1,46000
05-K18	05-K18-02	Jiné komplikace umělých náhrad	0,72213
05-K19	05-K19-01	Jiné nemoci a poruchy oběhové soustavy v CVSP	0,35610
05-K19	05-K19-02	Jiné nemoci a poruchy oběhové soustavy mimo CVSP	0,25637
06-K02	06-K02-01	Střevní infekce mimo klostridiové u pacientů s CC=4	1,79649
06-K02	06-K02-02	Střevní infekce mimo klostridiové u pacientů s CC=2-3	0,62288

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část D – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
06-K02	06-K02-03	Parazitární a bakteriální střevní infekce mimo klostridiové u pacientů s CC=0-1	0,45620
06-K02	06-K02-04	Virové střevní infekce u pacientů s CC=0-1	0,36335
07-K06	07-K06-01	Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest v CVSP u pacientů ve věku 18 a více let s CC=2-4	0,97236
07-K06	07-K06-02	Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest v CVSP u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	0,39224
07-K06	07-K06-03	Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	1,09380
07-K06	07-K06-04	Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,37646
07-K06	07-K06-05	Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest v CVSP u dětí do 18 let věku	1,07676
07-K07	07-K07-01	Zhoubný novotvar slinivky břišní v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,84987
07-K07	07-K07-02	Zhoubný novotvar slinivky břišní v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,48996
07-K07	07-K07-03	Zhoubný novotvar slinivky břišní mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,82797
07-K07	07-K07-04	Zhoubný novotvar slinivky břišní mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,42074
08-K09	08-K09-01	Zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,40721
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	1,15538
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	0,65542
08-K09	08-K09-04	Zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání mimo CVSP	0,95877
08-K10	08-K10-00	Nezhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání	0,47998
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	0,98354
08-K11	08-K11-02	Poranění míchy a zlomeniny obratlů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0	0,46509
08-K11	08-K11-03	Ostatní poranění páteře v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,31694
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	0,77736

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část D – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
08-K11	08-K11-05	Poranění míchy a zlomeniny obratlů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0	0,43599
08-K11	08-K11-06	Ostatní poranění páteře mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,21781
08-K12	08-K12-01	Poranění pánve a stehna v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4	1,01569
08-K12	08-K12-02	Poranění pánve a stehna v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0	0,57659
08-K12	08-K12-03	Poranění pánve a stehna mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4	0,75889
08-K12	08-K12-04	Poranění pánve a stehna mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0	0,45370
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	0,73143
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	0,38056
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	0,52518
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	0,30603
08-K14	08-K14-01	Poranění páteře, pánve a stehna v CVSP u dětí do 16 let	0,58059
08-K14	08-K14-02	Poranění dolní končetiny mimo pánev a stehno v CVSP u dětí do 16 let	0,38764
08-K14	08-K14-03	Poranění horní končetiny v CVSP u dětí do 16 let	0,30709
08-K14	08-K14-04	Poranění páteře a dolní končetiny mimo CVSP u dětí do 16 let	0,43106
08-K14	08-K14-05	Poranění horní končetiny mimo CVSP u dětí do 16 let	0,33415
11-K03	11-K03-01	Chronické onemocnění ledvin u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=3-4	1,31145
11-K03	11-K03-02	Chronické onemocnění ledvin u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2	0,44820
11-K04	11-K04-01	Pyonefróza nebo jiné obstruktivní, strukturální a funkční poruchy horních cest močových u pacientů s CC=2-4	0,73764
11-K04	11-K04-02	Jiné obstruktivní, strukturální a funkční poruchy horních cest močových u pacientů s CC=0-1	0,28699
11-K05	11-K05-00	Obstruktivní, strukturální a funkční poruchy dolních cest močových	0,35643
11-K06	11-K06-01	Močové kameny u dětí do 18 let nebo pacientů ve věku 60 a více let	0,29012

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část D – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
11-K06	11-K06-02	Močové kameny u pacientů ve věku 18-59 let	0,20212
11-K07	11-K07-01	Zhoubný novotvar ledviny a horních cest močových v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,72652
11-K07	11-K07-02	Zhoubný novotvar ledviny a horních cest močových v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,44434
11-K07	11-K07-03	Zhoubný novotvar ledviny a horních cest močových mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,83693
11-K07	11-K07-04	Zhoubný novotvar ledviny a horních cest močových mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,41897
11-K08	11-K08-01	Zhoubný novotvar močového měchýře a dolních cest močových v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,81592
11-K08	11-K08-02	Zhoubný novotvar močového měchýře a dolních cest močových v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,41319
11-K08	11-K08-03	Zhoubný novotvar močového měchýře a dolních cest močových mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,85622
11-K08	11-K08-04	Zhoubný novotvar močového měchýře a dolních cest močových mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,31100
11-K09	11-K09-00	Novotvary ledviny a horních cest močových mimo zhoubné	0,41113
11-K10	11-K10-00	Novotvary močového měchýře a dolních cest močových mimo zhoubné	0,41174
11-K11	11-K11-00	Vrozené vady vylučovací soustavy	0,42238
14-I07	14-I07-00	Cerkláž děložního hrdla v těhotenství	0,84041
14-K01	14-K01-00	Mimoděložní těhotenství	0,29576
14-K02	14-K02-00	Potrat	0,23664
14-K03	14-K03-01	Předporodní diagnózy při mnohočetném těhotenství nebo se závažnou diagnózou	0,53035
14-K03	14-K03-02	Předporodní diagnózy při těhotenství jednoho dítěte bez závažné diagnózy	0,32744
14-K04	14-K04-00	Falešný porod	0,15747
14-K05	14-K05-01	Péče o pacientku bezprostředně po porodu mimo zdravotnické zařízení	0,34041
14-K05	14-K05-02	Poporodní a popotratové diagnózy u pacientek ve věku 40 a více let nebo se závažnou diagnózou	0,60530

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část D – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
14-K05	14-K05-03	Poporodní a popotratové diagnózy u pacientek do 40 let věku bez závažné diagnózy	0,40933
16-K04	16-K04-01	Poruchy kostní dřeně v CVSP u pacientů s CC=1-4	1,86102
16-K04	16-K04-02	Poruchy kostní dřeně v CVSP u pacientů s CC=0	0,74487
16-K04	16-K04-03	Poruchy kostní dřeně mimo CVSP u pacientů s CC=1-4	0,96758
16-K04	16-K04-04	Poruchy kostní dřeně mimo CVSP u pacientů s CC=0	0,54612
16-K05	16-K05-00	Poruchy imunitních mechanismů	0,41169
16-K06	16-K06-01	Trauma sleziny v CVSP	1,47464
16-K06	16-K06-02	Trauma sleziny mimo CVSP	1,22972
16-K07	16-K07-00	Nemoci sleziny a brzlíku	0,71217
16-M01	16-M01-00	Léčebná výměnná plazmaferéza pro anémii nebo poruchu krevního srážení	4,59142
16-R01	16-R01-00	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku	0,84519

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 pozitivní	KC negativní
00-I06	00-I06-00	Transplantace orgánů nezařazených jinde	6,39994	-	-	-
00-K01	00-K01-01	Léčba akutní rejekce transplantovaného orgánu pomocí plazmaferézy	5,27865	-	-	-
00-K01	00-K01-02	Léčba akutní rejekce transplantovaného orgánu u pacientů s CC=3-4	2,40113	-	-	-
00-K01	00-K01-03	Léčba akutní rejekce transplantovaného orgánu u pacientů s CC=0-2	1,28788	-	-	-
00-K02	00-K02-00	Léčba akutní rejekce transplantátu krvetvorných buněk	2,32465	-	-	-
01-C02	01-C02-01	Trombolýza pomocí rt-PA v komplexním CVSP u pacientů s CC=1-4	1,83340	-	-	-
01-C02	01-C02-02	Trombolýza pomocí rt-PA v komplexním CVSP u pacientů s CC=0	1,22322	-	-	-
01-C02	01-C02-03	Trombolýza pomocí rt-PA mimo komplexní CVSP u pacientů s CC=1-4	1,45814	-	-	-
01-C02	01-C02-04	Trombolýza pomocí rt-PA mimo komplexní CVSP u pacientů s CC=0	1,01894	-	-	-
01-I06	01-I06-01	Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií u dětí do 18 let věku pro epilepsii	9,23447	-	-	-
01-I06	01-I06-02	Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií u dětí do 18 let věku pro ostatní onemocnění	5,78950	-	-	-
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	6,37204	-	-	-
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	4,76779	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část E – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
		délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=3-4				
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	3,29101	-	-	-
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	4,25153	-	-	-
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	2,38671	-	-	-
01-I07	01-I07-01	Chirurgický výkon z návrtu nebo transsfenoidálním přístupem s dalším operačním výkonem v jiný den	5,52192	-	-	-
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	4,18160	-	-	-
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	2,45283	-	-	-
01-I07	01-I07-04	Chirurgický výkon z návrtu nebo transsfenoidálním přístupem pro ostatní onemocnění u pacientů s CC=0-3	2,09959	-	-	-
01-I09	01-I09-01	Extrakraniální chirurgický výkon na cévách hlavy v komplexním CVSP u pacientů s CC=1-4	2,13728	-	-	-
01-I09	01-I09-02	Extrakraniální chirurgický výkon na cévách hlavy v komplexním CVSP u pacientů s CC=0	1,32476	-	-	-
01-I09	01-I09-03	Extrakraniální chirurgický výkon na cévách hlavy mimo komplexní CVSP	1,19019	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část E – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
01-I11	01-I11-01	Rekonstrukční chirurgický výkon pro retrobasilinguální nebo velofaryngeální oblast	0,89213	-	-	-
01-I11	01-I11-02	Chirurgický výkon v nosní dutině nebo nosohltanu pro poruchu spánku	0,60474	-	-	-
01-I12	01-I12-01	Mikrochirurgická sutura nervových pletení	1,81765	-	-	-
01-I12	01-I12-02	Jiný chirurgický výkon na nervových pleteních	1,01815	-	-	-
01-I14	01-I14-01	Mikrochirurgická sutura jiných periferních nervů	1,22048	-	-	-
01-I14	01-I14-02	Jiný chirurgický výkon na jiných periferních nervech	0,95913	-	-	-
01-M02	01-M02-00	Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro onemocnění nervové soustavy	3,81469	-	-	-
01-M03	01-M03-01	Angioplastika mozkových cév pro mozkový infarkt, aneurysma nebo disekci	3,56924	-	-	-
01-M03	01-M03-02	Angioplastika mozkových cév pro ostatní cévní onemocnění mozku	1,85047	-	-	-
01-R01	01-R01-00	Radiochirurgie pro onemocnění nervové soustavy	0,88550	-	-	-
02-I01	02-I01-00	Transplantace rohovky včetně chirurgického výkonu na čočce	1,17558	-	-	-
02-I02	02-I02-01	Transplantace rohovky	1,11630	-	-	-
02-I02	02-I02-02	Transplantace amniové membrány	1,26818	-	-	-
02-I03	02-I03-00	Výkon na očnici nebo zrakovém nervu z kraniotomie	3,04035	-	-	-
02-I04	02-I04-00	Rekonstrukční chirurgický výkon na očnici	0,93127	-	-	-
02-I05	02-I05-01	Chirurgické ošetření poranění oka ve dvou a více operačních dnech	2,01776	-	-	-
02-I05	02-I05-02	Chirurgické ošetření poranění oka v rámci jednoho operačního dne	1,20436	-	-	-
02-I06	02-I06-01	Odstranění sklivce pro zánět	1,08095	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část E – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
02-I06	02-I06-02	Odstranění sklivce včetně chirurgického výkonu na čočce pro nezánětlivé onemocnění	0,85852	-	-	-
02-I06	02-I06-03	Odstranění sklivce pro odchlípení nebo trhlinu sítnice	0,65798	-	-	-
02-I06	02-I06-04	Odstranění sklivce pro jiné hlavní diagnózy	0,56173	-	-	-
02-I07	02-I07-01	Odstranění celého oka nebo části oka z předního segmentu s komplikující hlavní diagnózou	1,35291	-	-	-
02-I07	02-I07-02	Odstranění celého oka nebo části oka z předního segmentu bez komplikující hlavní diagnózy	0,79898	-	-	-
02-I08	02-I08-01	Chirurgický výkon pro náhradu čočky u dětí do 18 let	1,14043	-	-	-
02-I08	02-I08-02	Chirurgický výkon pro náhradu čočky u pacientů ve věku 18 a více let	0,56691	-	-	-
02-I10	02-I10-01	Rekonstrukční výkon na slzném ústrojí pro zánět	0,67811	-	-	-
02-I10	02-I10-02	Rekonstrukční výkon na slzném ústrojí pro jiné hlavní diagnózy	0,48353	-	-	-
02-I11	02-I11-01	Rekonstrukční výkon na okohybném svalu u dětí do 18 let	0,75196	-	-	-
02-I11	02-I11-02	Rekonstrukční výkon na okohybném svalu u pacientů ve věku 18 a více let	0,56489	-	-	-
02-R01	02-R01-00	Radiochirurgie oka	0,85987	-	-	-
02-R02	02-R02-00	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar oka	1,52818	-	-	-
03-I07	03-I07-01	Roboticky asistovaný resekční výkon v dutině ústní nebo na slinných žlázách s odstraněním krčních mízních uzlin	3,52505	OnkoDosp	1,10	0,5
03-I07	03-I07-02	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	3,93533	OnkoDosp	1,10	0,5

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část E – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
03-I07	03-I07-03	Resekční výkon v dutině ústní s odstraněním krčních mízních uzlin u pacientů s CC=0-2	2,44674	OnkoDosp	1,10	0,5
03-I07	03-I07-04	Resekční výkon na slinných žlázách s odstraněním krčních mízních uzlin u pacientů s CC=0-2	1,51556	OnkoDosp	1,10	0,5
03-I08	03-I08-01	Roboticky asistované odstranění krčních mízních uzlin pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku	3,50223	-	-	-
03-I08	03-I08-02	Disekce krčních uzlin pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku	2,27219	-	-	-
03-I08	03-I08-03	Částečná exstirpace krčních uzlin pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku	1,01870	-	-	-
03-I09	03-I09-01	Rekonstrukční výkon pro rozštěp rtu nebo patra u dětí do 18 let věku	1,76748	-	-	-
03-I09	03-I09-02	Rekonstrukční výkon pro rozštěp rtu nebo patra u pacientů ve věku 18 a více let	1,11011	-	-	-
03-I10	03-I10-01	Resekce čelisti pro zhoubný novotvar nebo zánět dutiny ústní	1,71756	-	-	-
03-I10	03-I10-02	Resekce čelisti pro onemocnění dutiny ústní mimo zhoubný novotvar a zánět	1,31891	-	-	-
03-I11	03-I11-01	Rekonstrukční výkon na obou čelistech pro onemocnění mimo trauma	2,02219	-	-	-
03-I11	03-I11-02	Jiný rekonstrukční výkon na čelisti nebo obličeji pro onemocnění mimo trauma	1,10813	-	-	-
03-I11	03-I11-03	Rekonstrukční výkon na čelisti nebo obličeji pro trauma	1,16383	-	-	-
04-C01	04-C01-01	Trombolýza pomocí rt-PA pro plicní embolii u pacientů s CC=1-4	1,63294	-	-	-
04-C01	04-C01-02	Trombolýza pomocí rt-PA pro plicní embolii u pacientů s CC=0	1,36508	-	-	-
04-D01	04-D01-00	Srdeční katetrizace pro onemocnění dýchací soustavy	1,94274	-	-	-
04-I01	04-I01-00	Extrakorporální membránová oxygenace pro plicní embolii	4,93005	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část E – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
04-I04	04-I04-00	Výkon na cévách pro onemocnění dýchací soustavy	2,04186	-	-	-
04-I07	04-I07-00	Destrukční výkon pro onemocnění dýchací soustavy	1,25442	-	-	-
04-R01	04-R01-01	Radiochirurgie pro zhoubný novotvar plic v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,90026	-	-	-
04-R01	04-R01-02	Radiochirurgie pro zhoubný novotvar plic v rámci 1 ozařovacího dne	1,54116	-	-	-
06-I04	06-I04-01	Odstranění nebo resekce žaludku s dalším operačním výkonem v jiný den	7,90680	-	-	-
06-I04	06-I04-02	Odstranění nebo resekce žaludku u pacientů s CC=4	6,07278	-	-	-
06-I04	06-I04-03	Odstranění nebo resekce žaludku u pacientů s CC=0-3	3,51306	-	-	-
06-I15	06-I15-00	Výkon pro brániční kýlu nebo refluxní chorobu	1,62267	-	-	-
06-I19	06-I19-00	Uvolňování srůstů pobřišnice nebo střeva	1,18505	-	-	-
06-I20	06-I20-01	Jiný chirurgický výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=2-4	3,12846	-	-	-
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	1,10379	-	-	-
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	0,51824	-	-	-
06-I21	06-I21-01	Perianální výkon pro závažné onemocnění	0,73734	-	-	-
06-I21	06-I21-02	Perianální výkon pro méně závažné onemocnění	0,47484	-	-	-
06-I22	06-I22-01	Chirurgické odstranění hemoroidů staplerovou metodou	0,50663	-	-	-
06-I22	06-I22-02	Chirurgické odstranění hemoroidů klasickou metodou	0,42903	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část E – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
06-M02	06-M02-00	Výkon pro obstrukci trávicí soustavy u dětí	0,69370	-	-	-
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	4,97508	-	-	-
07-I08	07-I08-02	Spojkový nebo rekonstrukční výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=0-2	2,79154	-	-	-
07-I09	07-I09-00	Výkon na nervech pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní	0,97044	-	-	-
07-M01	07-M01-00	Eliminační metody pro náhradu funkce akutně selhávajících jater	3,34209	-	-	-
07-M02	07-M02-01	Komplexní endoskopický výkon s dalším výkonem v jiný den pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní	3,53920	-	-	-
07-M02	07-M02-02	Komplexní endoskopický výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní	1,66372	-	-	-
07-M02	07-M02-03	Opakovaný endoskopický nebo radiologický výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní	2,48213	-	-	-
07-M02	07-M02-04	Endoskopický nebo radiologický výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=3-4	1,95887	-	-	-
07-M02	07-M02-05	Endoskopický nebo radiologický výkon pro závažné onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=0-2	1,09548	-	-	-
07-M02	07-M02-06	Endoskopický nebo radiologický výkon pro méně závažné onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=0-2	0,64563	-	-	-
07-R01	07-R01-00	Radiochirurgie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní	1,98630	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část E – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
08-C02	08-C02-00	Izolovaná regionální hypertermní perfúze končetiny cytostatiky pro zhoubný novotvar kostí a měkkých tkání	2,56574	-	-	-
08-I05	08-I05-01	Implantace tumorózní endoprotézy kyčle	3,99505	-	-	-
08-I05	08-I05-02	Reimplantace endoprotézy kyčle	3,24682	-	-	-
08-I05	08-I05-03	Revize endoprotézy kyčle s výměnou artikulačních komponent nebo odstranění endoprotézy	2,98998	-	-	-
08-I05	08-I05-11	Implantace cervikokapitální endoprotézy kyčle	1,92216	-	-	-
08-I06	08-I06-01	Implantace tumorózní endoprotézy kolene	6,59247	-	-	-
08-I06	08-I06-02	Reimplantace endoprotézy kolene	3,86296	-	-	-
08-I06	08-I06-03	Revize endoprotézy kolene s výměnou artikulačních komponent nebo odstranění endoprotézy	3,01987	-	-	-
08-I06	08-I06-06	Implantace hemiartroplastiky kolene nebo patelo-femorální náhrady	1,67365	-	-	-
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	2,91040	-	-	-
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	1,31420	-	-	-
08-I14	08-I14-03	Operace poranění jiných segmentů kostí bérce v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,20157	-	-	-
08-I14	08-I14-04	Operace poranění čéšky v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,88276	-	-	-
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	2,73271	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část E – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
08-I14	08-I14-06	Operace poranění kostí bérce mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let pro zlomeninu proximálního/distálního segmentu nebo u pacientů ve věku 75 a více let	1,12467	-	-	-
08-I14	08-I14-07	Operace poranění jiných segmentů kostí bérce mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,08013	-	-	-
08-I14	08-I14-08	Operace poranění čéšky mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,83411	-	-	-
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	2,19972	-	-	-
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	1,19740	-	-	-
08-I15	08-I15-03	Operace poranění jiných kostí hlezna a zánártí v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	0,82956	-	-	-
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	1,48035	-	-	-
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	1,06883	-	-	-
08-I15	08-I15-06	Operace poranění jiných kostí hlezna a zánártí mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	0,79123	-	-	-
08-I18	08-I18-01	Násobná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,75840	-	-	-
08-I18	08-I18-02	Izolovaná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,53229	-	-	-
08-I18	08-I18-03	Násobná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,64500	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část E – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
08-I18	08-I18-04	Izolovaná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,44955	-	-	-
08-I21	08-I21-01	Operace pánve a stehenní kosti mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu	2,41356	-	-	-
08-I21	08-I21-02	Operace pánve a stehenní kosti mimo poranění pro méně závažnou hlavní diagnózu	1,21499	-	-	-
08-I22	08-I22-01	Operace kostí bérce a pažní kosti mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu	1,50658	-	-	-
08-I22	08-I22-02	Operace kostí bérce a pažní kosti mimo poranění pro méně závažnou hlavní diagnózu	1,03485	-	-	-
08-I23	08-I23-01	Operace kostí hlezna a zánártí mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu	1,43409	-	-	-
08-I23	08-I23-02	Operace kostí hlezna a zánártí mimo poranění pro méně závažnou hlavní diagnózu	0,94252	-	-	-
08-I24	08-I24-01	Operace pletence ramenního, kostí předloktí a zápěstí mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu	0,88327	-	-	-
08-I24	08-I24-02	Operace pletence ramenního, kostí předloktí a zápěstí mimo poranění pro méně závažnou hlavní diagnózu	0,64663	-	-	-
08-I25	08-I25-01	Operace kostí nártu, dlaně a prstů mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu	0,95411	-	-	-
08-I25	08-I25-02	Operace kostí nártu, dlaně a prstů mimo poranění pro méně závažnou hlavní diagnózu	0,57009	-	-	-
08-I26	08-I26-01	Operace vazivového aparátu kolene mimo poranění	1,20853	-	-	-
08-I26	08-I26-02	Rekonstrukce nebo sutura ostatních vazů, šlach a svalů mimo poranění	0,83384	-	-	-
08-I26	08-I26-03	Chirurgické uvolnění svalů a šlach mimo poranění	0,45179	-	-	-
08-I28	08-I28-01	Krytí defektu velkým lalokem pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=2-4	3,41240	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část E – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
08-I28	08-I28-02	Krytí defektu velkým lalokem pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=0-1	1,30023	-	-	-
08-I31	08-I31-01	Resekce zhoubného novotvaru kostí končetin	0,93851	-	-	-
08-I31	08-I31-02	Resekce zhoubného novotvaru měkkých tkání	0,94436	-	-	-
08-I31	08-I31-03	Ostatní excize a exstirpace kostí končetin	0,62245	-	-	-
08-I31	08-I31-04	Ostatní excize a menší výkony na měkkých tkáních a kůži	0,50007	-	-	-
08-M02	08-M02-00	Miniinvazivní výkon na páteři	0,79348	-	-	-
08-M03	08-M03-01	Revizní nebo zvláště složitá rekonstrukční artroskopie	0,95581	-	-	-
08-M03	08-M03-02	Artroskopická stabilizace ramene nebo rekonstrukce rotátorové manžety	0,69549	-	-	-
08-M03	08-M03-03	Artroskopická dekomprese ramene	0,62600	-	-	-
08-M03	08-M03-04	Rekonstrukční artroskopie kloubů mimo rameno	0,75765	-	-	-
08-M03	08-M03-05	Složitá artroskopie	0,42033	-	-	-
08-M03	08-M03-06	Jednoduchá artroskopie	0,39021	-	-	-
08-M04	08-M04-00	Nekrvavá repozice vrozených deformit kyčle	3,53777	-	-	-
08-R01	08-R01-00	Radiochirurgie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání	1,92746	-	-	-
09-C01	09-C01-00	Izolovaná regionální hypertermní perfúze končetiny cytostatiky pro melanom kůže	2,56574	-	-	-
09-I04	09-I04-01	Velké rekonstrukční výkony pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=2-4	3,81908	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část E – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
09-I04	09-I04-02	Velké rekonstrukční výkony pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0-1	0,80377	-	-	-
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	1,54319	-	-	-
09-I10	09-I10-02	Odstranění mízních uzlin pro novotvar kůže nebo prsu u pacientů s CC=0-1	0,80551	-	-	-
10-I09	10-I09-01	Bypass žaludku nebo biliopankreatická diverze	1,84003	-	-	-
10-I09	10-I09-02	Tubulizace žaludku	1,72776	-	-	-
10-I09	10-I09-03	Plikace žaludku	1,73608	-	-	-
10-I09	10-I09-04	Bandáž žaludku	1,52390	-	-	-
10-I10	10-I10-00	Plastický výkon pro metabolickou nebo nutriční poruchu	1,31177	-	-	-
11-I09	11-I09-00	Resekce močového měchýře otevřeným přístupem	2,33957	OnkoUro	1,10	0,2
11-I10	11-I10-01	Roboticky asistovaný rekonstrukční výkon na horních cestách močových nebo močovém měchýři	2,34608	-	-	-
11-I10	11-I10-02	Rekonstrukční výkon na horních cestách močových nebo močovém měchýři pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=4	3,26383	-	-	-
11-I10	11-I10-03	Rekonstrukční výkon na horních cestách močových nebo močovém měchýři u pacientů s CC=0-3	2,13460	-	-	-
11-I12	11-I12-00	Odstranění nebo rekonstrukce močové trubice	1,32581	OnkoUro	1,10	0,2
11-I13	11-I13-00	Otevřený výkon pro kámen dolních cest močových	1,35725	-	-	-
11-I15	11-I15-00	Destrukční výkon pro novotvary vylučovací soustavy	0,73607	-	-	-
12-I04	12-I04-00	Totální amputace penisu pro onemocnění mužské reprodukční soustavy	2,07088	OnkoUro	1,05	0,75

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část E – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
12-I06	12-I06-00	Parciální amputace penisu	0,92658	OnkoUro	1,05	0,75
12-I07	12-I07-01	Rekonstrukční výkon na penisu pro zadní hypospadii nebo epispadii u dětí do 18 let věku	1,65298	-	-	-
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	1,66677	-	-	-
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	0,77045	-	-	-
12-I08	12-I08-01	Odstranění varlete nebo nadvarlete u pacientů s CC=3-4	1,88760	-	-	-
12-I08	12-I08-02	Odstranění varlete nebo nadvarlete u pacientů s CC=1-2	1,13892	-	-	-
12-I08	12-I08-03	Odstranění varlete nebo nadvarlete pro onemocnění varlat nebo nadvarlat u pacientů s CC=0	0,64354	-	-	-
12-I08	12-I08-04	Odstranění varlete nebo nadvarlete pro zhoubný novotvar prostaty u pacientů s CC=0	0,56669	-	-	-
12-I09	12-I09-00	Destrukční výkon pro onemocnění prostaty	1,12676	-	-	-
12-I12	12-I12-00	Výkon na močové trubici pro onemocnění prostaty	0,55596	-	-	-
12-I14	12-I14-00	Jiný chirurgický výkon na penisu	0,43264	-	-	-
13-M01	13-M01-00	Embolizace nebo termoablace děložního myomu nebo varixů pohlavních orgánů	1,92472	-	-	-
19-I03	19-I03-00	Totální amputace penisu pro poruchy sexuálních funkcí	2,05794	-	-	-
19-I04	19-I04-00	Odstranění dělohy pro poruchy sexuálních funkcí	1,16176	-	-	-
19-I05	19-I05-00	Resekce prsu pro poruchy sexuálních funkcí	0,82062	-	-	-
19-I06	19-I06-00	Jiný chirurgický výkon pro poruchy sexuálních funkcí	0,73868	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část E – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
23-I01	23-I01-00	Odběr orgánů od zemřelého dárce	1,00935	-	-	-
23-I02	23-I02-00	Odběr jater od zdravého dárce	4,28040	-	-	-
23-I03	23-I03-00	Odběr ledviny od zdravého dárce	1,59350	-	-	-
23-I04	23-I04-00	Odběr dělohy od zdravé dárkyně	1,39076	-	-	-
23-I09	23-I09-01	Sterilizace odstraněním vejcovodů	0,62483	-	-	-
23-I09	23-I09-02	Sterilizace přerušením vejcovodů nebo chámovodů	0,62775	-	-	-
23-M01	23-M01-00	Odběr krvetvorných buněk od zdravého dárce	0,39075	-	-	-

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 pozitivní	KC negativní
03-I12	03-I12-01	Odstranění celé příušní žlázy	1,59025	-	-	-
03-I12	03-I12-02	Odstranění laloku příušní žlázy	1,29031	-	-	-
03-I12	03-I12-03	Exstirpace podčelistní nebo podjazykové slinné žlázy	0,98925	-	-	-
03-I12	03-I12-04	Extrakapsulární exstirpace nebo biopsie příušní žlázy	0,85113	-	-	-
03-I13	03-I13-00	Jiný chirurgický výkon na hrtanu	0,96268	-	-	-
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	1,61181	-	-	-
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	0,92457	-	-	-
03-I15	03-I15-00	Chirurgický výkon pro vrozenou cystu nebo píštěl obličeje nebo krku	0,92982	-	-	-
03-I16	03-I16-01	Odstranění krčních mandlí pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=2-4	1,65018	-	-	-
03-I16	03-I16-02	Odstranění krčních mandlí pro méně závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-1	0,92067	-	-	-
03-I17	03-I17-00	Plastický nebo rekonstrukční výkon nosu, nosní přepážky nebo nosních křídel	0,79945	-	-	-
03-I18	03-I18-01	Výkon na vedlejších dutinách nosních ze zevního přístupu	1,02541	-	-	-
03-I18	03-I18-02	Endoskopický výkon na vedlejších dutinách nosních pro zhoubný novotvar	1,42796	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část F – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
03-I18	03-I18-03	Endoskopický výkon na vedlejších dutinách nosních pro onemocnění mimo zhoubný novotvar	0,79282	-	-	-
03-I20	03-I20-01	Velký rekonstrukční výkon ucha pro poranění nebo vrozenou vadu	1,85609	-	-	-
03-I20	03-I20-02	Chirurgický výkon na zevním uchu u pacientů ve věku 18 a více let	0,65314	-	-	-
03-I20	03-I20-03	Chirurgický výkon na zevním uchu pro vrozenou vadu u dětí do 18 let věku	0,71441	-	-	-
03-I20	03-I20-04	Chirurgický výkon na zevním uchu pro onemocnění mimo vrozené vady u dětí do 18 let věku	0,41426	-	-	-
03-I21	03-I21-00	Odstranění hltanové mandle	0,37452	-	-	-
03-I22	03-I22-01	Endoskopický výkon na hrtanu pro novotvar	0,57777	-	-	-
03-I22	03-I22-02	Endoskopický výkon na hrtanu pro onemocnění mimo novotvar	0,52986	-	-	-
03-I23	03-I23-01	Jiný endonazální výkon pro zhoubný novotvar nosu nebo nosních dutin nebo u pacientů s CC=3-4	1,14633	-	-	-
03-I23	03-I23-02	Jiný endonazální výkon pro onemocnění nosu a nosních dutin mimo zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2	0,54467	-	-	-
06-I02	06-I02-01	Rozsáhlý výkon v dutině břišní pro zhoubný novotvar trávicí soustavy	5,80839	-	-	-
06-I02	06-I02-02	Rozsáhlý výkon v dutině břišní pro onemocnění trávicí soustavy mimo zhoubný novotvar	3,88287	-	-	-
06-I05	06-I05-01	Roboticky asistované odstranění nebo resekce konečníku	3,99704	Rektum	1,10	0,2
06-I05	06-I05-02	Odstranění nebo resekce konečníku s dalším operačním výkonem v jiný den	6,35426	Rektum	1,10	0,2
06-I05	06-I05-03	Odstranění nebo resekce konečníku u pacientů s CC=3-4	4,52425	Rektum	1,10	0,2

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část F – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
06-I05	06-I05-04	Odstranění nebo resekce konečníku u pacientů s CC=0-2	3,14492	Rektum	1,10	0,2
06-I06	06-I06-00	Výkon na cévách nebo slezině pro onemocnění trávicí soustavy	4,05240	-	-	-
06-I07	06-I07-01	Roboticky asistovaná resekce střeva nebo peritonea pro onemocnění trávicí soustavy	3,73151	-	-	-
06-I07	06-I07-02	Resekce střeva nebo peritonea pro onemocnění trávicí soustavy u dětí do 2 let věku	4,92552	-	-	-
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=4	7,86869	-	-	-
06-I07	06-I07-04	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 nebo u pacientů ve věku 2 a více let s CC=4	4,50221	-	-	-
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	2,68647	-	-	-
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	2,13761	-	-	-
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	4,43760	-	-	-
06-I12	06-I12-02	Chirurgický výkon na žaludku nebo střevu mimo resekce pro závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-3	2,30374	-	-	-
06-I12	06-I12-03	Chirurgický výkon na žaludku nebo střevu mimo resekce pro méně závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-3	1,75059	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část F – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
06-I13	06-I13-01	Stomický výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	3,57757	-	-	-
06-I13	06-I13-02	Stomický výkon pro závažné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	1,94860	-	-	-
06-I13	06-I13-03	Stomický výkon pro méně závažné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	1,51342	-	-	-
06-I18	06-I18-01	Odstranění apendixu s dalším operačním výkonem v jiný den	2,82289	-	-	-
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	2,23915	-	-	-
06-I18	06-I18-03	Odstranění apendixu u pacientů ve věku 18-64 let pro rozsáhlý zánět nebo s CC=2-4	1,25468	-	-	-
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	1,08090	-	-	-
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	0,76590	-	-	-
07-I05	07-I05-00	Destrukční výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní	1,20805	-	-	-
07-I06	07-I06-01	Výkon na cévách se zavedením portosystémového shuntu pro cirhózu	3,63073	-	-	-
07-I06	07-I06-02	Výkon na cévách bez zavedení portosystémového shuntu pro onemocnění hepatobiliární soustavy	1,44071	-	-	-
07-I07	07-I07-00	Nekrektomie nebo drenážní výkon pro akutní zánět slinivky břišní	4,34172	-	-	-
07-I10	07-I10-01	Odstranění žlučníku otevřeným přístupem u pacientů s CC=3-4	3,36257	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část F – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
07-I10	07-I10-02	Odstranění žlučníku laparoskopicky u pacientů s CC=3-4	2,28866	-	-	-
07-I10	07-I10-03	Odstranění žlučníku otevřeným přístupem pro akutní zánět slinivky břišní nebo u pacientů s CC=1-2	1,96468	-	-	-
07-I10	07-I10-04	Odstranění žlučníku otevřeným přístupem pro jiné onemocnění mimo akutní zánět slinivky břišní u pacientů s CC=0	1,36702	-	-	-
07-I10	07-I10-05	Odstranění žlučníku laparoskopicky pro akutní zánět slinivky břišní nebo u pacientů s CC=1-2	1,23241	-	-	-
07-I10	07-I10-06	Odstranění žlučníku laparoskopicky pro jiné onemocnění mimo akutní zánět slinivky břišní u pacientů s CC=0	0,86393	-	-	-
08-I08	08-I08-01	Implantace tumorózní endoprotézy nebo reimplantace/revize/odstranění endoprotézy ramene	2,69455	-	-	-
08-I08	08-I08-02	Implantace totální endoprotézy ramene	2,43919	-	-	-
08-I08	08-I08-03	Implantace cervikokapitální endoprotézy ramene	1,87979	-	-	-
08-I10	08-I10-01	Implantace endoprotézy zápěstí	0,95349	-	-	-
08-I10	08-I10-02	Implantace ne-silikonové endoprotézy prstu	0,87090	-	-	-
08-I10	08-I10-03	Implantace silikonové endoprotézy prstu	0,78286	-	-	-
08-I11	08-I11-01	Replantace končetiny nebo její části mimo prsty	3,50761	-	-	-
08-I11	08-I11-02	Replantace dvou a více prstů	2,51191	-	-	-
08-I11	08-I11-03	Replantace jednoho prstu	2,20675	-	-	-
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	4,69579	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část F – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
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	2,42221	-	-	-
08-I13	08-I13-03	Operace poranění pánve v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,77069	-	-	-
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	3,43492	-	-	-
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	1,89224	-	-	-
08-I13	08-I13-06	Operace poranění stehenní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,52737	-	-	-
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	2,44630	-	-	-
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	1,55284	-	-	-
08-I13	08-I13-09	Operace poranění pánve a stehenní kosti mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,28655	-	-	-
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	2,32076	-	-	-
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	1,34834	-	-	-
08-I16	08-I16-03	Operace poranění jiných segmentů pažní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,09595	-	-	-
08-I16	08-I16-04	Operace poranění pletence ramenního mimo pažní kost v	0,70603	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část F – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
		CVSP u pacientů ve věku 16 a více let				
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	1,50083	-	-	-
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	1,05891	-	-	-
08-I16	08-I16-07	Operace poranění jiných segmentů pažní kosti mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	0,89580	-	-	-
08-I16	08-I16-08	Operace poranění pletence ramenního mimo pažní kost mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,65288	-	-	-
08-I19	08-I19-01	Operace poranění vazivového aparátu kolene v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,68648	-	-	-
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	0,67081	-	-	-
08-I19	08-I19-03	Izolovaná operace poranění ostatních vazů, šlach a svalů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,46499	-	-	-
08-I19	08-I19-04	Operace poranění vazivového aparátu kolene mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,69895	-	-	-
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	0,61943	-	-	-
08-I19	08-I19-06	Izolovaná operace poranění ostatních vazů, šlach a svalů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,44378	-	-	-
08-I20	08-I20-01	Operace poranění pánve a stehna v CVSP u dětí do 16 let	1,97432	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část F – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
08-I20	08-I20-02	Operace poranění bérce, hlezna a zánártí v CVSP u dětí do 16 let	0,89221	-	-	-
08-I20	08-I20-03	Operace poranění horní končetiny, nártu a prstů v CVSP u dětí do 16 let	0,62745	-	-	-
08-I20	08-I20-04	Operace poranění pánve, stehna, bérce, hlezna a zánártí mimo CVSP u dětí do 16 let	0,82321	-	-	-
08-I20	08-I20-05	Operace poranění horní končetiny, nártu a prstů mimo CVSP u dětí do 16 let	0,57396	-	-	-
10-I02	10-I02-01	Výkon na cévách s chirurgickým výkonem na noze pro syndrom diabetické nohy v CVSP	4,00643	-	-	-
10-I02	10-I02-02	Výkon na cévách s chirurgickým výkonem na noze pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP	2,82455	-	-	-
10-I03	10-I03-01	Výkon na cévách bez chirurgického výkonu na noze pro syndrom diabetické nohy v CVSP	1,13444	-	-	-
10-I03	10-I03-02	Výkon na cévách bez chirurgického výkonu na noze pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP	0,94966	-	-	-
10-I04	10-I04-01	Opakovaný chirurgický výkon na diabetické noze v CVSP	2,75961	-	-	-
10-I04	10-I04-02	Opakovaný chirurgický výkon na diabetické noze mimo CVSP	2,04734	-	-	-
10-I06	10-I06-00	Rekonstrukční nebo transplantační výkon na diabetické noze	1,97415	-	-	-
10-I12	10-I12-00	Odstranění nebo resekce štítné nebo příštítné žlázy s odstraněním krčních mízních uzlin	1,52739	-	-	-
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	1,84086	-	-	-
10-I13	10-I13-02	Odstranění celé štítné žlázy u pacientů s CC=0-2	1,09979	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část F – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
10-I13	10-I13-03	Odstranění celého laloku štítné žlázy u pacientů s CC=0-2	0,86777	-	-	-
10-I13	10-I13-04	Odstranění příštítných tělísek u pacientů s CC=0-2	0,67254	-	-	-
10-I14	10-I14-00	Odstranění krčních mízních uzlin pro novotvar štítné žlázy	1,09744	-	-	-
10-I15	10-I15-00	Chirurgický výkon na štítné žláze mimo resekce	0,86044	-	-	-
10-R02	10-R02-01	Léčba zhoubného novotvaru štítné žlázy radiojódem	0,81407	-	-	-
10-R02	10-R02-02	Léčba hypertyreózy radiojódem	0,55377	-	-	-
11-M01	11-M01-01	Embolizace pro chronické onemocnění ledvin nebo u pacientů s CC=3-4	2,33953	-	-	-
11-M01	11-M01-02	Embolizace pro ostatní onemocnění vylučovací soustavy u pacientů s CC=0-2	1,69781	-	-	-
11-M03	11-M03-01	Perkutánní extrakce kamene z horních cest močových u pacientů s CC=2-4	2,19167	-	-	-
11-M03	11-M03-02	Perkutánní extrakce kamene z horních cest močových u pacientů s CC=0-1	1,31899	-	-	-
11-M05	11-M05-01	Extrakce kamene horních cest močových flexibilním ureterorenoskopem	0,72872	-	-	-
11-M05	11-M05-02	Extrakce kamene horních cest močových jiným typem ureterorenoskopu	0,57042	-	-	-
11-M06	11-M06-01	Transuretrální resekce močového měchýře u pacientů s CC=3-4	2,00076	-	-	-
11-M06	11-M06-02	Transuretrální resekce močového měchýře u pacientů s CC=1-2	0,79135	-	-	-
11-M06	11-M06-03	Transuretrální resekce močového měchýře u pacientů s CC=0	0,54655	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část F – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
11-M07	11-M07-01	Miniinvazivní odstranění kamene z dolních cest močových u pacientů ve věku 70 a více let	0,70449	-	-	-
11-M07	11-M07-02	Miniinvazivní odstranění kamene z dolních cest močových u pacientů do 70 let	0,55532	-	-	-
11-M08	11-M08-00	Extrakorporální litotrypse	0,37034	-	-	-
12-M01	12-M01-00	Embolizace pro onemocnění mužské reprodukční soustavy	0,71183	-	-	-
12-R01	12-R01-00	Radiochirurgie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy	1,88891	-	-	-
13-I09	13-I09-00	Rekonstrukční výkon pro vrozenou vadu ženské reprodukční soustavy	2,48160	-	-	-
13-I10	13-I10-01	Transperitoneální nebo transvezikální odstranění píštěle ženské reprodukční soustavy	1,96910	-	-	-
13-I10	13-I10-02	Vaginální odstranění píštěle ženské reprodukční soustavy	1,44492	-	-	-
13-I11	13-I11-01	Roboticky asistované odstranění dělohy pro onemocnění mimo zhoubný novotvar	1,90477	-	-	-
13-I11	13-I11-02	Odstranění dělohy pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4	2,37496	-	-	-
13-I11	13-I11-03	Odstranění dělohy pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s CC=1-2	1,61704	-	-	-
13-I11	13-I11-04	Odstranění dělohy pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s CC=0	1,39765	-	-	-
13-I12	13-I12-00	Jiný chirurgický výkon pro odstranění extragenitálních endometriózních ložisek	1,37706	Endometrioza	1,03	0,95
13-I13	13-I13-01	Roboticky asistovaný výkon pro sestup ženských pohlavních orgánů	2,25782	-	-	-
13-I13	13-I13-02	Rekonstrukční výkon pro úplný výhřez pochvy i dělohy	1,34932	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část F – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
13-I13	13-I13-03	Rekonstrukční výkon pro jiný sestup ženských pohlavních orgánů	0,93449	-	-	-
13-I14	13-I14-01	Resekční výkon na děložních adnexech pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4	1,69449	-	-	-
13-I14	13-I14-02	Resekční výkon na děložních adnexech pro onemocnění mimo zhoubný novotvar otevřeným přístupem u pacientek s CC=0-2	1,32921	-	-	-
13-I14	13-I14-03	Resekční výkon na děložních adnexech pro onemocnění mimo zhoubný novotvar laparoskopickým přístupem u pacientek s CC=0-2	0,83538	-	-	-
13-I15	13-I15-01	Odstranění vulvy u pacientek ve věku 60 a více let	0,99138	-	-	-
13-I15	13-I15-02	Odstranění vulvy u pacientek do 60 let věku	0,58799	-	-	-
13-I16	13-I16-00	Odstranění děložního myomu	1,03909	-	-	-
13-I17	13-I17-00	Uvolňování pánevních peritoneálních srůstů	0,80417	-	-	-
13-I19	13-I19-00	Malý operační výkon pro onemocnění ženské reprodukční soustavy	0,30318	-	-	-
14-I01	14-I01-01	Porod císařským řezem v CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci	1,63913	-	-	-
14-I01	14-I01-02	Porod císařským řezem v CVSP při mnohočetném těhotenství nebo po vedení porodu vaginálně	1,30839	-	-	-
14-I01	14-I01-03	Porod císařským řezem mimo CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci	1,30049	-	-	-
14-I01	14-I01-04	Porod císařským řezem mimo CVSP při mnohočetném těhotenství nebo po vedení porodu vaginálně	1,37323	-	-	-
14-I01	14-I01-05	Porod jediného dítěte císařským řezem bez závažné diagnózy	0,83498	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část F – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
14-I02	14-I02-01	Odstranění dělohy v těhotenství, po porodu nebo po potratu	1,55883	-	-	-
14-I02	14-I02-02	Jiný chirurgický výkon na děloze mimo odstranění v těhotenství, po porodu nebo po potratu	0,82370	-	-	-
14-I03	14-I03-00	Výkon na cévách pro komplikaci v těhotenství, po potratu nebo po porodu	2,10228	-	-	-
14-I04	14-I04-00	Chirurgický výkon na děložních adnexech v těhotenství, po porodu nebo po potratu	0,71335	-	-	-
14-I05	14-I05-00	Chirurgický výkon v dutině břišní mimo dělohu a děložní adnexa v těhotenství, po porodu nebo po potratu	0,73234	-	-	-
14-I08	14-I08-01	Malý operační výkon v těhotenství, po porodu nebo po potratu se závažnou diagnózou	0,65082	-	-	-
14-I08	14-I08-02	Umělé přerušení těhotenství v II. trimestru nebo selektivní fetocida plodu při vícečetném těhotenství	0,34238	-	-	-
14-I08	14-I08-03	Jiný malý operační výkon v těhotenství, po porodu nebo po potratu bez závažné diagnózy	0,27248	-	-	-
14-M01	14-M01-01	Vaginální porod v CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci	1,01111	-	-	-
14-M01	14-M01-02	Vaginální porod v CVSP při mnohočetném těhotenství nebo s revizí po porodu	0,90441	-	-	-
14-M01	14-M01-03	Vaginální porod mimo CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci	0,82995	-	-	-
14-M01	14-M01-04	Vaginální porod mimo CVSP při mnohočetném těhotenství nebo s revizí po porodu	0,83993	-	-	-
14-M01	14-M01-05	Vaginální porod jediného dítěte bez závažné diagnózy	0,68264	-	-	-
15-I01	15-I01-00	Extrakorporální membránová oxygenace novorozence	6,61980	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část F – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
15-K02	15-K02-01	Časné úmrtí do 2 dnů u novorozence s hmotností do 1500 g	0,24830	-	-	-
15-K02	15-K02-02	Novorozenci s hmotností do 1500 g a velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 30. týdne	4,52567	-	-	-
15-K02	15-K02-03	Novorozenci s hmotností do 1500 g bez velmi závažné diagnózy a s gestačním stářím od 31. týdne	3,13680	-	-	-
15-K03	15-K03-01	Novorozenci s hmotností 1500-1999 g a velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 33. týdne	2,96599	-	-	-
15-K03	15-K03-02	Novorozenci s hmotností 1500-1999 g a závažnou diagnózou nebo gestačním stářím od 34. do 36. týdne	1,91134	-	-	-
15-K03	15-K03-03	Novorozenci s hmotností 1500-1999 g bez závažné diagnózy a s gestačním stářím od 37. týdne	1,29192	-	-	-
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	1,98561	-	-	-
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	0,98363	-	-	-
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	0,57905	-	-	-
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	0,48112	-	-	-
15-K05	15-K05-01	Novorozenci s hmotností 2500 a více g narození v daném zdravotnickém zařízení v CVSP a s	1,07124	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část F – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
		velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 33. týdne				
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	0,55738	-	-	-
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	0,50319	-	-	-
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	0,35847	-	-	-
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	1,69119	-	-	-
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	1,61700	-	-	-
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	0,78388	-	-	-
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	0,56993	-	-	-
15-K06	15-K06-05	Novorozenci s hmotností 2000 a více g nenarození v daném zdravotnickém zařízení mimo CVSP	0,51305	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část F – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
16-I01	16-I01-01	Chirurgický nebo endovaskulární výkon na slezině u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-4	3,14536	-	-	-
16-I01	16-I01-02	Chirurgický nebo endovaskulární výkon na slezině u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	1,76409	-	-	-
16-I02	16-I02-00	Odstranění brzlíku pro onemocnění brzlíku	1,86328	-	-	-
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	0,92361	-	-	-
16-I04	16-I04-02	Odstranění mízních uzlin mimo krční pro zvětšení nebo zánět u pacientů s CC=0-1	0,57898	-	-	-

Část G

Homogenní 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 pozitivní	KC negativní
00-D01	00-D01-01	Kontrolní biopsie transplantovaného srdce nebo plic	0,80654	Trans, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
00-D01	00-D01-02	Kontrolní biopsie pro transplantovanou ledvinu nebo slinivku	0,63889	Trans	1,03	0,5
00-D01	00-D01-03	Kontrolní biopsie transplantovaných jater	0,50785	Trans	1,03	0,5
00-I01	00-I01-01	Transplantace plic u pacientů s UPV 1009 a více hodin (43 a více dnů)	86,52622	Trans, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
00-I01	00-I01-02	Transplantace plic u pacientů s UPV 241-1008 hodin (11-42 dnů)	36,97852	Trans, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
00-I01	00-I01-03	Transplantace plic u pacientů s UPV do 240 hodin (do 10 dnů)	22,05919	Trans, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
00-I02	00-I02-01	Transplantace srdce u pacientů s dlouhodobou srdeční podporou	73,86147	Trans, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
00-I02	00-I02-02	Transplantace srdce u pacientů s jiným typem srdeční podpory	57,11262	Trans, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
00-I02	00-I02-03	Transplantace srdce u pacientů bez srdeční podpory	17,62063	Trans, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
00-I03	00-I03-01	Transplantace jater s UPV 505 a více hodin (22 a více dnů)	60,32386	Trans, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
00-I03	00-I03-02	Transplantace jater s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů)	32,33915	Trans, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
00-I03	00-I03-03	Transplantace jater u pacientů s CC=4	16,82815	Trans, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
00-I03	00-I03-04	Transplantace jater u pacientů s CC=0-3	11,58819	Trans, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
00-I04	00-I04-00	Transplantace slinivky	12,09724	Trans, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
00-I05	00-I05-01	Transplantace ledviny u pacientů s CC=3-4	8,97732	Trans	1,03	0,5
00-I05	00-I05-02	Transplantace ledviny u pacientů s CC=0-2	6,39994	Trans	1,03	0,5

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
00-M06	00-M06-01	Alogenní transplantace krvetvorných buněk u dětí do 18 let věku	17,88833	HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti	1,03	0,5
00-M06	00-M06-02	Alogenní transplantace krvetvorných buněk u pacientů ve věku 18 a více let	16,24296	HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti	1,03	0,5
00-M07	00-M07-00	Autologní transplantace krvetvorných buněk pro hematoonkologické onemocnění vyjma mnohočetného myelomu	6,6032	HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti	1,03	0,5
00-M08	00-M08-00	Autologní transplantace krvetvorných buněk pro mnohočetný myelom	3,66236	HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti	1,03	0,5
00-M09	00-M09-01	Autologní transplantace krvetvorných buněk při jiném onemocnění než hematoonkologickém u dětí do 18 let věku	6,67766	HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti	1,03	0,5
00-M09	00-M09-02	Autologní transplantace krvetvorných buněk při jiném onemocnění než hematoonkologickém u pacientů ve věku 18 a více let	4,89382	HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti	1,03	0,5
00-M10	00-M10-01	Odběr krvetvorných buněk pro autologní transplantaci při hematoonkologickém onemocnění u pacientů s CC=3-4	1,74414	HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti	1,03	0,5
00-M10	00-M10-02	Odběr krvetvorných buněk pro autologní transplantaci při hematoonkologickém onemocnění u pacientů s CC=0-2	0,74946	HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti	1,03	0,5
00-M11	00-M11-01	Odběr krvetvorných buněk pro autologní transplantaci při jiném onemocnění než hematoonkologickém u pacientů s CC=3-4	1,78006	HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti	1,03	0,5
00-M11	00-M11-02	Odběr krvetvorných buněk pro autologní transplantaci při jiném onemocnění než hematoonkologickém u pacientů s CC=0-2	0,79471	HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti	1,03	0,5

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
01-I01	01-I01-01	Implantace neurostimulátoru i elektrod pro hlubokou mozkovou stimulaci pro onemocnění nervové soustavy	12,97731	Cerebro, FarmEpilepsie, Iktus	1,03	0,5
01-I01	01-I01-02	Implantace neurostimulátoru nebo elektrod pro hlubokou mozkovou stimulaci pro onemocnění nervové soustavy	8,56112	Cerebro, FarmEpilepsie, Iktus	1,03	0,5
01-I02	01-I02-00	Implantace zařízení pro kortikální mozkovou stimulaci	6,35496	Cerebro, Iktus	1,03	0,5
01-I03	01-I03-01	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění nervové soustavy – zkušební i definitivní období	7,43649	Cerebro, Iktus	1,03	0,5
01-I03	01-I03-02	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění nervové soustavy – pouze definitivní období	5,72258	Cerebro, Iktus	1,03	0,5
01-I03	01-I03-03	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění nervové soustavy – pouze zkušební období	1,37017	Cerebro, Iktus	1,03	0,5
01-I04	01-I04-00	Implantace elektronické lékové pumpy pro onemocnění nervové soustavy	6,41237	Cerebro, RS, Iktus	1,03	0,5
01-I05	01-I05-00	Implantace zařízení pro stimulaci bloudivého nervu	4,47151	Cerebro, FarmEpilepsie, Iktus	1,03	0,5
01-I08	01-I08-01	Kraniofaciální operace pro vrozené vady	6,6788	Cerebro, Iktus	1,03	0,5
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	3,40538	Cerebro, Iktus	1,03	0,5
01-I08	01-I08-03	Chirurgický výkon na úrovni lebky a tvrdé pleny u dětí do 18 let věku	2,48589	Cerebro, Iktus	1,03	0,5
01-I08	01-I08-04	Chirurgický výkon na úrovni lebky a tvrdé pleny u pacientů ve věku 18 a více let	1,1997	Cerebro, Iktus	1,03	0,5
01-I10	01-I10-00	Odstranění brzlíku pro onemocnění nervosvalového přenosu	1,74562	PneumoOnko	1,03	0,5

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
01-M01	01-M01-01	Embolizace s angioplastikou pro onemocnění nervové soustavy	5,73051	Cerebro, Iktus	1,03	0,5
01-M01	01-M01-02	Embolizace pro krvácení do mozku	5,74351	Cerebro, Iktus	1,03	0,5
01-M01	01-M01-03	Embolizace pro jiná onemocnění nervové soustavy	3,44086	Cerebro, Iktus	1,03	0,5
03-I01	03-I01-01	Oboustranná endoprotéza čelistního kloubu	19,11206	-	-	-
03-I01	03-I01-02	Jednostranná endoprotéza čelistního kloubu	9,45212	-	-	-
03-I02	03-I02-01	Zavedení oboustranného kochleárního implantátu	15,39602	-	-	-
03-I02	03-I02-02	Zavedení jednostranného kochleárního implantátu	7,81282	-	-	-
03-I02	03-I02-03	Zavedení aktivního středoušního implantátu	5,08229	-	-	-
03-I02	03-I02-04	Zavedení sluchového implantátu pro přímé kostní vedení	5,50068	-	-	-
03-I03	03-I03-01	Mikrochirurgický plastický výkon pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku	7,16344	OnkoDosp	1,03	0,5
03-I03	03-I03-02	Jiný plastický nebo rekonstrukční výkon kostí lebky pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku	4,49665	OnkoDosp	1,03	0,5
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	4,712	OnkoDosp	1,03	0,5
03-I04	03-I04-02	Jiný rozsáhlý resekční výkon na čelisti nebo obličeji pro zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2	3,02062	OnkoDosp	1,03	0,5
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	5,2459	OnkoDosp	1,1	0,5

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
03-I05	03-I05-02	Odstranění hrtanu nebo resekční výkon na hrtanu s odstraněním krčních mízních uzlin u pacientů s CC=0-2	4,10252	OnkoDosp	1,1	0,5
03-I06	03-I06-01	Roboticky asistovaný resekční výkon na hltanu	3,47364	OnkoDosp	1,05	0,5
03-I06	03-I06-02	Resekční výkon na hltanu se zavedením gastrostomie, umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=3-4	5,0458	OnkoDosp	1,05	0,5
03-I06	03-I06-03	Resekční výkon na hltanu u pacientů s CC=0-2	3,22295	OnkoDosp	1,05	0,5
04-I02	04-I02-01	Roboticky asistovaná anatomická resekce plic	3,54442	PneumoOnko	1,05	0,75
04-I02	04-I02-02	Anatomická resekce plic s dalším operačním výkonem v jiný den	6,25559	PneumoOnko	1,05	0,75
04-I02	04-I02-03	Anatomická resekce plic u pacientů s CC=3-4	4,72528	PneumoOnko	1,05	0,75
04-I02	04-I02-04	Anatomická resekce plic provedená thorakoskopicky u pacientů s CC=0-2	2,98975	PneumoOnko	1,05	0,75
04-I02	04-I02-05	Anatomická resekce plic provedená otevřeným přístupem u pacientů s CC=0-2	2,77064	PneumoOnko	1,05	0,75
04-I03	04-I03-01	Extraanatomická resekce plic s dalším operačním výkonem v jiný den	6,4222	PneumoOnko	1,05	0,75
04-I03	04-I03-02	Extraanatomická resekce plic u pacientů s CC=3-4	3,2627	PneumoOnko	1,05	0,75
04-I03	04-I03-03	Extraanatomická resekce plic pro závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-2	2,17737	PneumoOnko	1,05	0,75
04-I03	04-I03-04	Extraanatomická resekce plic pro méně závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-2	1,6935	PneumoOnko	1,05	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	7,28352	PneumoOnko	1,05	0,75

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
04-I05	04-I05-02	Velký chirurgický výkon v dutině hrudní nebo na hrudníku mimo resekce plic u pacientů s CC=3-4	4,22676	PneumoOnko	1,05	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	2,04589	PneumoOnko	1,05	0,75
04-I06	04-I06-01	Miniinvazivní operace vpáčeného nebo ptačího hrudníku	2,77291	-	-	-
04-I06	04-I06-02	Operace vpáčeného nebo ptačího hrudníku otevřeným přístupem	1,97093	-	-	-
04-I11	04-I11-00	Odstranění dlahy po operaci vpáčeného nebo ptačího hrudníku	0,7951	-	-	-
05-I01	05-I01-01	Zavedení dlouhodobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 241 a více hodin (11 a více dní)	86,9872	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5
05-I01	05-I01-02	Zavedení dlouhodobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní)	54,54005	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5
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)	49,53431	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5
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)	40,94698	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5
05-I02	05-I02-02	Zavedení krátkodobé až střednědobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní) nebo v kombinaci s kardiochirurgickým výkonem	23,21733	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5
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)	12,9946	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
05-I03	05-I03-01	Zavedení jiné mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 241 a více hodin (11 a více dní)	24,04629	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5
05-I03	05-I03-02	Zavedení jiné mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní)	16,32403	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5
05-I03	05-I03-03	Dva operační výkony na srdci nebo aortě v různých dnech se zavedením jiné mechanické srdeční podpory	13,21121	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5
05-I03	05-I03-04	Zavedení jiné mechanické srdeční podpory s nejvýše jedním operačním dnem na srdci nebo aortě	6,13745	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5
05-I04	05-I04-01	Druhá a další reoperace vrozené srdeční vady na otevřeném srdci u dětí do 18 let	8,32155	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5
05-I04	05-I04-02	První reoperace vrozené srdeční vady na otevřeném srdci u dětí do 18 let	6,48997	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5
05-I05	05-I05-01	Primooperace vrozené srdeční vady na otevřeném srdci III-IV u dětí do 18 let	6,59387	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5
05-I05	05-I05-02	Primooperace vrozené srdeční vady na otevřeném srdci I-II u dětí do 18 let	4,46829	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5
05-I06	05-I06-01	Roboticky asistovaná náhrada nebo plastika 2 a více chlopní	6,9943	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I06	05-I06-02	Náhrada nebo plastika 2 a více chlopní s dalším provedeným výkonem v jiný den nebo provedená jako urgentní výkon nebo se závažnou hlavní nebo vedlejší diagnózou nebo u pacientů s CC=4	9,64933	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I06	05-I06-03	Náhrada nebo plastika 2 a více chlopní se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	8,13859	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
05-I06	05-I06-04	Náhrada nebo plastika 2 a více chlopní u pacientů s CC=0-3	6,96902	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
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	9,58321	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I07	05-I07-02	Chirurgický výkon na kořeni aorty se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	8,27981	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I07	05-I07-03	Chirurgický výkon na kořeni aorty u pacientů s CC=0-3	7,19268	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
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	9,35854	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I08	05-I08-02	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce aorty mimo břišní u pacientů s CC=0-3	6,38604	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I09	05-I09-00	Chirurgický výkon na plicním řečišti	6,60024	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I10	05-I10-01	Roboticky asistovaná náhrada mitrální nebo trikuspidální chlopně	6,94963	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
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	8,93538	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I10	05-I10-03	Náhrada mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopně se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	7,42808	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I10	05-I10-04	Náhrada mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopně u pacientů s CC=0-3	6,70258	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I11	05-I11-01	Roboticky asistovaná plastika mitrální nebo trikuspidální chlopně	6,95428	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
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	8,01672	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I11	05-I11-03	Plastika nebo jiný výkon na mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopni se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	7,42808	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I11	05-I11-04	Plastika nebo jiný výkon na mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopni u pacientů s CC=0-3	5,96562	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I12	05-I12-01	Náhrada nebo plastika aortální chlopně 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	7,83653	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I12	05-I12-02	Náhrada nebo plastika aortální chlopně se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	6,69193	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I12	05-I12-03	Náhrada nebo plastika aortální chlopně u pacientů s CC=0-3	5,8438	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I13	05-I13-01	Roboticky asistovaný chirurgický výkon na srdečních síních nebo komorách	6,89281	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I13	05-I13-02	Chirurgický výkon na srdečních síních nebo komorách s dalším provedeným výkonem v jiný den	9,73985	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I13	05-I13-03	Chirurgický výkon na srdečních síních nebo komorách s ablací nebo výkonem na koronárních tepnách	6,37809	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I13	05-I13-04	Chirurgický výkon na srdečních síních nebo komorách	5,42154	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I14	05-I14-01	Implantace kardioverteru-defibrilátoru s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	6,74786	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
05-I14	05-I14-02	Implantace kardioverteru-defibrilátoru se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	4,42061	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5
05-I14	05-I14-03	Implantace dvoukomorového nebo subkutánního kardioverteru-defibrilátoru u pacientů s CC=0-3	3,8875	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5
05-I14	05-I14-04	Implantace dvoudutinového nebo jednodutinového kardioverteru-defibrilátoru u pacientů s CC=0-3	3,37987	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5
05-I15	05-I15-00	Chirurgická ablace poruchy srdečního rytmu	6,69174	-	-	-
05-I16	05-I16-01	Roboticky asistovaný aortokoronární bypass	3,95472	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
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	7,21912	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I16	05-I16-03	Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách s chirurgickou ablací u pacientů s CC=0-3	6,6525	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I16	05-I16-04	Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	5,40704	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
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	4,90576	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I16	05-I16-06	Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách ze sternotomie u pacientů s CC=0-3	4,6526	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I16	05-I16-07	Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách z minitorakotomie u pacientů s CC=0-3	3,27322	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	1,03	0,5
05-I17	05-I17-00	Odstranění nebo chirurgická drenáž perikardu	3,90662	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
05-I18	05-I18-01	Roboticky asistovaný bypass nebo rekonstrukce na centrálních cévách v hrudní a břišní dutině	4,5334	-	-	-
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	6,40624	-	-	-
05-I18	05-I18-03	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na centrálních cévách v hrudní a břišní dutině s odstraněním uzávěru cévy nebo se závažnou diagnózou nebo u pacientů s CC=2-3	3,58034	-	-	-
05-I18	05-I18-04	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na centrálních cévách v hrudní a břišní dutině u pacientů s CC=0-1	2,89072	-	-	-
05-I19	05-I19-01	Složitá korekce vrozené srdeční vady na zavřeném srdci u dětí do 18 let	3,61972	KompKardioDěti_T	1,03	0,5
05-I19	05-I19-02	Jednoduchá korekce vrozené srdeční vady na zavřeném srdci u dětí do 18 let	3,7354	KompKardioDěti_T	1,03	0,5
05-I20	05-I20-01	Opakovaný chirurgický výkon pro nemoc periferních cév v CVSP	4,48309	-	-	-
05-I20	05-I20-02	Opakovaný chirurgický výkon pro nemoc periferních cév mimo CVSP	3,17212	-	-	-
05-I21	05-I21-01	Chirurgická implantace nebo extrakce stimulačních elektrod	4,89416	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,9
05-I21	05-I21-02	Transvenózní extrakce stimulačních elektrod	2,35899	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,9
05-I22	05-I22-00	Transplantace kůže nebo krytí defektu lalokem pro nemoc periferních cév	1,04373	-	-	-
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	3,93391	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
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	3,21163	-	-	-
05-I24	05-I24-03	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na periferních cévách mimo hrudní a břišní dutinu u pacientů s kritickou končetinovou ischémií nebo s CC=2-3	2,87604	-	-	-
05-I24	05-I24-04	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na periferních cévách mimo hrudní a břišní dutinu u pacientů s CC=0-1	1,77775	-	-	-
05-I25	05-I25-01	Implantace kardiostimulátoru s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	2,568	-	-	-
05-I25	05-I25-02	Implantace dvoukomorového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3	1,9769	-	-	-
05-I25	05-I25-03	Implantace dvoudutinového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3	1,11215	-	-	-
05-I25	05-I25-04	Implantace jednodutinového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3	0,9701	-	-	-
05-I26	05-I26-01	Trombektomie, embolektomie nebo endarterektomie centrálních a periferních cév v CVSP u pacientů s CC=1-4	2,10238	-	-	-
05-I26	05-I26-02	Trombektomie, embolektomie nebo endarterektomie centrálních a periferních cév v CVSP u pacientů s CC=0	1,27055	-	-	-
05-I26	05-I26-03	Trombektomie, embolektomie nebo endarterektomie centrálních a periferních cév mimo CVSP	1,34584	-	-	-
05-I29	05-I29-01	Vytvoření AV zkratu protézou pro onemocnění periferních tepen	1,12887	-	-	-
05-I29	05-I29-02	Vytvoření nebo úprava AV zkratu bez použití protézy pro onemocnění periferních tepen u pacientů s CC=2-4	0,94255	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
05-I29	05-I29-03	Vytvoření nebo úprava AV zkratu bez použití protézy pro onemocnění periferních tepen u pacientů s CC=0-1	0,80918	-	-	-
05-I30	05-I30-01	Operace povrchových končetinových žil s ošetřením refluxu otevřeným přístupem	0,53387	-	-	-
05-I30	05-I30-02	Operace povrchových končetinových žil termickými metodami	0,3971	-	-	-
05-I30	05-I30-03	Extirpace varikózních větví bez ošetření refluxu v žilních kmenech	0,52115	-	-	-
05-M01	05-M01-01	Katetrizační implantace nebo korekce chlopní s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	10,11278	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5
05-M01	05-M01-02	Katetrizační implantace nebo korekce chlopní se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	8,06916	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5
05-M01	05-M01-03	Katetrizační implantace nebo korekce chlopní u pacientů s CC=0-3	6,81346	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5
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	9,14604	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5
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	5,91242	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5
05-M02	05-M02-03	Endovaskulární nebo komplexní chirurgický výkon na aortě u pacientů s CC=0-3	5,49111	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5
05-M03	05-M03-01	Endovaskulární výkon na srdci u dětí do 18 let	4,13507	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
05-M03	05-M03-02	Endovaskulární výkon na srdci u pacientů ve věku 18 a více let	2,58358	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,5
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	4,28636	-	-	-
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	3,22581	-	-	-
05-M04	05-M04-03	Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro nemoc periferních cév s mechanickou aterektomií nebo trombektomií	2,52907	-	-	-
05-M04	05-M04-04	Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro nemoc periferních cév bez mechanické aterektomie a trombektomie	2,08493	-	-	-
05-M05	05-M05-01	Katetrizační ablace s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	4,70343	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,2
05-M05	05-M05-02	Katetrizační ablace komplexních forem arytmií u pacientů ve věku 18 a více let	2,54428	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,2
05-M05	05-M05-03	Katetrizační ablace jednoduchých forem arytmií u pacientů ve věku 18 a více let	1,37194	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,2
05-M05	05-M05-04	Katetrizační ablace atrioventrikulární junkce u pacientů ve věku 18 a více let	0,99133	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,2
05-M05	05-M05-05	Katetrizační ablace u dětí do 18 let	2,49033	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,03	0,2

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
05-M06	05-M06-01	Angioplastika 2 a více věnčitých tepen s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	3,53732	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,05	0,75
05-M06	05-M06-02	Angioplastika 1 věnčité tepny s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	3,22751	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,05	0,75
05-M06	05-M06-03	Komplexní angioplastika 2 a více věnčitých tepen za použití zobrazovacích nebo rotačních technik	2,24202	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,05	0,75
05-M06	05-M06-04	Komplexní angioplastika 1 věnčité tepny za použití zobrazovacích nebo rotačních technik	1,47816	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,05	0,75
05-M06	05-M06-05	Angioplastika 2 a více věnčitých tepen při akutním infarktu myokardu	1,78946	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,05	0,75
05-M06	05-M06-06	Angioplastika 1 věnčité tepny při akutním infarktu myokardu	1,38997	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,05	0,75
05-M06	05-M06-07	Angioplastika 2 a více věnčitých tepen při jiném onemocnění srdce	1,44533	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,05	0,75
05-M06	05-M06-08	Angioplastika 1 věnčité tepny při jiném onemocnění srdce	0,95932	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	1,05	0,75
05-M07	05-M07-01	Angioplastika centrálních a periferních cév se zavedením stentgraftu	2,64031	-	-	-
05-M07	05-M07-02	Angioplastika centrálních a periferních cév s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	2,95081	-	-	-
05-M07	05-M07-03	Vícesegmentální angioplastika centrálních a periferních cév se zavedením stentu u pacientů s CC=0-3	1,8877	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
05-M07	05-M07-04	Angioplastika centrálních a periferních cév se zavedením stentu u pacientů s CC=0-3	1,37166	-	-	-
05-M07	05-M07-05	Vícesegmentální angioplastika centrálních a periferních cév bez zavedení stentu u pacientů s CC=0-3	1,53826	-	-	-
05-M07	05-M07-06	Angioplastika centrálních a periferních cév bez zavedení stentu u pacientů s CC=0-3	1,02714	-	-	-
05-M08	05-M08-00	Embolizace pro nemoc centrálních a periferních cév	2,2167	-	-	-
05-M09	05-M09-00	Dočasná srdeční stimulace nebo úprava endokardiální elektrody	0,72074	-	-	-
05-M10	05-M10-00	Elektrická kardioverse	0,19479	-	-	-
06-I01	06-I01-01	Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci stolice – zkušební i definitivní období	7,43649	-	-	-
06-I01	06-I01-02	Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci stolice – pouze definitivní období	4,68814	-	-	-
06-I01	06-I01-03	Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci stolice – pouze zkušební období	1,2499	-	-	-
06-I03	06-I03-01	Roboticky asistované odstranění nebo resekce jícnu	9,53735	Jícen	1,1	0,2
06-I03	06-I03-02	Odstranění nebo resekce jícnu	6,20452	Jícen	1,1	0,2
06-I08	06-I08-00	Chirurgický výkon pro vrozenou vadu jícnu nebo žaludku	1,7232	-	-	-
06-I09	06-I09-01	Chirurgický výkon pro vrozenou vadu tenkého nebo tlustého střeva u dětí do 18 let věku	3,34488	-	-	-
06-I09	06-I09-02	Chirurgický výkon pro vrozenou vadu tenkého nebo tlustého střeva u pacientů ve věku 18 a více let	1,44437	-	-	-
06-I10	06-I10-00	Chirurgický výkon pro vrozenou vadu konečníku nebo řiti	2,49882	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
06-I11	06-I11-00	Chirurgický výkon na jícnu mimo resekce	1,98786	-	-	-
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	1,86744	-	-	-
06-I16	06-I16-02	Laparoskopický výkon pro oboustrannou tříselnou nebo stehenní kýlu u pacientů s CC=0-2	0,96758	-	-	-
06-I16	06-I16-03	Laparoskopický výkon pro jednostrannou tříselnou nebo stehenní kýlu u pacientů s CC=0-2	0,74553	-	-	-
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	0,67439	-	-	-
06-I16	06-I16-05	Otevřený chirurgický výkon pro tříselnou nebo stehenní kýlu u dětí do 16 let věku s CC=0-2	0,47449	-	-	-
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	2,55033	-	-	-
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	1,03764	-	-	-
06-I17	06-I17-03	Výkon pro recidivující břišní nebo pupeční kýlu u pacientů s CC=0-2	0,91582	-	-	-
06-I17	06-I17-04	Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-2	0,4822	-	-	-
06-I17	06-I17-05	Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu u dětí do 16 let věku s CC=0-2	0,42128	-	-	-
07-I01	07-I01-01	Velká resekce slinivky břišní s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	8,45383	HPB	1,15	0,2
07-I01	07-I01-02	Velká resekce slinivky břišní u pacientů s CC=0-3	4,96931	HPB	1,15	0,2
07-I02	07-I02-01	Velká resekce jater s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	8,59952	HPB	1,05	0,2

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
07-I02	07-I02-02	Velká resekce jater u pacientů s CC=0-3	3,73287	HPB	1,05	0,2
07-I03	07-I03-01	Roboticky asistovaná jiná resekce slinivky břišní	4,48257	HPB	1,15	0,2
07-I03	07-I03-02	Jiná resekce slinivky břišní s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=3-4	5,5907	HPB	1,15	0,2
07-I03	07-I03-03	Jiná resekce slinivky břišní u pacientů s CC=0-2	3,06642	HPB	1,15	0,2
07-I04	07-I04-01	Roboticky asistovaná jiná resekce jater	2,39414	HPB	1,15	0,2
07-I04	07-I04-02	Jiná resekce jater s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=3-4	4,08166	HPB	1,15	0,2
07-I04	07-I04-03	Jiná resekce jater u pacientů s CC=0-2	1,99739	HPB	1,15	0,2
08-I01	08-I01-01	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění páteře a míchy – zkušební i definitivní období	7,43649	-	-	-
08-I01	08-I01-02	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění páteře a míchy – pouze definitivní období	5,8939	-	-	-
08-I01	08-I01-03	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění páteře a míchy – pouze zkušební období	1,43821	-	-	-
08-I02	08-I02-00	Implantace elektronické lékové pumpy pro onemocnění páteře a míchy nebo syndrom ochrnutí	6,41237	-	-	-
08-I03	08-I03-01	Operace páteře s instrumentací u dětí do 18 let	6,73021	SpondyloChir	1,05	0,2
08-I03	08-I03-02	Operace páteře s instrumentací u pacientů ve věku 18 a více let pro novotvar nebo zánět	4,8462	SpondyloChir	1,05	0,2
08-I03	08-I03-03	Operace páteře mimo krční s instrumentací u pacientů ve věku 18 a více let pro poranění	2,99549	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
08-I03	08-I03-04	Operace krční páteře s instrumentací u pacientů ve věku 18 a více let pro poranění	2,68341	-	-	-
08-I03	08-I03-05	Operace páteře mimo krční s instrumentací 7 a více segmentů u pacientů ve věku 18 a více let pro jiná onemocnění	6,31285	SpondyloChir	1,05	0,2
08-I03	08-I03-06	Operace páteře mimo krční s instrumentací 4 až 6 segmentů u pacientů ve věku 18 a více let pro jiná onemocnění	3,66553	SpondyloChir	1,05	0,5
08-I03	08-I03-07	Operace páteře mimo krční s instrumentací 1 až 3 segmentů u pacientů ve věku 71 a více let pro jiná onemocnění	2,77556	-	-	-
08-I03	08-I03-08	Operace páteře mimo krční s instrumentací 1 až 3 segmentů u pacientů ve věku 18 až 70 let pro jiná onemocnění	2,58638	-	-	-
08-I03	08-I03-09	Operace krční páteře s instrumentací 4 až 7 segmentů u pacientů ve věku 18 a více let pro jiná onemocnění	2,17429	SpondyloChir	1,05	0,2
08-I03	08-I03-10	Operace krční páteře s instrumentací 1 až 3 segmentů u pacientů ve věku 71 a více let pro jiná onemocnění	2,07152	-	-	-
08-I03	08-I03-11	Operace krční páteře s instrumentací 1 až 3 segmentů u pacientů ve věku 18 až 70 let pro jiná onemocnění	1,53579	-	-	-
08-I04	08-I04-01	Operace páteře bez instrumentace u dětí do 18 let	2,48793	SpondyloChir	1,05	0,2
08-I04	08-I04-02	Operace páteře bez instrumentace u pacientů ve věku 18 a více let pro novotvar nebo zánět	2,53572	-	-	-
08-I04	08-I04-03	Operace páteře bez instrumentace u pacientů ve věku 71 a více let pro jiná onemocnění	1,4822	-	-	-
08-I04	08-I04-04	Operace páteře bez instrumentace u pacientů ve věku 41 až 70 let pro jiná onemocnění	1,18548	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
08-I04	08-I04-05	Operace páteře bez instrumentace u pacientů ve věku 18 až 40 let pro jiná onemocnění	1,02986	-	-	-
08-I07	08-I07-01	Implantace tumorózní endoprotézy nebo reimplantace/revize/odstranění endoprotézy hlezna	1,47225	-	-	-
08-I07	08-I07-02	Implantace totální endoprotézy hlezna	1,47225	-	-	-
08-I09	08-I09-01	Implantace tumorózní endoprotézy nebo reimplantace/revize/odstranění endoprotézy lokte	2,17593	-	-	-
08-I09	08-I09-02	Implantace totální endoprotézy lokte	2,22001	-	-	-
08-I09	08-I09-03	Implantace endoprotézy hlavičky radia	1,37587	-	-	-
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	4,58331	OnkoDosp	1,15	0,5
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	3,29182	OnkoDosp	1,15	0,5
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	4,50115	OnkoDosp	1,03	0,5
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	3,2168	OnkoDosp	1,03	0,5
09-I03	09-I03-00	Kranioplastika	2,2016	OnkoDosp, TraumaDosp, TraumaDěti, TraumaII	1,03	0,5

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
09-I06	09-I06-01	Resekce prsu včetně odstranění mízních uzlin a rekonstrukce implantátem obou prsů	2,30351	-	-	-
09-I06	09-I06-02	Resekce prsu včetně odstranění mízních uzlin a rekonstrukce implantátem jednoho prsu	1,77016	-	-	-
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	1,29526	-	-	-
09-I06	09-I06-04	Resekce jednoho prsu včetně odstranění mízních uzlin v CVSP u pacientů s CC=0	0,89606	-	-	-
09-I06	09-I06-05	Resekce prsu včetně odstranění mízních uzlin mimo CVSP	0,93956	-	-	-
09-I07	09-I07-01	Resekce prsu včetně rekonstrukce implantátem obou prsů	1,53909	OnkoDosp	1,05	0,75
09-I07	09-I07-02	Resekce prsu včetně rekonstrukce implantátem jednoho prsu	1,19093	OnkoDosp	1,05	0,75
09-I08	09-I08-01	Rekonstrukce obou prsů implantátem	1,14156	OnkoDosp	1,1	0,75
09-I08	09-I08-02	Rekonstrukce jednoho prsu implantátem nebo rekonstrukce obou prsů místní tkání	1,04276	OnkoDosp	1,1	0,75
09-I08	09-I08-03	Rekonstrukce jednoho prsu místní tkání	0,88774	OnkoDosp	1,1	0,75
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	1,0516	-	-	-
09-I09	09-I09-02	Resekce jednoho prsu pro zhoubný novotvar v CVSP u pacientů s CC=0	0,77525	-	-	-
09-I09	09-I09-03	Resekce prsu pro zhoubný novotvar mimo CVSP	0,73711	-	-	-
09-I09	09-I09-04	Resekce obou prsů pro ostatní onemocnění nebo resekce jednoho prsu pro ostatní onemocnění u pacientů s CC=1-4	0,82613	-	-	-

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
09-I09	09-I09-05	Resekce jednoho prsu pro ostatní onemocnění u pacientů s CC=0	0,46935	-	-	-
10-I01	10-I01-00	Transplantace pankreatických ostrůvků	3,25188	Trans	1,03	0,5
10-I11	10-I11-00	Chirurgický výkon pro onemocnění nadledviny	1,70086	OnkoUro	1,1	0,2
11-I01	11-I01-01	Roboticky asistované odstranění močového měchýře	6,05852	OnkoUro	1,1	0,2
11-I01	11-I01-02	Odstranění močového měchýře s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	6,25847	OnkoUro	1,1	0,2
11-I01	11-I01-03	Odstranění močového měchýře u pacientů s CC=0-3	4,34995	OnkoUro	1,1	0,2
11-I02	11-I02-00	Implantace arteficiálního sfinkteru	3,98675	-	-	-
11-I03	11-I03-01	Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci moči – zkušební i definitivní období	7,43649	-	-	-
11-I03	11-I03-02	Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci moči – pouze definitivní období	5,29451	-	-	-
11-I03	11-I03-03	Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci moči – pouze zkušební období	1,40041	-	-	-
11-I04	11-I04-01	Roboticky asistované odstranění ledviny včetně močovodu nebo trombektomie	2,81406	OnkoUro	1,05	0,75
11-I04	11-I04-02	Odstranění ledviny včetně nadledviny, močovodu nebo mízních uzlin s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	4,11627	OnkoUro	1,05	0,75
11-I04	11-I04-03	Odstranění ledviny včetně nadledviny, močovodu nebo mízních uzlin u pacientů s CC=0-3	2,49068	OnkoUro	1,05	0,75
11-I05	11-I05-00	Odstranění mízních uzlin pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy	2,3463	OnkoUro	1,05	0,75

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
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	2,486	OnkoUro	1,05	0,75
11-I06	11-I06-02	Odstranění nebo resekce močovodu u pacientů s CC=0-1	2,02559	OnkoUro	1,05	0,75
11-I07	11-I07-01	Roboticky asistovaná resekce ledviny	2,18344	OnkoUro	1,05	0,75
11-I07	11-I07-02	Resekce ledviny s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	3,7759	OnkoUro	1,05	0,75
11-I07	11-I07-03	Resekce ledviny u pacientů s CC=2-3	2,64401	OnkoUro	1,05	0,75
11-I07	11-I07-04	Resekce ledviny u pacientů s CC=0-1	1,72479	OnkoUro	1,05	0,75
11-I08	11-I08-01	Odstranění ledviny s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	4,83835	OnkoUro	1,05	0,75
11-I08	11-I08-02	Odstranění ledviny u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-3	2,94567	OnkoUro	1,05	0,75
11-I08	11-I08-03	Odstranění ledviny u pacientů s CC=0-1	1,86937	OnkoUro	1,05	0,75
11-I14	11-I14-01	Závěsná nebo slingová operace močové trubice u mužů	1,27119	-	-	-
11-I14	11-I14-02	Závěsná nebo slingová operace močové trubice u žen	0,59649	-	-	-
12-I02	12-I02-01	Roboticky asistované odstranění prostaty včetně mízních uzlin	2,42092	OnkoUro	1,05	0,75
12-I02	12-I02-02	Odstranění prostaty včetně mízních uzlin	1,88374	OnkoUro	1,05	0,75
12-I03	12-I03-01	Roboticky asistované odstranění prostaty bez mízních uzlin	2,29134	OnkoUro	1,05	0,85
12-I03	12-I03-02	Odstranění prostaty bez mízních uzlin pro zhoubný novotvar	2,1459	OnkoUro	1,05	0,85
12-I03	12-I03-03	Odstranění prostaty bez mízních uzlin pro ostatní hlavní diagnózy	1,59777	OnkoUro	1,05	0,85

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
12-I05	12-I05-00	Odstranění mízních uzlin pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy	1,98586	OnkoUro	1,1	0,2
12-I10	12-I10-01	Laparoskopický rekonstrukční výkon pro onemocnění varlat nebo testikulárních adnex	0,876	-	-	-
12-I10	12-I10-02	Rekonstrukční výkon otevřeným přístupem nebo exploratorní výkon pro onemocnění varlat nebo testikulárních adnex	0,57051	-	-	-
12-I13	12-I13-01	Laparoskopické odstranění varikokély nebo odstranění varikokély, hydrokély nebo spermatokély otevřeným přístupem u pacientů s CC=3-4	0,71503	-	-	-
12-I13	12-I13-02	Odstranění varikokély, hydrokély a spermatokély otevřeným přístupem u pacientů s CC=0-2	0,50709	-	-	-
12-M02	12-M02-01	Transuretrální odstranění prostaty u pacientů s CC=1-4	1,11462	-	-	-
12-M02	12-M02-02	Transuretrální odstranění prostaty u pacientů s CC=0	0,97158	-	-	-
13-I01	13-I01-00	Exenterace pánevních orgánů pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy	4,89607	OnkoGyn	1,03	0,2
13-I02	13-I02-01	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů pro zhoubný novotvar včetně rozsáhlého resekčního výkonu na okolních tkáních v alespoň 2 lokalizacích	4,66473	OnkoGyn	1,03	0,2
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	4,66473	OnkoGyn	1,03	0,2
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	3,18952	OnkoGyn	1,03	0,2

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
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	2,41434	OnkoGyn	1,03	0,2
13-I03	13-I03-00	Resekční výkon na trávicí soustavě nebo ledvině pro extragenitální endometriózu nebo rektokélu	2,66952	Endometrioza	1,03	0,95
13-I04	13-I04-01	Roboticky asistované odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar	2,07902	OnkoGyn	1,05	0,2
13-I04	13-I04-02	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4	4,12913	OnkoGyn	1,05	0,2
13-I04	13-I04-03	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=1-2	2,48731	OnkoGyn	1,05	0,2
13-I04	13-I04-04	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=0	1,99027	OnkoGyn	1,05	0,2
13-I05	13-I05-01	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně výkonu na mízních uzlinách pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4	4,12913	OnkoGyn	1,1	0,2
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	1,65706	OnkoGyn	1,1	0,2
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	1,59849	OnkoGyn	1,1	0,2
13-I06	13-I06-01	Radikální odstranění vulvy nebo pochvy pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4	3,73263	OnkoGyn	1,05	0,2

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
13-I06	13-I06-02	Radikální odstranění vulvy nebo pochvy pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=0-2	1,644	OnkoGyn	1,05	0,2
13-I07	13-I07-01	Odstranění mízních uzlin pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního	2,29758	OnkoGyn	1,03	0,2
13-I07	13-I07-02	Odstranění mízních uzlin pro zhoubný novotvar hrdla děložního	1,50414	OnkoGyn	1,03	0,2
13-I07	13-I07-03	Odstranění mízních uzlin pro zhoubný novotvar pochvy nebo vulvy	1,40095	OnkoGyn	1,03	0,2
13-I08	13-I08-01	Neradikální výkon pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního	1,63507	OnkoGyn	1,15	0,2
13-I08	13-I08-02	Neradikální výkon pro zhoubný novotvar hrdla děložního nebo pochvy	1,28858	OnkoGyn	1,15	0,2
13-I08	13-I08-03	Neradikální výkon pro novotvar in situ ženské reprodukční soustavy	1,12712	OnkoGyn	1,15	0,2
14-I06	14-I06-01	Intrauterinní výkon na plodu při mnohočetném těhotenství	1,1856	IntenzivníPerinat	1,03	0,5
14-I06	14-I06-02	Intrauterinní výkon na plodu při těhotenství jednoho dítěte	0,63399	IntenzivníPerinat	1,03	0,5
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)	36,03461	IntenzivníPerinat	1,03	0,5
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)	20,09466	IntenzivníPerinat	1,03	0,5
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)	14,70323	IntenzivníPerinat	1,03	0,5

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
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)	10,34064	IntenzivníPerinat	1,03	0,5
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)	6,26689	IntenzivníPerinat	1,03	0,5
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)	36,03461	IntenzivníPerinat	1,03	0,5
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)	20,09466	IntenzivníPerinat	1,03	0,5
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)	14,70323	IntenzivníPerinat	1,03	0,5
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)	10,30051	IntenzivníPerinat	1,03	0,5
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)	5,398	IntenzivníPerinat	1,03	0,5
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)	36,03461	IntenzivníPerinat	1,03	0,5
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)	20,09466	IntenzivníPerinat	1,03	0,5

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
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)	14,70323	IntenzivníPerinat	1,03	0,5
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)	10,15807	IntenzivníPerinat	1,03	0,5
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)	5,0098	IntenzivníPerinat	1,03	0,5
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)	0,82146	IntenzivníPerinat	1,03	0,5
15-I05	15-I05-00	Chirurgický výkon na vylučovací soustavě u novorozence	2,60765	IntenzivníPerinat	1,03	0,5
15-I06	15-I06-00	Chirurgický výkon na pohlavních orgánech u novorozence	0,97931	IntenzivníPerinat	1,03	0,5
15-I07	15-I07-00	Chirurgický výkon pro rozštěp rtu nebo vrozenou vadu nosu u novorozence	1,88339	IntenzivníPerinat	1,03	0,5
15-M01	15-M01-01	Umělá plicní ventilace novorozence v délce 1009 a více hodin (43 a více dní)	23,05696	IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat	1,03	0,5
15-M01	15-M01-02	Umělá plicní ventilace novorozence v délce 505-1008 hodin (22-42 dní)	14,36884	IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat	1,03	0,5
15-M01	15-M01-03	Umělá plicní ventilace novorozence v délce 241-504 hodin (11-21 dní)	9,1475	IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat	1,03	0,5
15-M01	15-M01-04	Umělá plicní ventilace v délce 97-240 hodin (5-10 dní) u novorozence s gestačním stářím do 33. týdne	5,98071	IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat	1,03	0,5
15-M01	15-M01-05	Umělá plicní ventilace v délce 97-240 hodin (5-10 dní) u novorozence s gestačním stářím od 34. týdne	4,29046	IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat	1,03	0,5

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
15-M01	15-M01-06	Umělá plicní ventilace v délce 25-96 hodin (2-4 dny) u novorozence s gestačním stářím do 33. týdne	4,6458	IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat	1,03	0,5
15-M01	15-M01-07	Umělá plicní ventilace v délce 25-96 hodin (2-4 dny) u novorozence s gestačním stářím od 34. týdne	2,25277	IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat	1,03	0,5
17-I01	17-I01-00	Rozsáhlý resekční výkon v dutině břišní nebo pánevní pro onemocnění krvetvorby nebo špatně diferencované novotvary	4,75124	OnkoDosp	1,03	0,5
17-I02	17-I02-00	Kraniotomie pro onemocnění krvetvorby nebo špatně diferencované novotvary	3,29855	OnkoDosp	1,03	0,5
17-I03	17-I03-00	Instrumentace nebo resekční výkon na páteři	4,20013	OnkoDosp	1,03	0,5
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	6,26936	OnkoDosp	1,1	0,5
17-I04	17-I04-02	Resekční výkon na trávicí soustavě, játrech nebo odstranění omenta u pacientů s CC=0-3	2,90628	OnkoDosp	1,1	0,5
17-I05	17-I05-01	Roboticky asistovaný rozsáhlý resekční výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách	3,53299	OnkoDosp	1,03	0,5
17-I05	17-I05-02	Rozsáhlý resekční výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách	3,08285	OnkoDosp	1,03	0,5
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	4,06389	OnkoDosp	1,1	0,5
17-I06	17-I06-02	Resekční výkon v retroperitoneu, pánvi, dutině hrudní nebo odstranění sleziny u pacientů s CC=0-3	1,89869	OnkoDosp	1,1	0,5
17-I07	17-I07-01	Resekční výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách u pacientů s CC=3-4	3,70452	OnkoDosp	1,1	0,5

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
17-I07	17-I07-02	Resekční výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách u pacientů s CC=0-2	2,03075	OnkoDosp	1,1	0,5
19-I01	19-I01-01	Implantace neurostimulátoru i elektrod pro hlubokou mozkovou stimulaci pro nemoci a poruchy duševní	12,97731	-	-	-
19-I01	19-I01-02	Implantace neurostimulátoru nebo elektrod pro hlubokou mozkovou stimulaci pro nemoci a poruchy duševní	8,56112	-	-	-
19-I02	19-I02-01	Rekonstrukční výkon pro poruchy sexuálních funkcí zahrnující volný přenos dvou a více laloků nebo volný přenos jednoho laloku u pacientů s CC=2-4	4,56065	-	-	-
19-I02	19-I02-02	Rekonstrukční výkon pro poruchy sexuálních funkcí zahrnující volný přenos jednoho laloku u pacientů s CC=0-1	3,27355	-	-	-
22-I01	22-I01-01	Transplantace kůže pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s 11 a více ošetřovacími dny	20,72582	TraumaPop, TraumaDosp, TraumaDěti, TraumaII	1,03	0,5
22-I01	22-I01-02	Transplantace kůže pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s 6-10 ošetřovacími dny	8,89311	TraumaPop, TraumaDosp, TraumaDěti, TraumaII	1,03	0,5
22-I01	22-I01-03	Transplantace kůže pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s 2-5 ošetřovacími dny	3,76377	TraumaPop, TraumaDosp, TraumaDěti, TraumaII	1,03	0,5
22-I01	22-I01-04	Transplantace kůže pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s nejvýše 1 ošetřovacím dnem	2,46368	TraumaPop, TraumaDosp, TraumaDěti, TraumaII	1,03	0,5
23-I05	23-I05-01	Profylaktické odstranění prsu včetně rekonstrukce autologní tkání	3,4249	OnkoDosp	1,05	0,75
23-I05	23-I05-02	Profylaktické odstranění prsu včetně rekonstrukce implantátem obou prsů	1,60531	OnkoDosp	1,05	0,75

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
23-I05	23-I05-03	Profylaktické odstranění prsu včetně rekonstrukce implantátem jednoho prsu	1,38084	OnkoDosp	1,05	0,75
23-I06	23-I06-01	Profylaktické odstranění obou prsů bez rekonstrukce nebo profylaktické odstranění jednoho prsu u pacientek s CC=2-4	1,32741	OnkoDosp	1,1	0,75
23-I06	23-I06-02	Profylaktické odstranění jednoho prsu bez rekonstrukce u pacientek s CC=0-1	0,82004	OnkoDosp	1,1	0,75
23-I07	23-I07-00	Profylaktické odstranění dělohy	1,31281	OnkoDosp	1,15	0,75
23-I08	23-I08-00	Profylaktické odstranění děložních adnex	0,7166	OnkoDosp	1,15	0,75
24-M01	24-M01-01	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 22-42 dnů po předchozí operaci páteře včetně instrumentace	8,00541	TraumaDosp, TraumaDěti, TraumaII, Cerebro	1,03	0,5
24-M01	24-M01-02	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 22-42 dnů po předchozí operaci páteře bez instrumentace	5,26558	TraumaDosp, TraumaDěti, TraumaII, Cerebro	1,03	0,5
24-M01	24-M01-03	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 22-42 dnů bez předchozí operace páteře	5,1404	TraumaDosp, TraumaDěti, TraumaII, Cerebro	1,03	0,5
24-M02	24-M02-01	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 43-63 dnů po předchozí operaci páteře včetně instrumentace	11,11868	TraumaDosp, TraumaDěti, TraumaII, Cerebro	1,03	0,5
24-M02	24-M02-02	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 43-63 dnů bez předchozí operace páteře s instrumentací	8,36579	TraumaDosp, TraumaDěti, TraumaII, Cerebro	1,03	0,5
24-M03	24-M03-01	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 64 a více dnů po předchozí operaci páteře včetně instrumentace	17,40962	TraumaDosp, TraumaDěti, TraumaII, Cerebro	1,03	0,5
24-M03	24-M03-02	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 64 a více dnů bez předchozí operace páteře s instrumentací	12,37424	TraumaDosp, TraumaDěti, TraumaII, Cerebro	1,03	0,5

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část G – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha	Centra specializované péče	KC pozitivní	KC negativní
25-I01	25-I01-01	Opakovaný chirurgický výkon při polytraumatu s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	9,87732	TraumaDosp, TraumaDěti, TraumaII	1,05	0,5
25-I01	25-I01-02	Opakovaný chirurgický výkon při polytraumatu bez umělé plicní ventilace (nebo max. 1 den)	6,18353	TraumaDosp, TraumaDěti, TraumaII	1,05	0,5
25-I02	25-I02-01	Chirurgický výkon při polytraumatu s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	4,57788	TraumaDosp, TraumaDěti, TraumaII	1,1	0,5
25-I02	25-I02-02	Chirurgický výkon při polytraumatu bez umělé plicní ventilace (nebo max. 1 den)	3,23661	TraumaDosp, TraumaDěti, TraumaII	1,1	0,5
25-K01	25-K01-01	Polytrauma s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	2,55597	TraumaDosp, TraumaDěti, TraumaII	1,1	0,5
25-K01	25-K01-02	Polytrauma bez umělé plicní ventilace (nebo max. 1 den)	1,79862	TraumaDosp, TraumaDěti, TraumaII	1,1	0,5

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 pro duševní onemocnění u pacientů věku 18 a více let a s CC=2-4	0,93950
19-K01	19-K01-02	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro vybrané hlavní diagnózy u pacientů věku 18 a více let a s CC=0-1	0,60810
19-K01	19-K01-03	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro ostatní hlavní diagnózy u pacientů věku 18 a více let a s CC=0-1	0,27930
19-K02	19-K02-01	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy	1,30854
19-K02	19-K02-02	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro vybrané hlavní diagnózy u dětí do 18 let věku	0,54903
19-K02	19-K02-03	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro ostatní hlavní diagnózy u dětí do 18 let věku	0,47584
19-K03	19-K03-01	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy	2,06710
19-K03	19-K03-02	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4 nebo se závažnou diagnózou	0,74933
19-K03	19-K03-03	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	0,59915
19-K04	19-K04-01	Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy	1,94041
19-K04	19-K04-02	Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4 nebo se závažnou diagnózou	1,17922
19-K04	19-K04-03	Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	1,00605
19-K05	19-K05-01	Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy	2,00376
19-K05	19-K05-02	Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4 nebo se závažnou diagnózou	1,62843
19-K05	19-K05-03	Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	1,38776
19-K06	19-K06-01	Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy	2,44720

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část H – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
19-K06	19-K06-02	Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4 nebo se závažnou diagnózou	2,05392
19-K06	19-K06-03	Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	1,74775
19-K07	19-K07-01	Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy	2,76930
19-K07	19-K07-02	Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4 nebo se závažnou diagnózou	2,38001
19-K07	19-K07-03	Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	2,13566
19-K08	19-K08-01	Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy	4,71825
19-K08	19-K08-02	Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4 nebo se závažnou diagnózou	3,77405
19-K08	19-K08-03	Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	3,00265
19-M01	19-M01-00	Krátkodobá neinvazivní neurostimulační terapie pro duševní onemocnění	0,13141
20-K01	20-K01-01	Předčasné ukončení hospitalizace proti doporučení lékaře pro nadužívání psychoaktivních látek	0,16794
20-K01	20-K01-02	Akutní intoxikace psychoaktivními látkami u pacientů s CC=2-4	0,63605
20-K01	20-K01-03	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro delirium způsobené psychoaktivními látkami	0,64976
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	0,40942
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	0,32533
20-K01	20-K01-06	Akutní intoxikace alkoholem u dětí do 18 let věku s CC=0-1	0,31679
20-K01	20-K01-07	Akutní intoxikace alkoholem u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	0,21391
20-K02	20-K02-00	Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	0,24727

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část H – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
20-K03	20-K03-00	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	0,61535
20-K04	20-K04-00	Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	1,04705
20-K05	20-K05-00	Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	1,35373
20-K06	20-K06-00	Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	1,72839
20-K07	20-K07-00	Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	2,25168
20-K08	20-K08-00	Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	3,96696
20-M01	20-M01-00	Eliminační metody krve při akutní intoxikaci psychoaktivními látkami	2,08745

Část I

Hrazené služby klasifikované do bází, které byly v referenčním období hrazeny úhradou vyčleněnou z paušální úhrady a v hodnoceném období jsou hrazeny individuálně sjednanou složkou úhrady

CZ-DRG báze – kód	CZ-DRG skupina – kód	Část I – CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG – relativní váha
08-I05	08-I05-04	Oboustranná implantace totální endoprotézy kyčle	2,85468
08-I05	08-I05-05	Implantace necementované totální endoprotézy kyčle pro poranění	2,24817
08-I05	08-I05-06	Implantace necementované totální endoprotézy kyčle pro ostatní onemocnění	1,98068
08-I05	08-I05-07	Implantace hybridní totální endoprotézy kyčle pro poranění	2,14039
08-I05	08-I05-08	Implantace hybridní totální endoprotézy kyčle pro ostatní onemocnění	1,82892
08-I05	08-I05-09	Implantace cementované totální endoprotézy kyčle pro poranění	2,07499
08-I05	08-I05-10	Implantace cementované totální endoprotézy kyčle pro ostatní onemocnění	1,75789
08-I06	08-I06-04	Oboustranná implantace totální endoprotézy kolene	2,61610
08-I06	08-I06-05	Implantace totální endoprotézy kolene	1,88558

Část J

Seznam CZ-DRG skupin s bonifikací při ošetření pacientů mladších 18 let

Do proměnné $CM_{děti}$ podle části A, bodu 5.2, písm. d) přílohy č. 1 se u pacientů, kteří v den přijetí k hospitalizaci nedovršili 18 let věku, zahrnují případy hospitalizací pacientů v následujících skupinách vztažených k diagnóze:

CZ-DRG báze	CZ-DRG skupina
00-M07	00-M07-00
00-M10	00-M10-01, 00-M10-02
01-C01	01-C01-01, 01-C01-02, 01-C01-03, 01-C01-04, 01-C01-05, 01-C01-06
01-I13	01-I13-00
01-I14	01-I14-01, 01-I14-02
01-M02	01-M02-00
01-M04	01-M04-00
01-R02	01-R02-01, 01-R02-02, 01-R02-03, 01-R02-04, 01-R02-05, 01-R02-06
04-C02	04-C02-02
04-I02	04-I02-01, 04-I02-02, 04-I02-03, 04-I02-04, 04-I02-05
04-I03	04-I03-01, 04-I03-02, 04-I03-03, 04-I03-04
04-I08	04-I08-01, 04-I08-02, 04-I08-03, 04-I08-04
04-I09	04-I09-01, 04-I09-02
05-D01	05-D01-02, 05-D01-03, 05-D01-04, 05-D01-06
05-I14	05-I14-01, 05-I14-02, 05-I14-03, 05-I14-04
05-I25	05-I25-01, 05-I25-02, 05-I25-03, 05-I25-04
05-K07	05-K07-01, 05-K07-03, 05-K07-04, 05-K07-05
05-M01	05-M01-01, 05-M01-02, 05-M01-03
05-M04	05-M04-01, 05-M04-02, 05-M04-03, 05-M04-04
05-M07	05-M07-01, 05-M07-02, 05-M07-03, 05-M07-04, 05-M07-05, 05-M07-06
06-I05	06-I05-01, 06-I05-02, 06-I05-03, 06-I05-04
06-I07	06-I07-03, 06-I07-04, 06-I07-05, 06-I07-06
06-I13	06-I13-01, 06-I13-02, 06-I13-03
06-I14	06-I14-01, 06-I14-02
06-I15	06-I15-00
06-K19	06-K19-01, 06-K19-02, 06-K19-03
07-I08	07-I08-01, 07-I08-02
07-K05	07-K05-01, 07-K05-02, 07-K05-03
07-M02	07-M02-01, 07-M02-02, 07-M02-03, 07-M02-04, 07-M02-05, 07-M02-06
08-R02	08-R02-01, 08-R02-02, 08-R02-03, 08-R02-04, 08-R02-05, 08-R02-06
09-I12	09-I12-01, 09-I12-02
10-C01	10-C01-01, 10-C01-02
10-I11	10-I11-00
11-I10	11-I10-01, 11-I10-02
11-M02	11-M02-01, 11-M02-02, 11-M02-03, 11-M02-04, 11-M02-05, 11-M02-06, 11-M02-07
13-C01	13-C01-01, 13-C01-02
13-K13	13-K13-00
17-I09	17-I09-01, 17-I09-02, 17-I09-03
18-I01	18-I01-01, 18-I01-02
23-M01	23-M01-00
25-I02	25-I02-01, 25-I02-02
25-K01	25-K01-01, 25-K01-02

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) 24 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) 22 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 snímatelnou 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, stavu čelistí a mezičelistních vztahů,	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.	724 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	anamnézy a stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené ze zdravotního pojištění. 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 ze zdravotního pojištění. 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 ze zdravotního pojištění. 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	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
	zahrnuje též nácvik ústní hygieny, 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 v kombinaci s kódy 00823, 00900, 00908, 00909, 00919, 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.	520 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, tedy v kombinaci s kódy 00901 nebo 00946, a s kódem 00900, pokud v daném roce byl pojištěnec u poskytovatele registrován. 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.	235 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 v kombinaci s kódy 00824 a 00976 a u hendikepovaného pojištěnce ani s kódy 00825, 00826 a 00907. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	217 Kč
00907	Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let I	Lze vykázat 1 / 1 den.	164 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce.	Lze vykázat pouze v souvislosti s ošetřením hrazeným ze zdravotního pojištění. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 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, 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 nebo ortodontického aparátu v ordinaci a podobně.	Lze vykázat 1 / 1 případ. Lze vykázat samostatně nebo v kombinaci s kódy 00824, 00825, 00826, 00827, 00851, 00906, 00907, 00910, 00913, 00914, 00916, 00917, 00948, 00949, 00950, 00951, 00952, 00955, 00956, 00957, 00958, 00959, 00960, 00962, 00963, 00964, 00970, 00971, 00976, 00978 a 00979. Odbornost 014, 015 podle seznamu výkonů.	545 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 vykázat v kombinaci s kódy 00823, 00900, 00901, 00903, 00908, 00931, 00940, 00946, 00962, 00964 a 00968. Kód může vykázat poskytovatel s lůžkovým pracovištěm a klinickým pracovištěm, tedy 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.	606 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 karpogramu Zhotovení rentgenového snímku ruky (stanovení fáze růstu skeletu) na zubním rentgenovém zařízení. Vykazuje se každý zhotovený snímek.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 015 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě	330 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		zhotovení snímku jiným poskytovatelem).	
00913	Zhotovení ortopantomogramu Zhotovení extraorálního panoramatického snímku nebo snímku temporomandibulárních kloubů 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 (například 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. Bez omezení lze vykázat též v kombinaci s kódem 00964, jde-li o snímek temporomandibulárních kloubů. Snímek obou temporomandibulárních kloubů se vykazuje jedním kódem 00913. 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. Nutno doložit vyhodnocený snímek nebo jeho čitelnou kopii. Vykazuje se vyhodnocení každého jednotlivého snímku. Vykazuje	101 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		poskytovatel, jehož zubní lékař snímek vyhodnotil.	
00915	Zhotovení telerentgenového snímku lbi Zhotovení dálkového rentgenového snímku lbi na zubním 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 lékařů CH, odbornost 015 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval.	330 Kč
00916	Anestezie injekční na foramen mandibulae a infraorbitale Aplikace injekční anestezie 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.	158 Kč
00917	Anestezie injekční Aplikace injekční anestezie infiltrační a intraligamentární do tkání v rozsahu jednoho sextantu zubního oblouku, anestezie na foramen mentale, na nervus palatinus maior, na foramen incisivum, na tuber maxillae a na nervus buccalis. 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.	130 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 vykázat v kombinaci 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
00829	Základní ošetření stálého zubu výplní z amalgámu v kapslové formě u pojištěnců od 18 let – do 2 plošek Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při	Lokalizace – zub. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00836, 00837 a 00838. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	800 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	použití amalgámu v kapslové formě na 1 nebo 2 ploškách, bez ohledu na počet výplní. Amalgám lze použít pouze v případech, kdy to zubní lékař považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pojištěnce. Součástí výkonu je záznam ve zdravotnické dokumentaci, ze kterého vyplývá, proč nebylo možno použít žádný jiný materiál výplně.		
00830	Základní ošetření stálého zubu výplní z amalgámu v kapslové formě u pojištěnců od 18 let – 3 a více plošek Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití amalgámu v kapslové formě na 3 a více ploškách, včetně rekonstrukce růžku, bez ohledu na počet výplní. Amalgám lze použít pouze v případech, kdy to zubní lékař považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pojištěnce. Součástí výkonu je záznam ve zdravotnické dokumentaci, ze kterého vyplývá, proč nebylo možno použít žádný jiný materiál výplně.	Lokalizace – zub. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00836, 00837 a 00838. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	900 Kč
00831	Ošetření dočasného zubu plastickou výplní Ošetření dočasného zubu plastickou výplní v rozsahu celého chrupu, bez ohledu na počet plošek a počet výplní.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Dříve než za 365 dní lze vykázat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	1 000 Kč
00832	Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let – 1 ploška Ošetření stálého zubu u pojištěnců do dne dosažení 18 let v rozsahu celého chrupu při použití výplně z fotokompozitu na 1 plošce, bez ohledu na počet výplní. Neodpovídá-li použití fotokompozitu § 13 zákona, lze vykázat i při použití jiného materiálu výplně.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Dříve než za 365 dní lze vykázat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních. Za vykázání kódu 00832 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykázání kódů 00833 a 00834. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	1 300 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00833	Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let – 2 plošky Ošetření stálého zubu u pojištěnců do dne dosažení 18 let v rozsahu celého chrupu při použití výplně z fotokompozitu na 2 ploškách, bez ohledu na počet výplní. Neodpovídá-li použití fotokompozitu § 13 zákona, lze použít jiný materiál výplně.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Dříve než za 365 dní lze vykázat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních. Za vykázání kódu 00833 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykázání kódů 00832 a 00834. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	1 950 Kč
00834	Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let – 3 a více plošek Ošetření stálého zubu u pojištěnců do dne dosažení 18 let v rozsahu celého chrupu při použití výplně z fotokompozitu na 3 a více ploškách včetně rekonstrukce růžku, bez ohledu na počet výplní. Neodpovídá-li použití fotokompozitu § 13 zákona, lze použít jiný materiál výplně.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Dříve než za 365 dní lze vykázat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních. Za vykázání kódu 00834 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykázání kódů 00832 a 00833. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	2 350 Kč
00835	Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců od 18 let Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití plastické výplně, s výjimkou nevrstvené výplně z fotokompozitu a výplně z chemicky nebo duálně tuhnoucího materiálu. Bez ohledu na počet plošek a počet výplní.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 730 dní Lokalizace – zub. Dříve než za 730 dní lze vykázat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	částečná úhrada ve výši úhrady kódu 00838
00836	Základní ošetření stálého zubu výplní z chemicky nebo duálně tuhnoucího materiálu u pojištěnců od 18 let – do 2 plošek Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití chemicky nebo duálně tuhnoucího materiálu výplně s výjimkou amalgámu na 1 nebo 2 ploškách. Bez ohledu na počet výplní. Lze vykázat jen za předpokladu, že použití nevrstvené	Lokalizace – zub. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00829, 00830 a 00838. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	910 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	výplně z fotokompozitu neodpovídá § 13 zákona.		
00837	Základní ošetření stálého zubu výplní z chemicky nebo duálně tuhnoucího materiálu u pojištěnců od 18 let – 3 a více plošek Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití chemicky nebo duálně tuhnoucího materiálu výplně s výjimkou amalgámu na 3 a více ploškách, včetně rekonstrukce růžku. Bez ohledu na počet výplní. Lze vykázat jen za předpokladu, že použití nevrstvené výplně z fotokompozitu neodpovídá § 13 zákona.	Lokalizace – zub. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00829, 00830 a 00838. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	1 010 Kč
00838	Ošetření stálého zubu nevrstvenou výplní z fotokompozitu u pojištěnců od 18 let Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití nevrstvené výplně z fotokompozitu. Bez ohledu na počet plošek a počet výplní. Lze vykázat jen za předpokladu, že použití nevrstvené výplně z fotokompozitu odpovídá § 13 zákona.	Lokalizace – zub. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00829, 00830, 00836 a 00837. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	900 Kč
00840	Primární endodontické ošetření dočasného zubu Primární endodontické ošetření dočasného zubu, který je klinicky pevný a na rentgenogramu dosahuje resorpce nejvýše do poloviny kořene. Zahrnuje všechny fáze definitivního primárního endodontického ošetření a případné zhotovení provizorní výplně. Počet návštěv nerozhoduje. Vykazuje se za každý zaplněný kořenový kanálek.	Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	575 Kč
00841	Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců do dne dosažení 18 let Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnce do dne dosažení 18 let v rozsahu celého chrupu kteroukoliv metodou. Zahrnuje všechny fáze definitivního primárního endodontického ošetření a případné zhotovení provizorní výplně. Počet návštěv nerozhoduje. Vykazuje se za každý zaplněný kořenový kanálek. 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.	2 000 Kč
00842	Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let Definitivní primární endodontické ošetření u pojištěnců od 18 let v rozsahu	Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub. Lokalizace – zub. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek.	částečná úhrada ve výši úhrady

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	stálých řezáků, špičáků a premolárů kteroukoliv metodou s výjimkou metody centrálního čepu. Počet návštěv nerozhoduje. Vykazuje se za každý zaplněný kořenový kanálek. I při ošetření zubu metodou apexifikace.	Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	kódu 00843
00843	Primární endodontické ošetření stálého zubu metodou centrálního čepu u pojištěnců od 18 let Primární endodontické ošetření u pojištěnců od 18 let v rozsahu stálých řezáků, špičáků a premolárů metodou centrálního čepu. Zahrnuje všechny fáze definitivního primárního endodontického ošetření a případné zhotovení provizorní výplně. Počet návštěv nerozhoduje. Vykazuje se za každý zaplněný kořenový kanálek. 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.	1 300 Kč
00844	Pulpotomie – dočasný zub Úplné, případně částečné odstranění zubní dřeně z dřeňové dutiny dočasného zubu v rozsahu celého chrupu bez ohledu na zvolený pracovní postup a použitý materiál. Zahrnuje všechny fáze ošetření a případné zhotovení provizorní výplně. Počet návštěv nerozhoduje.	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	500 Kč
00845	Pulpotomie – stálý zub u pojištěnců do dne dosažení 18 let Úplné nebo částečné odstranění zubní dřeně z dřeňové dutiny stálého zubu u pojištěnců do 18 let v rozsahu řezáků a špičáků bez ohledu na zvolený pracovní postup a použitý materiál. Zahrnuje všechny fáze ošetření a případné zhotovení provizorní výplně. Počet návštěv nerozhoduje.	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	1 001 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.	1 285 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
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 v kombinaci 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 subgingiválním ošetření (kód 00935) se vykazují zvlášť. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	424 Kč
00933	Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu Provedený chirurgický výkon v mukogingiválním oblasti (například gingivektomie s plastikou) navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu za každý zub. Součástí výkonu je případné odstranění stehů.	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
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. Součástí výkonu je případné odstranění stehů.	Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací nebo implantací. 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	Subgingiválním 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 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

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	Lze provést ručními nástroji, ultrazvukovými nebo laserovými přístroji nebo jejich kombinací.		
00936	Odebrání a zajištění přenosu transplantátu Chirurgický výkon vedoucí k získání slizničního nebo mezenchymálního štěpu. Součástí výkonu je případné odstranění stehů.	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 z kompozitního materiálu. Vykazuje se za každý zub.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	120 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 lékařů PA, PE a u poskytovatele poskytujícího lůžkovou zdravotní péči v oboru orální a maxilofaciální chirurgie též CH.	1 075 Kč
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.	453 Kč
00943	Měření galvanických proudů	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné	125 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	Měření galvanických proudů v dutině ústní při vyšetření slizničních změn a měření impedance.	účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE.	
00945	Cílené vyšetření registrovaného pojištěnce Vyšetření zaměřené na konkrétní potíže registrovaného pojištěnce, aktualizace anamnestických údajů, stanovení diagnostického závěru, návrh řešení. Nemusí navazovat ošetření.	Lze vykázat 1 / 1 případ. Kód nelze vykázat při návštěvě, která vyplývá nebo měla vyplývat ze stanoveného individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené ze zdravotního pojištění. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00803, 00823, 00900, 00901, 00905, 00919, 00931, 00932, 00940, 00941, 00946, 00962, 00964 a 00976. Odbornosti 014 podle seznamu výkonů.	335 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, 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 ze zdravotního pojištění. 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 ze zdravotního pojištění. 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	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 00946 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykázání kódu 00901. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	509 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	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).		
00948	Sutura lůžka 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. Součástí výkonu je případné odstranění stehů.	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Lze vykázat pouze v kombinaci s kódy 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
00949	Běžná extrakce dočasného zubu Extrakce dočasného zubu nebo kořene (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací a stavění krvácení kompresivní tamponádou. Součástí výkonu je úprava souvisejících měkkých a tvrdých tkání a sutura, pokud se nejedná o suturu lůžka vykazovanou kódem 00948. Součástí výkonu je případné odstranění stehů.	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, kořene stálého zubu nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny (bez následné chirurgické intervence), exkochleace granulací a stavění krvácení kompresivní tamponádou. Součástí výkonu je úprava souvisejících tvrdých a měkkých tkání a sutura, pokud se nejedná o suturu lůžka vykazovanou kódem 00948. Součástí výkonu je případné odstranění stehů.	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

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00951	Chirurgická extrakce zubu nebo hemiextrakce Extrakce kořene zakončeného v úrovni či pod okrajem alveolu, extrakce kořene nebo zubu s kořeny s extrémním zakřivením, s hypercementózou, se sbíhavostí nebo divergencí, extrakce zubu ankylotického nebo jiná extrakce v podobně nepříznivých anatomických poměrech kořenů a okolní alveolární kosti a) s odklopením mukoperiostálního laloku, b) se separací kořenů vícekořenového zubu a případným odklopením mukoperiostálního laloku, nebo c) atraumatická s intraalveolární separací kořene. Hemiextrakce. Součástí výkonu je úprava souvisejících tvrdých a měkkých tkání, sutura a případné odstranění stehů.	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Při vícečetné extrakci sousedících zubů s odklopením mukoperiostálního laloku se vykazuje pouze 1 kód 00951, zbylé extrakce jsou vykázány kódem 00950. Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací nebo implantací. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00851 a 00852 ve stejné lokalizaci. Nelze vykázat, jde-li o chirurgickou extrakci v místě současně provedené egalizace alveolárního výběžku; chirurgická extrakce se v takovém případě vykazuje kódem 00950. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	802 Kč
00851	Neextrakční chirurgické výkony na tvrdých tkáních dutiny ústní malého rozsahu Egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu do jednoho sextantu nebo chirurgická revize extrakční rány. Součástí výkonu je úprava souvisejících měkkých tkání, sutura a případné odstranění stehů.	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – zub v případě chirurgické revize extrakční rány, jinak bez lokalizace. Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací nebo implantací. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00961 při ošetření stejné extrakční rány. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00852 ve stejném kvadrantu. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	802 Kč
00952	Chirurgická extrakce zadrženého či zaklíněného zubu a další chirurgické výkony velkého rozsahu spojené s extrakcí zubu Chirurgická extrakce zubu nebo kořene zadrženého nebo zaklíněného nebo v blízkosti rizikových anatomických struktur nebo vyžadující snesení větší části kosti, exstirpace cysty nad 1 cm spojená s extrakcí zubu, primární uzávěr oroantrální komunikace. Vždy s odklopením mukoperiostálního laloku. Indikace výkonu vždy na základě rentgenového vyšetření.	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Při vícečetné chirurgické 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 nebo implantací. V případě uzávěru oroantrální komunikace u téhož poskytovatele bezprostředně po extrakci se celé ošetření včetně extrakce vykazuje kódem 00952.	3 000 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	Součástí výkonu je úprava souvisejících tvrdých a měkkých tkání, sutura a případné odstranění stehů.	Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00851 a 00852 ve stejné lokalizaci. Nelze vykázat, jde-li o chirurgickou extrakci v místě současně provedené egalizace alveolárního výběžku; extrakce se v takovém případě vykazuje kódem 00950. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	
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). Součástí výkonu je sutura a případné odstranění stehů.	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
00954	Neextrakční chirurgické výkony na tvrdých tkáních dutiny ústní velkého rozsahu se zachováním zubu Resekce kořenového hrotu s odstraněním okolní patologické tkáně včetně kořenové cysty, doplněná retrográdní výplní nebo peroperačním plněním kořenového kanálku (vykazuje se za každý ošetřený kořen). Ošetření zubní retence uzavřenou metodou s mobilizací zubu do směru žádané erupce a fixací ortodontického tahu. Součástí výkonu je úprava souvisejících měkkých tkání, sutura a případné odstranění stehů.	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – zub. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	3 000 Kč
00852	Neextrakční chirurgické výkony na tvrdých tkáních dutiny ústní velkého rozsahu bez vztahu k zubu Egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu větším než 1 sextant, exstirpace cysty nad 1 cm bez extrakce zubu, odstranění sekvestru, artrocentéza temporomandibulárního kloubu nebo antrotomie. Jiné podobné výkony. Součástí výkonu je úprava souvisejících měkkých tkání, sutura a případné odstranění stehů.	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – čelist. Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací nebo implantací. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00851 ve stejném kvadrantu. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	3 000 Kč
00955	Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí malého rozsahu Provedení menších chirurgických výkonů, například dekapsulace,	Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat, jde-li o gingivektomii nebo o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou	544 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	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. Součástí výkonu je případně sutura a odstranění stehů.	regenerací, augmentací nebo implantací. Odbornosti 014, 015, podle seznamu výkonů.	
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. Součástí výkonu je případně sutura a odstranění stehů.	Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat, jde-li o gingivektomii nebo o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací nebo implantací. 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.	566 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 nebo trepanace alveolu Léčba zánětu intraorální incizí s případnou dilatací, vypuštěním exsudátu a zavedením drénu. Trepanace alveolu k zajištění odtoku zánětlivého exsudátu v oblasti hrotu kořene zubu.	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – kvadrant. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	255 Kč
00960	Zevní incize Léčba kolemčelistního 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

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
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, 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 vykázat v kombinaci 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 (například indikace nákusné dlahy, provedení mezičelistní fixace, manuální repozice, indikace rehabilitace, cílené podání medikace).	Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat v kombinaci 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 ambulanci poskytovatele ambulantních hrazených služeb. Součástí výkonu je vystavení písemné zprávy.	Lze vykázat 1 / 1 den pouze v kombinaci s kódy 00851, 00852, 00951, 00952, 00953, 00954, 00955, 00956, 00957, 00958, 00960 a 00964. 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	1 227 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		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 / 1 zub / 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 autistického spektra nebo jinou pervazivní vývojovou poruchou F84 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo jinou psychiatrickou diagnózou nebo psychomotorickou retardací (dětská mozková obrna).	Lze vykázat 1 / 1 den. Nelze vykázat v kombinaci 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 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,	678 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		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	Aplikace prefabrikované korunky na dočasný zub 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. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	1 650 Kč
00978	Sedace nezletilého pojištěnce midazolamem při ambulantním stomatologickém ošetření	Lze vykázat 2 / 365 dní. V případě pojištěnce s diagnózami vývojových poškození tvrdých	1 421 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	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.	zubních tkání K00.3, K00.4 a K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí lze vykázat 4 / 365 dní. Lze vykázat pouze v kombinaci s kódy 00831, 00832, 00833, 00834, 00851, 00852, 00949, 00950, 00951, 00952, 00953, 00954, 00955, 00957, 00959, 00960, 00962 a 00977; pokud výkon, který měl po podání midazolamu navazovat, nebylo možno ze zdravotních důvodů na straně pojištěnce poskytnout, lze kód 00978 vykázat i samostatně. 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.	
00979	<u>Sedace nezletilého pojištěnce oxidem dusným při ambulantním stomatologickém ošetření</u> 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 kombinaci s kódy 00831, 00832, 00833, 00834, 00851, 00852, 00949, 00950, 00951, 00952, 00953, 00954, 00955, 00957, 00959, 00960, 00962 a 00977; pokud výkon, který měl po podání farmakologicky připravené směsi oxidu dusného a kyslíku navazovat, nebylo možno ze zdravotních důvodů na straně pojištěnce poskytnout, lze kód 00979 vykázat i samostatně. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00978.	1 160 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		Lze vykázat v indikovaných případech, jde-li o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu PZL. 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.	1 067 Kč
00982	Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem nebo foliovým ortodontickým systémem (alignery) na 1 zubní oblouk II Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem nebo foliovým ortodontickým systémem (alignery) – na jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu a attachmentů včetně přípravy zubů.	Lze vykázat 1 / 1 čelist. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00800 a 00802. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let. 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 jen tehdy, jde-li o zahájení léčby ortodontických anomálií foliovým ortodontickým systémem (alignery), a to bez ohledu na věk pojištěnce. Materiál fixního ortodontického aparátu ani foliový ortodontický systém nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Lokalizace – čelist. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	2 008 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00983	Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu nebo foliového ortodontického systému (alignery) 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, jakož i na všechny kontroly foliového ortodontického systému (alignerů) 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. Lze vykázat pouze po vykázání kódu 00800, 00802, 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). Foliový ortodontický systém není hrazen ze zdravotního pojištění. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	1 362 Kč
00984	Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu nebo foliového ortodontického systému (alignerů) 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	494 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		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). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	
00985	Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu nebo foliového ortodontického systému (alignerů) 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). Ukončení léčby s použitím foliového ortodontického systému (alignerů).	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 maximálně 2 / 1 čelist, v návaznosti na kód 00982 maximálně 1 / 1 čelist a v návaznosti na kód 00802, a to maximálně 1 / 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 nebo foliovým ortodontickým systémem (alignery) podle individuálního léčebného postupu. Součástí může být i použití pevných,	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.	509 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	nebo snímacích dlah, retainerů nebo jiných retenčních aparátů.	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.	
00987	Stanovení fáze růstu Určení růstové fáze pojištěnce – skeletální věk, zhodnocením rentgenového snímku ruky nebo krčních obratlů.	Lze vykázat 2 / 1 pojištěnce. 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.	177 Kč
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	562 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		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.	
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	355 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		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.	
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,	540 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		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.	
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 kódy 00801, 00802, 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). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	10 505 Kč
00801	Pokračování léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok. Lze vykázat při první kontrole léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu	1 827 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	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.	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 (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 kódy 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
00803	Následná ambulantní ortodontická péče na klinickém pracovišti Následná ambulantní ortodontická péče na klinickém pracovišti v souvislosti s ortognátní operací. Kontrola pooperační stability, artikulace a postupu léčby.	Lze vykázat 5 / 1 pojištěnec. Lze vykázat pouze u pojištěnců po provedené ortognátní operaci. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00983. 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. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	300 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	840 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		doložení technického vybavení pro pacienty s extrémní obezitou Odbornost 014 podle seznamu výkonů	
00822	Aplikace prefabrikované korunky na stálý zub u pacientů do dne dosažení 18 let Aplikace prefabrikované ocelové plášťové korunky na stálý molár nebo prefabrikované plastové stripové korunky na stálý řezák, špičák nebo premolár u pacientů do dne dosažení 18 let. 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 a) u hypomineralizačních nebo hypoplastických postižení na třech a více ploškách na stálém moláru nebo stálém řezáku s diagnózou molárová a incizální hypomineralizace skloviny, b) v rozsahu celého stálého chrupu s diagnózou amelogenesis imperfecta K00.4 i K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí a dentinogenesis imperfecta K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	1 690 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 zubů, zhodnocení výsledku klinického a případného rentgenologického vyšetření a sepsání krátké písemné zprávy obsahující závěr vyšetření. Nemusí navazovat ošetření.	Lze vykázat 1 / 1 den. Kód lze vykázat u registrovaného pojištěnce. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00900, 00901, 00903, 00905, 00909 a 00946. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	335 Kč
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 v kombinaci s kódy 00906 a 00976 a u hendikepovaného pojištěnce ani s kódy 00825, 00826 a 00907. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	375 Kč
00825	Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let II	Lze vykázat 1 / 1 den.	300 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce.	Lze vykázat pouze v souvislosti s ošetřením hrazeným ze zdravotního pojištění. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00907 a 00976. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	
00826	Stomatologické ošetření pojištěnce od 15 let do dne dosažení 18 let Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce.	Lze vykázat 1 / 1 den. Lze vykázat pouze v souvislosti s ošetřením hrazeným ze zdravotního pojištění. Nelze vykázat v kombinaci 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
00818	Bonifikační kód příležitostné návštěvní služby Vykazuje se při akutním vyšetření nebo ošetření poskytnutém v rámci návštěvní služby pojištěnci, který se s ohledem na svůj zdravotní stav nemůže dostavit do zdravotnického zařízení poskytovatele. Součástí výkonu je i přeprava zubního lékaře v rámci návštěvní služby.	Lze vykázat 1 / 1 den. Lze vykázat pouze v kombinaci s kódy 00827, 00908, 00910, 00916, 00917, 00945, 00948, 00949, 00950, 00955, 00957, 00959, 00961, 00962, 00970 a 00971. Nelze vykázat v kombinaci s jiným kódem, než který je uveden v předchozí větě, s výjimkou kódů 00824, 00825, 00826, 00906, 00907 a 00976. Odbornost 014, 015 podle seznamu výkonů.	500 Kč

Vysvětlení zkratek:

PZL praktický zubní lékař
PA parodontolog
CH stomatochirurg
PE pedostomatolog

C) Výše úhrad za stomatologické výrobky

1. Výše úhrad protetických výrobků u pojištěnců do 18 let				
Položka přílohy č. 4 zákona	**Kód**	**Název výrobku**	**Symbol úhrady**	**Výše úhrady**
1.1.	7010101	SKUSOVÁ ŠABLONA	I	481 Kč

2.1.	7020101	INLEJ KOŘENOVÁ	I	1 202 Kč
3.1.	7030101	KORUNKA PLÁŠŤOVÁ CELOKOVOVÁ SAMOSTANÁ	I	2 300 Kč
3.2.	7030201	KORUNKA PLÁŠŤOVÁ CELOKOVOVÁ PILÍŘOVÁ	I	2 300 Kč
3.3.	7030301	KORUNKA ESTETICKÁ PLÁŠŤOVÁ Z KOMPOZITNÍHO PLASTU NA ZUBU SE SCHŮDKOVOU PREPARACÍ	I	2 600 Kč
3.4.	7030401	KORUNKA ESTETICKÁ PLÁŠŤOVÁ FAZETOVANÁ KOMPOZITNÍM PLASTEM	I	2 900 Kč
3.5.	7030501	KORUNKA ESTETICKÁ PLÁŠŤOVÁ Z KERAMIKY	Z	4 900 Kč
3.7.	7030701	PROVIZORNÍ KORUNKA	I	602 Kč
4.1.	7040101	ČLEN MŮSTKU CELOKOVOVÝ	C	200 Kč
4.2.	7040201	ČLEN MŮSTKU ESTETICKÝ FAZETOVANÝ KOMPOZITNÍM PLASTEM	I	1 803 Kč
4.4.	7040401	ČLEN MŮSTKU PROVIZORNÍ	I	500 Kč
5.1.	7050101	ADHEZIVNÍ MŮSTEK	C	1 803 Kč
5.2.	7050201	INLEJ, ONLEJ, OVERLEJ	C	2 300 Kč
6.1.	7060101	ČÁSTEČNÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA ZÁKLADNÍ HORNÍ	I	8 283 Kč
6.1.	7060102	ČÁSTEČNÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA ZÁKLADNÍ DOLNÍ	I	8 283 Kč
6.2.	7060201	ČÁSTEČNÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA OSTATNÍ HORNÍ	Z	11 500 Kč
6.2.	7060202	ČÁSTEČNÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA OSTATNÍ DOLNÍ	Z	11 500 Kč
6.3.	7060301	ČÁSTEČNÁ DĚTSKÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA HORNÍ	I	3 003 Kč
6.3.	7060302	ČÁSTEČNÁ DĚTSKÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA DOLNÍ	I	3 003 Kč
7.1.	7070101	CELKOVÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA ZÁKLADNÍ HORNÍ	I	8 283 Kč
7.1.	7070102	CELKOVÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA ZÁKLADNÍ DOLNÍ	I	8 283 Kč
8.1.	7080101	KRYCÍ DESKA	I	2 000 Kč
8.2.	7080201	POOPERAČNÍ NÁHRADA	I	15 000 Kč
8.3.	7080301	OBTURÁTOR	I	20 000 Kč
8.4.	7080401	NÁKUSNÁ DLAHA – POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÁ	I	2 500 Kč
8.4.	7080402	NÁKUSNÁ DLAHA – PŘI ONEMOCNĚNÍ TMK	C	1 375 Kč

9.1.	7090101	DENTÁLNÍ SLITINY ZLATA	Z	–
10.1.	7100101	OPRAVA PRASKLÉ NEBO ZLOMENÉ SNÍMATELNÉ NÁHRADY; 1x / 6 MĚSÍCŮ	C	249 Kč
10.2.	7100201	OPRAVA VYPADLÉHO ZUBU Z NÁHRADY; 1x / 6 MĚSÍCŮ	C	166 Kč
10.3.	7100301	OPRAVA RETENČNÍCH PRVKŮ NÁHRADY; 1x / 6 MĚSÍCŮ	C	415 Kč
10.4.	7100401	ÚPRAVA – ROZŠÍŘENÍ BAZE NÁHRADY VČETNĚ RETENČNÍCH PRVKŮ	C	580 Kč
10.5.	7100501	REBAZE ČÁSTEČNÉ NÁHRADY; NE DŘÍVE NEŽ 2 ROKY OD ZHOTOVENÍ NÁHRADY	C	829 Kč
10.5.	7100502	REBAZE CELKOVÉ NÁHRADY; NE DŘÍVE NEŽ 2 ROKY OD ZHOTOVENÍ NÁHRADY	C	829 Kč

2. Výše úhrad protetických výrobků u pojištěnců od 18 let

Položka přílohy č. 4 zákona	Kód	Název výrobku	Symbol úhrady	Výše úhrady
1.1.	8010101	SKUSOVÁ ŠABLONA	I	481 Kč
2.1.	8020101	INLEJ KOŘENOVÁ	C	301 Kč
3.1.	8030101	KORUNKA PLÁŠŤOVÁ CELOKOVOVÁ SAMOSTANÁ	I	2 300 Kč
3.2.	8030201	KORUNKA PLÁŠŤOVÁ CELOKOVOVÁ PILÍŘOVÁ	C	1 265 Kč
3.3.	8030301	KORUNKA ESTETICKÁ PLÁŠŤOVÁ Z KOMPOZITNÍHO PLASTU NA ZUBU SE SCHŮDKOVOU PREPARACÍ	C	2 300 Kč
3.4.	8030401	KORUNKA ESTETICKÁ PLÁŠŤOVÁ FAZETOVANÁ KOMPOZITNÍM PLASTEM	C	290 Kč
3.5.	8030501	KORUNKA ESTETICKÁ PLÁŠŤOVÁ Z KERAMIKY	C	290 Kč
3.6.	8030601	KORUNKA ESTETICKÁ OSTATNÍ	C	290 Kč
3.7.	8030701	PROVIZORNÍ KORUNKA	C	205 Kč
4.1.	8040101	ČLEN MŮSTKU CELOKOVOVÝ	C	181 Kč
4.2.	8040201	ČLEN MŮSTKU ESTETICKÝ FAZETOVANÝ KOMPOZITNÍM PLASTEM	C	181 Kč
4.3.	8040301	ČLEN MŮSTKU ESTETICKÝ OSTATNÍ	C	181 Kč
4.4.	8040401	ČLEN MŮSTKU PROVIZORNÍ	C	100 Kč
5.1.	8050101	ADHEZIVNÍ MŮSTEK	C	181 Kč
5.2.	8050201	INLEJ, ONLEJ, OVERLEJ	C	290 Kč
6.1.	8060101	ČÁSTEČNÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA ZÁKLADNÍ HORNÍ	I	8 283 Kč

6.1.	8060102	ČÁSTEČNÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA ZÁKLADNÍ DOLNÍ	I	8 283 Kč
6.2.	8060201	ČÁSTEČNÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA OSTATNÍ HORNÍ	C	2 500 Kč
6.2.	8060202	ČÁSTEČNÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA OSTATNÍ DOLNÍ	C	2 500 Kč
7.1.	8070101	CELKOVÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA ZÁKLADNÍ HORNÍ	I	8 283 Kč
7.1.	8070102	CELKOVÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA ZÁKLADNÍ DOLNÍ	I	8 283 Kč
7.2.	8070201	CELKOVÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA OSTATNÍ HORNÍ	C	4 556 Kč
7.2.	8070202	CELKOVÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA OSTATNÍ DOLNÍ	C	4 556 Kč
8.1.	8080101	KRYCÍ DESKA	I	2 000 Kč
8.2.	8080201	POOPERAČNÍ NÁHRADA	I	15 000 Kč
8.3.	8080301	OBTURÁTOR	I	20 000 Kč
8.4.	8080401	NÁKUSNÁ DLAHA – POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÁ	I	2 500 Kč
8.4.	8080402	NÁKUSNÁ DLAHA – PŘI ONEMOCNĚNÍ TMK	C	1 375 Kč
9.1.	8090101	DENTÁLNÍ SLITINY ZLATA	Z	–
10.1.	8100101	OPRAVA PRASKLÉ NEBO ZLOMENÉ SNÍMATELNÉ NÁHRADY; NE DŘÍVE NEŽ 2 ROKY OD ZHOTOVENÍ NÁHRADY	C	249 Kč
10.2.	8100201	OPRAVA VYPADLÉHO ZUBU Z NÁHRADY; NE DŘÍVE NEŽ 2 ROKY OD ZHOTOVENÍ NÁHRADY	C	166 Kč
10.3.	8100301	OPRAVA RETENČNÍCH PRVKŮ NÁHRADY; NE DŘÍVE NEŽ 1 ROK OD ZHOTOVENÍ NÁHRADY	C	415 Kč
10.4.	8100401	ÚPRAVA – ROZŠÍŘENÍ BAZE NÁHRADY VČETNĚ RETENČNÍCH PRVKŮ; 3x / 1 NÁHRADA; NE DŘÍVE NEŽ 1 ROK OD ZHOTOVENÍ NÁHRADY	C	580 Kč
10.5.	8100501	REBAZE ČÁSTEČNÉ NÁHRADY; NE DŘÍVE NEŽ 2 ROKY OD ZHOTOVENÍ NÁHRADY	C	829 Kč
10.5.	8100502	REBAZE CELKOVÉ NÁHRADY; NE DŘÍVE NEŽ 2 ROKY OD ZHOTOVENÍ NÁHRADY	C	829 Kč

3. Výše úhrad ortodontických výrobků				
Položka přílohy č. 4 zákona	**Kód**	**Název výrobku**	**Symbol úhrady**	**Výše úhrady**

11.1.a	9110101	ORTODONTICKÝ DIAGNOSTICKÝ A DOKUMENTAČNÍ MODEL kat. a; 2 PÁRY / 1 ROK; 6 PÁRŮ ZA ŽIVOT	I	505 Kč
11.1.b,c	9110102	ORTODONTICKÝ DIAGNOSTICKÝ A DOKUMENTAČNÍ MODEL kat. b, c; 2 PÁRY / 1 ROK; 6 PÁRŮ ZA ŽIVOT	I	505 Kč
11.3.a	9110301	FUNKČNÍ SNÍMATELNÝ APARÁT kat. a	I	4 806 Kč
11.3.b	9110302	FUNKČNÍ SNÍMATELNÝ APARÁT kat. b	C	3 124 Kč
11.3.c	9110303	FUNKČNÍ SNÍMATELNÝ APARÁT kat. c	C	2 163 Kč
11.4.a	9110401	PASIVNÍ DESKOVÝ NEBO FOLIOVÝ SNÍMATELNÝ APARÁT kat. a	I	2 042 Kč
11.4.b	9110402	PASIVNÍ DESKOVÝ NEBO FOLIOVÝ SNÍMATELNÝ APARÁT kat. b	C	1 327 Kč
11.4.c	9110403	PASIVNÍ DESKOVÝ NEBO FOLIOVÝ SNÍMATELNÝ APARÁT kat. c	C	919 Kč
11.5.a	9110501	AKTIVNÍ DESKOVÝ SNÍMATELNÝ APARÁT kat. a	I	3 124 Kč
11.5.b	9110502	AKTIVNÍ DESKOVÝ SNÍMATELNÝ APARÁT kat. b	C	2 031 Kč
11.5.c	9110503	AKTIVNÍ DESKOVÝ SNÍMATELNÝ APARÁT kat. c	C	1 406 Kč
11.7.a	9110701	PEVNÝ APARÁT K ROZŠÍŘENÍ PATROVÉHO ŠVU kat. a	I	6 000 Kč
11.7.b	9110702	PEVNÝ APARÁT K ROZŠÍŘENÍ PATROVÉHO ŠVU kat. b; 2 KS / 10 LET	C	3 000 Kč
11.7.c	9110703	PEVNÝ APARÁT K ROZŠÍŘENÍ PATROVÉHO ŠVU kat. c; 2 KS / 10 LET	C	2 100 Kč
11.8.a	9110801	LABORATORNĚ ZHOTOVENÝ INTRAORÁLNÍOBLOUK kat. a	I	1 778 Kč
11.8.b	9110802	LABORATORNĚ ZHOTOVENÝ INTRAORÁLNÍOBLOUK kat. b; 2 KS / 5 LET	C	1 156 Kč
11.8.c	9110803	LABORATORNĚ ZHOTOVENÝ INTRAORÁLNÍOBLOUK kat. c; 2 KS / 5 LET	C	800 Kč
11.9.a	9110901	OPRAVA POŠKOZENÉHO SNÍMATELNÉHO APARÁTU (LOM A POD.) kat. a; 1 KS / 1 ROK, NE DŘÍVE NEŽ 6 MĚSÍCŮ OD ZHOTOVENÍ	C	1 202 Kč
11.9.b,c	9110902	OPRAVA POŠKOZENÉHO SNÍMATELNÉHO APARÁTU (LOM A POD.) kat. b, c; 1 KS / 1 ROK, NE DŘÍVE NEŽ 6 MĚSÍCŮ OD ZHOTOVENÍ	C	1 202 Kč
11.10.a	9111001	PLÁNOVANÁ ÚPRAVA – MODIFIKACE SNÍMATELNÉHO APARÁTU V LABORATOŘI kat. a	I	1 923 Kč

11.10.b	9111002	PLÁNOVANÁ ÚPRAVA – MODIFIKACE SNÍMATELNÉHO APARÁTU V LABORATOŘI kat. b	C	1 250 Kč
11.10.c	9111003	PLÁNOVANÁ ÚPRAVA – MODIFIKACE SNÍMATELNÉHO APARÁTU V LABORATOŘI kat. c	C	865 Kč
11.11.a	9111101	SKELETÁLNĚ KOTVENÝ ORTODONTICKÝ APARÁT kat. a	I	5 500 Kč
11.11.b	9111102	SKELETÁLNĚ KOTVENÝ ORTODONTICKÝ APARÁT kat. b	C	3 575 Kč
11.11.c	9111103	SKELETÁLNĚ KOTVENÝ ORTODONTICKÝ APARÁT kat. c	C	2 475 Kč
11.12.a	9111201	OPERAČNÍ DLAHA PO ORTOGNÁTNÍ OPERACI kat. a	I	3 000 Kč
11.12.b	9111202	OPERAČNÍ DLAHA PO ORTOGNÁTNÍ OPERACI kat. b	C	1 950 Kč
11.12.c	9111203	OPERAČNÍ DLAHA PO ORTOGNÁTNÍ OPERACI kat. c	C	1 350 Kč

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:

0142642
0143182
0143184
0143211
0143222
0143223
a jim vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

Adsorpční kolony pro opakované použití, zejména:

0169494
0194428
a jim vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

Systém pro vnitřně-zevní punkci, zejména:

0153314
a vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

Implantát – umělá náhrada pro obnovu chrupavky, zejména:

0194910
a vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

Systém pro moderní léčbu plicní embolie a hluboké žilní trombózy, u poskytovatelů se statusem centra vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro dospělé, vykázaný u pojištěnců s diagnózou I80.1, I80.2 a I26 podle mezinárodní klasifikace nemocí:

0144433
0200636
0200637
0200787
0200885
a vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

Materiály pro kryoablace, u poskytovatelů se statusem centra vysoce specializované komplexní onkologické péče:

0144026
0144027
0144028
0144498
a vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

Individualizovaná protéza kořene aorty:

0142388
a vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

Materiál pro ireverzibilní elektroporaci (nanoknife), u poskytovatelů se statusem centra vysoce specializované komplexní onkologické péče:

0143120
a vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

Stentgrafty aortální hrudní:

0048779
0151983
0153669
0201593
a vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

Transplantační perfuze orgánů:

0144547
0194778 v případě, že orgán byl následně využit společně s výkonem č. 55240 nebo 55241 podle seznamu výkonů nebo s DRG markerem č. 07269
0200794
0201003

Katétr pro renální denervaci:

0201233
a vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

1.4 Léčivé přípravky obsahující tyto léčivé látky:

J01DI54
J01DD52
J01DI04
J01DH56
J01DF51
J02AA01
Podmínkou je laboratorní průkaz původce s omezenými možnostmi léčby a souhlas antibiotického střediska.

Výše úhrad podle § 20

1. Úhrada za hrazené služby jednodenní péče se stanoví následovně:

$$Úhrada_{JP,2027} = \left(\sum_{i=1}^{n} Úhrada_{JP,i} * Počet_výkonů_{JP,i}\right) - EM_{JP}$$

kde:

$Úhrada_{JP,2027}$ 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 doplňkovým kódem U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí. 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 veškeré poskytnuté výkony podle seznamu výkonů a veškerý spotřebovaný zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky; 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. V případě, že zdravotní pojišťovna vykazování podle tohoto bodu poskytovateli neumožnila, 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:

Autorská odbornost	Kód výkonu	CZ-DRG skupina	Kritický výkon podle seznamu výkonů nebo DRG marker podle Klasifikace	Název výkonu nebo CZ-DRG skupiny	Výše jednodenní úhrady
107	10818	05-I14-03	17629	Implantace dvoukomorového nebo subkutánního kardioverteru – defibrilátoru	327 226 Kč
107	10455	05-I14-04	17620; 91750; 91751	Implantace dvoudutinového nebo jednodutinového kardioverteru – defibrilátoru u pacientů s CC=0-3	281 418 Kč
107	10451	05-I14-04	17621	Reimplantace kardioverteru - defibrilátoru	281 418 Kč
107	10820	05-I25-02	17625	Implantace dvoukomorového kardiostimulátoru	154 480 Kč
107	10821	05-I25-03	55213	Implantace dvoudutinového kardiostimulátoru	79 249 Kč
107	10456	05-I25-04	55211	Implantace jednodutinového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3	60 968 Kč
107	10450	05-I25-04	55219	Reimplantace kardiostimulátoru bez zákroku na žíle	60 968 Kč
107	10457	05-M05-02	17312	Katetrizační ablace komplexních forem arytmií	212 172 Kč
107	10458	05-M05-03	17308	Katetrizační ablace jednoduchých forem arytmií	118 192 Kč
107	10461	05-M05-04	17610	Katetrizační ablace atrioventrikulární junkce	74 929 Kč
107	10462	05-M06-03	17115; 17314; 17316; 89437	Komplexní angioplastika 2 a více věnčitých tepen za použití zobrazovacích nebo rotačních technik	168 257 Kč
107	10463	05-M06-04	17115; 17314; 17316; 89435	Komplexní angioplastika 1 věnčité tepny za použití zobrazovacích nebo rotačních technik	120 030 Kč
107	10452	05-M06-08	17117	Implantace jednoho koronárního stentu	75 158 Kč
107	10453	05-M06-07	17117	Implantace dvou koronárních stentů	109 628 Kč
107	10454	05-M09-00	55217	Repozice nebo výměna permanentní endokardiální elektrody	46 290 Kč

Autorská odbornost	Kód výkonu	CZ-DRG skupina	Kritický výkon podle seznamu výkonů nebo DRG marker podle Klasifikace	Název výkonu nebo CZ-DRG skupiny	Výše jednodenní úhrady
501	10133	05-I30-01	54930	Vysoká ligatura venae saphenae magnae + stripping subfasciální ligatury vv. perforantes - jedna noha	37 782 Kč
501	10418	05-I30-01	54930	Vysoká ligatura venae saphenae magnae + stripping subfasciální ligatury vv. perforantes - obě nohy	59 500 Kč
501	10827	05-I30-02	07496	Operace povrchových končetinových žil termickými metodami	26 134 Kč
501	10806	06-I15-00	90823; 90853	Antirefluxní plastika; fundoplikace laparoskopicky	89 864 Kč
501	10408	06-I16-02	90838	Výkon laparoskopický a torakoskopický - hernioplastika oboustranná primární	67 477 Kč
501	10407	06-I16-03	90796; 90824	Výkon laparoskopický a torakoskopický - hernioplastika jednostranná primární nebo hernioplastika recidivující kýly	51 568 Kč
501	10826	06-I16-04	51511	Otevřený chirurgický výkon pro tříselnou nebo stehenní kýlu u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-2	36 771 Kč
501	10412	06-I16-05	52313	Otevřený chirurgický výkon pro tříselnou nebo stehenní kýlu u dětí do 16 let věku s CC=0-2	29 596 Kč
501	10115	06-I17-02	51517	Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu s použitím implantátu nebo korekce rozestupu přímých svalů břišních u pacientů s CC=0-2	51 293 Kč
501	10807	06-I17-03	51519	Výkon pro recidivující břišní nebo pupeční kýlu u pacientů s CC=0-2	48 605 Kč
501	10114	06-I17-04	51515	Operace kýly umbilikální nebo epigastrická – dospělí včetně resekce omenta	27 247 Kč
501	10405	06-I18-05	90795	Výkon laparoskopický a torakoskopický - appendektomie při chronické apendicitidě	43 706 Kč
501	10123	06-I20-02	51713	Diagnostická videolaparoskopie a videotorakoskopie	52 112 Kč
501	10109	06-I21-02	51411	Operace konečníku transanální endoskopickou mikrochirurgickou metodou	24 977 Kč

Autorská odbornost	Kód výkonu	CZ-DRG skupina	Kritický výkon podle seznamu výkonů nebo DRG marker podle Klasifikace	Název výkonu nebo CZ-DRG skupiny	Výše jednodenní úhrady
501	10124	06-I21-02	51813	Operace rozsáhlého pilonidálního sinu, dermoidní cysty excize rozsáhlých perianálních či gluteálních zánětlivých lézí (hidrosadenitis, aktinomykosis, tbc)	29 048 Kč
501	10815	06-I21-02	51419	Místní excize léze rekta transsfinkterická, transvaginální, transperineální, sakrální, transpubická vyjma transanálního přístupu nebo perineální korekce prolapsu anu a rekta	23 448 Kč
501	10112	06-I22-01	51433	Operace hemoroidů dle Longa	33 286 Kč
501	10111	06-I22-02	51425	Hemoroidektomie	23 074 Kč
501	10406	07-I10-06	90818	Výkon laparoskopický a torakoskopický – cholecystektomie prostá	52 854 Kč
501	10466	09-I06-04	51285, 51289	Resekce jednoho prsu pro zhoubný novotvar včetně odstranění mízních uzlin	61 148 Kč
501	10467	09-I09-02	51283, 51287	Resekce jednoho prsu pro zhoubný novotvar bez odstranění mízních uzlin	47 842 Kč
501	10103	09-I09-05	51283	Parciální mastektomie bez disekce spádových mízních uzlin	26 978 Kč
501	10800	13-I17-00	90817; 90783; 90836	Adheziolýza I. stupně laparoskopicky; adheziolýza II. stupně laparoskopicky nebo torakoskopicky; laparoskopicky nebo torakoskopicky lýza adhezí přes 10cm2	49 535 Kč
601	10175	09-I08-02	61443	Rekonstrukce prsu syntetickou vložkou; lze vykázat pouze v centru vysoce specializované péče typu OnkoDosp podle přílohy č. 10	49 758 Kč
601	10176	09-I09-05	61447	Exstirpace žlázy z periareolárních řezu u gynekomastie	26 978 Kč
603	10402	11-I14-02	76601	Minimálně invazivní uretropexe k léčbě stressové inkontinence	40 180 Kč
603	10193	13-I13-03	63527	Plastika poševní přední nebo zadní s plastikou dna pánevního	46 974 Kč

Autorská odbornost	Kód výkonu	CZ-DRG skupina	Kritický výkon podle seznamu výkonů nebo DRG marker podle Klasifikace	Název výkonu nebo CZ-DRG skupiny	Výše jednodenní úhrady
603	10424	13-I14-02	63589	Salpingektomie nebo adnexetomie a nebo resekce ovaria, ovarektomie, enukleace ovariální cysty, paroviální cystektomie – jedno i oboustranně	67 622 Kč
603	10802	13-I14-03	90804; 90805; 90807; 90808; 90809	Resekční výkon na děložních adnexech pro onemocnění mimo zhoubný novotvar laparoskopickým přístupem – Enukleace jednoduché cysty; resekce cysty ovaria; ovarektomie; adnexetomie; salpingektomie	53 872 Kč
603	10411	13-I16-00	63567	Enukleace myomů děložních abdominálně nebo vaginálně	63 912 Kč
603	10803	13-I17-00	90817; 90836; 90783	Adheziolýza I. stupně laparoskopicky; adheziolýza II. stupně laparoskopicky nebo torakoskopicky; laparoskopicky nebo torakoskopicky lýza adhezí přes 10cm2	49 535 Kč
603	10121	23-I09-02	90791	Výkon laparoskopický a torakoskopický – sterilizace	40 520 Kč
606	10219	08-I24-02	66419	Artroplastika zápěstí a ruky	42 672 Kč
606	10231	08-I24-02	66453	Exstirpace hlavičky radia, nebo radiální styloidektomie, nebo exstirpace distální části ulny	37 350 Kč
606	10237	08-I24-02	66513	Resekce klíčku nebo akromia	43 225 Kč
606	10238	08-I24-02	66515	Akromioklavikulární / sternoklavikulární rekonstrukce	50 110 Kč
606	10311	08-I24-02	67229	Rekonstrukce rotátorové manžety	40 502 Kč
606	10813	08-I25-02	66950	Osteotomie prvního paprsku nohy	38 911 Kč
606	10814	08-I25-02	66952	Rekonstrukce 2. až 5. paprsku nohy	30 455 Kč
606	10241	08-I26-01	66641	Pozdní rekonstrukce extenzorového aparátu kolena	39 912 Kč
606	10243	08-I26-01	66647	Operační výkony při chondropatiích kolena	68 045 Kč
606	10159	08-I26-03	61255	Rozšířená aponeurektomie u formy dupuytrenovy kontraktury s kontrakturou prstu	30 357 Kč
606	10286	08-I26-03	66849	Operace epikondylitidy	21 841 Kč

Autorská odbornost	Kód výkonu	CZ-DRG skupina	Kritický výkon podle seznamu výkonů nebo DRG marker podle Klasifikace	Název výkonu nebo CZ-DRG skupiny	Výše jednodenní úhrady
606	10310	08-I26-03	67227	Uvolnění svalu / šlachy	33 240 Kč
606	10283	08-I31-04	66841	Exstirpace nádoru měkkých tkání – hluboko uložených	26 817 Kč
606	10447	08-M03-03	66041	Rekonstrukční artroskopie ramene	40 153 Kč
606	10446	08-M03-04	66041	Rekonstrukční artroskopie mimo ramene	48 663 Kč
606	10214	08-M03-05	66039	Složitá operační artroskopie	25 546 Kč
606	10213	08-M03-06	66037	Jednoduchá artroskopie	24 416 Kč
701	10354	03-I08-03	71747	Částečná exstirpace krčních uzlin	42 367 Kč
701	10353	03-I12-03	71769	Exstirpace submandibulární nebo sublinguální žlázy	46 294 Kč
701	10363	03-I12-04	71777	Příušní žláza – excize malého tumoru, event. biopsie	38 435 Kč
701	10350	03-I13-00	71725	Vytvoření fonační píštěle včetně ezofagoskopie	26 553 Kč
701	10321	03-I14-02	71551	Diagnostická tympanotomie	25 458 Kč
701	10322	03-I14-02	71579	Endonasální tuboplastika – oboustranný výkon	25 458 Kč
701	10439	03-I14-02	71545	Myringoplastika	42 788 Kč
701	10436	03-I17-00	71649	Resekce spiny nebo kristy nosní přepážky	13 582 Kč
701	10323	03-I17-00	71651	Septoplastika	39 586 Kč
701	10169	03-I17-00	61421	Operace tvrdého a měkkého nosu pro funkční poruchu	51 349 Kč
701	10338	03-I18-03	71671	Maxilární intranazální antrostomie – výkon na jedné straně	20 721 Kč
701	10335	03-I18-03	71753; 71755	Maxilární intranazální antrostomie včetně uzávěru oroantrální nebo antroalveolární komunikace	23 023 Kč

Autorská odbornost	Kód výkonu	CZ-DRG skupina	Kritický výkon podle seznamu výkonů nebo DRG marker podle Klasifikace	Název výkonu nebo CZ-DRG skupiny	Výše jednodenní úhrady
701	10324	03-I18-03	71671; 71677	FESS – endoskopický zákrok ve VDN mimo novotvar – kombinovaný, nebo oboustranný výkon (oboustranná antrostomie včetně jednostranné, případně oboustranné endonazální etmoidektomie)	51 339 Kč
701	10345	03-I20-02	71515	Operační odstranění cizího tělesa ze zvukovodu	12 397 Kč
701	10314	03-I20-02	71521	Resekce boltce s posunem kožního laloku místně	19 370 Kč
701	10343	03-I18-03	71671	Maxilární intranazální antrostomie – oboustranný výkon	39 820 Kč
701	10315	03-I20-02	71527	Excize jednoduché exostózy ve zvukovodu	42 547 Kč
701	10470	03-I20-03	61409	Modelace a přitažení odstálého boltce u dítěte do 10 let v celkové anestezii – jedna strana	10 966 Kč
701	10420	03-I20-03	61409	Modelace a přitažení odstálého boltce u dítěte do 10 let v celkové anestezii – obě strany	16 870 Kč
701	10441	03-I21-00	71765	Adenotomie endoskopická	25 727 Kč
701	10435	03-I22-02	71311	Laryngoskopie přímá (rigidním laryngoskopem) včetně odběru bioptického materiálu	13 568 Kč
701	10351	03-I22-02	71727	Endoskopická dilatace stenóz laryngu	26 553 Kč
701	10440	03-I22-02	71729	Přímá laryngoskopie s odstraněním léze	28 267 Kč
701	10471	03-I23-02	71635	Mukotomie nebo konchektomie v celkové anestézii	14 860 Kč
701	10472	03-I23-02	71623; 71821	Ošetření epistaxe u dětí do 12-ti let laserem v celkové anestezii	14 860 Kč
701	10332	03-I23-02	71639	Endoskopická operace v nosní dutině	17 236 Kč
701	10329	03-I23-02	71619	Exstirpace antrochoanálního polypu	20 721 Kč
701	10334	03-I17-00	71643	Korekce perforace nosního septa	49 438 Kč
706	10830	11-M05-02	76527	Ureterorenoskopie	35 997 Kč

Autorská odbornost	Kód výkonu	CZ-DRG skupina	Kritický výkon podle seznamu výkonů nebo DRG marker podle Klasifikace	Název výkonu nebo CZ-DRG skupiny	Výše jednodenní úhrady
706	10831	11-M05-02	76529	Ureteroskopie s trypsí konkrementu nebo extrakcí vícečetné litiázy	40 603 Kč
706	10399	11-M06-03	76563	Transuretrální resekce nebo discize hrdla měchýře, ev. resekce chlopně uretry, ev. sfinkterotomie	28 707 Kč
706	10832	11-M08-00	76235	Extrakorporální litotrypse solitárního konkrementu rázovou vlnou – medilit	20 762 Kč
706	10833	11-M08-00	76237	Extrakoporální litotrypse mnohočetného či odlitkového konkrementu – medilit	30 839 Kč
706	10810	12-I08-03	76439; 76440; 76453	Orchiektomie jednostranná; Orchiektomie radikální jednostranná; Epididymektomie jednostranná	38 110 Kč
706	10388	12-I10-02	76443	Orchidopexe	35 641 Kč
706	10811	12-I13-02	76451; 76461	Excize spermatokély nebo operace hydrokély jednostranná; Operace varikokely otevřená jednostranná	31 465 Kč
706	10383	12-I14-00	76427	Cirkumcize, děti od 3 let a dospělí	27 803 Kč
706	10834	12-M01-00	89323	Terapeutická embolizace v cévním řečišti	86 991 Kč
706	10403	12-I07-02	77117; 77129; 77131	Rekonstrukční výkon na penisu pro přední hypospadii u dětí do 18 let věku	80 937 Kč

Část A

Hrazené služby zařazené v příloze č. 10 části A s jednodenní úhradou stanovenou výší relativní váhy

CZ-DRG skupina	Název CZ-DRG skupiny	CZ-DRG jednodenní relativní váha	Podmínky jednodenní úhrady
01-D01-03	Jiný dlouhodobý diagnostický monitoring	0,13074	-
05-D01-02	Implantace arytmického záznamníku	1,05430	-
05-D01-03	Elektrofyziologické vyšetření	0,74636	-
05-D01-07	Invazivní diagnostika za použití doplňující zobrazovací nebo funkční vyšetřovací metody pro jinou nemoc oběhové soustavy	0,72770	-
05-D01-08	Invazivní diagnostika pro jinou nemoc oběhové soustavy	0,30694	-
11-I17-03	Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=0	0,29392	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
11-M04-03	Jiný perkutánní výkon na ledvině u pacientů s CC=0	0,46719	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí

Část B

Hrazené služby zařazené v příloze č. 10 částech C a E s jednodenní úhradou stanovenou výší relativní váhy, u nichž není výše této úhrady limitující pro úhradu hospitalizace

CZ_DRG skupina	Název CZ-DRG skupiny	Relativní váha	Podmínky jednodenní úhrady
03-I08-03	Částečná exstirpace krčních uzlin pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku	0,60189	-
06-I15-00	Výkon pro brániční kýlu nebo refluxní chorobu	1,08796	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
06-I20-02	Jiný chirurgický výkon pro onemocnění trávicí soustavy mimo akutní bolest břicha a jiné symptomy u pacientů s CC=0-1	0,56182	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
06-I21-02	Perianální výkon pro méně závažné onemocnění	0,30522	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
08-I24-02	Operace pletence ramenního, kostí předloktí a zápěstí mimo poranění pro méně závažnou hlavní diagnózu	0,50562	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
08-I25-02	Operace kostí nártu, dlaně a prstů mimo poranění pro méně závažnou hlavní diagnózu	0,43552	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
08-I26-01	Operace vazivového aparátu kolene mimo poranění	0,77332	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
08-I26-03	Chirurgické uvolnění svalů a šlach mimo poranění	0,32217	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí; v den zahájení hospitalizace pojištěnec nedovršil 18 let věku
08-I31-04	Ostatní excize a menší výkony na měkkých tkáních a kůži	0,35102	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí; v den zahájení hospitalizace pojištěnec nedovršil 18 let věku
08-M03-03	Artroskopická dekomprese ramene	0,51376	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí; v den zahájení hospitalizace pojištěnec nedovršil 18 let věku

08-M03-04	Rekonstrukční artroskopie kloubů mimo rameno	0,59759	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
08-M03-05	Složitá artroskopie	0,31466	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí; v den zahájení hospitalizace pojištěnec nedovršil 18 let věku
08-M03-06	Jednoduchá artroskopie	0,29882	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí; v den zahájení hospitalizace pojištěnec nedovršil 18 let věku
12-I07-02	Rekonstrukční výkon na penisu pro přední nebo střední hypospadii nebo jinou vrozenou vadu pyje u dětí do 18 let věku	1,04998	-
12-I08-03	Odstranění varlete nebo nadvarlete pro onemocnění varlat nebo nadvarlat u pacientů s CC=0	0,43806	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
12-I14-00	Jiný chirurgický výkon na penisu	0,32573	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí

Část C

Hrazené služby zařazené v příloze č. 10 částech C a E s jednodenní úhradou stanovenou výší relativní váhy, u nichž je výše této úhrady limitující pro úhradu hospitalizace

CZ_DRG skupina	Název CZ-DRG skupiny	Relativní váha	Podmínky jednodenní úhrady
06-I22-01	Chirurgické odstranění hemoroidů staplerovou metodou	0,35700	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
06-I22-02	Chirurgické odstranění hemoroidů klasickou metodou	0,30419	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
08-I26-03	Chirurgické uvolnění svalů a šlach mimo poranění	0,32217	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí; v den zahájení hospitalizace pojištěnec dovršil 18 let věku
08-I31-04	Ostatní excize a menší výkony na měkkých tkáních a kůži	0,35102	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí; v den zahájení hospitalizace pojištěnec dovršil 18 let věku
08-M03-03	Artroskopická dekomprese ramene	0,51376	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí; v den zahájení hospitalizace pojištěnec dovršil 18 let věku
08-M03-05	Složitá artroskopie	0,31466	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí; v den zahájení hospitalizace pojištěnec dovršil 18 let věku

CZ_DRG skupina	Název CZ-DRG skupiny	Relativní váha	Podmínky jednodenní úhrady
08-M03-06	Jednoduchá artroskopie	0,29882	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí; v den zahájení hospitalizace pojištěnec dovršil 18 let věku
23-I09-02	Sterilizace přerušením vejcovodů nebo chámovodů	0,46386	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí

Část D

Hrazené služby zařazené v příloze č. 10 částech F a G s jednodenní úhradou stanovenou výší relativní váhy, u nichž není výše této úhrady limitující pro úhradu hospitalizace

CZ_DRG skupina	Název CZ-DRG skupiny	Relativní váha	Podmínky jednodenní úhrady
03-I12-03	Exstirpace podčelistní nebo podjazykové slinné žlázy	0,60194	-
03-I12-04	Extrakapsulární exstirpace nebo biopsie příušní žlázy	0,52504	-
03-I13-00	Jiný chirurgický výkon na hrtanu	0,57708	-
03-I14-02	Chirurgický výkon ve středním uchu pro onemocnění mimo novotvar u pacientů ve věku 3 a více let s CC=0-2	0,64758	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
03-I17-00	Plastický nebo rekonstrukční výkon nosu, nosní přepážky nebo nosních kůstek	0,52886	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
03-I18-03	Endoskopický výkon na vedlejších dutinách nosních pro onemocnění mimo zhoubný novotvar	0,51127	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
03-I20-02	Chirurgický výkon na zevním uchu u pacientů ve věku 18 a více let	0,45704	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
03-I20-03	Chirurgický výkon na zevním uchu pro vrozenou vadu u dětí do 18 let věku	0,53645	-
03-I21-00	Odstranění hltanové mandle	0,31138	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí; v den zahájení hospitalizace pojištěnec nedovršil 6 let věku
03-I22-02	Endoskopický výkon na hrtanu pro onemocnění mimo novotvar	0,34953	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
03-I23-02	Jiný endonazální výkon pro onemocnění nosu a nosních dutin mimo zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2	0,31144	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
05-I14-03	Implantace dvoukomorového nebo subkutánního kardioverteru-defibrilátoru u pacientů s CC=0-3	3,76015	-
05-I14-04	Implantace dvoudutinového nebo jednodutinového kardioverteru-defibrilátoru u pacientů s CC=0-3	3,24648	-

CZ_DRG skupina	Název CZ-DRG skupiny	Relativní váha	Podmínky jednodenní úhrady
05-I25-02	Implantace dvoukomorového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3	1,82700	-
05-I25-03	Implantace dvoudutinového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3	0,93003	-
05-I25-04	Implantace jednodutinového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3	0,76249	-
05-M03-01	Endovaskulární výkon na srdci u dětí do 18 let	4,21054	-
05-M03-02	Endovaskulární výkon na srdci u pacientů ve věku 18 a více let	2,42796	-
05-M05-02	Katetrizační ablace komplexních forem arytmií u pacientů ve věku 18 a více let	2,41606	-
05-M05-03	Katetrizační ablace jednoduchých forem arytmií u pacientů ve věku 18 a více let	1,32524	-
05-M05-04	Katetrizační ablace atrioventrikulární junkce u pacientů ve věku 18 a více let	0,85237	-
05-M05-05	Katetrizační ablace u dětí do 18 let	2,32442	-
05-M06-03	Komplexní angioplastika 2 a více věnčitých tepen za použití zobrazovacích nebo rotačních technik	2,07570	-
05-M06-04	Komplexní angioplastika 1 věnčité tepny za použití zobrazovacích nebo rotačních technik	1,35126	-
05-M06-07	Angioplastika 2 a více věnčitých tepen při jiném onemocnění srdce	1,34773	-
05-M06-08	Angioplastika 1 věnčité tepny při jiném onemocnění srdce	0,89051	-
05-M09-00	Dočasná srdeční stimulace nebo úprava endokardiální elektrody	0,49139	-
06-I17-02	Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu s použitím implantátu nebo korekce rozestupu přímých svalů břišních u pacientů s CC=0-2	0,66260	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
06-I18-05	Odstranění apendixu pro méně rozsáhlý zánět nebo jiné onemocnění u pacientů ve věku 18-64 let s CC=0-1	0,54934	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
07-I10-06	Odstranění žlučníku laparoskopicky pro jiné onemocnění mimo akutní zánět slinivky břišní u pacientů s CC=0	0,63764	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
09-I06-01	Resekce prsu včetně odstranění mízních uzlin a rekonstrukce implantátem obou prsů	1,53176	-

CZ_DRG skupina	Název CZ-DRG skupiny	Relativní váha	Podmínky jednodenní úhrady
09-I06-02	Resekce prsu včetně odstranění mízních uzlin a rekonstrukce implantátem jednoho prsu	1,13152	-
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	0,92854	-
09-I06-04	Resekce jednoho prsu včetně odstranění mízních uzlin v CVSP u pacientů s CC=0	0,66133	-
09-I06-05	Resekce prsu včetně odstranění mízních uzlin mimo CVSP	0,62788	-
09-I07-01	Resekce prsu včetně rekonstrukce implantátem obou prsů	0,96042	-
09-I07-02	Resekce prsu včetně rekonstrukce implantátem jednoho prsu	0,73731	-
09-I08-01	Rekonstrukce obou prsů implantátem	0,70193	-
09-I08-02	Rekonstrukce jednoho prsu implantátem nebo rekonstrukce obou prsů místní tkání	0,61591	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
09-I08-03	Rekonstrukce jednoho prsu místní tkání	0,52567	-
09-I09-01	Resekce obou prsů pro zhoubný novotvar nebo resekce jednoho prsu pro zhoubný novotvar u pacientů s CC=1-4 v CVSP	0,73086	-
09-I09-02	Resekce jednoho prsu pro zhoubný novotvar v CVSP u pacientů s CC=0	0,56028	-
09-I09-03	Resekce prsu pro zhoubný novotvar mimo CVSP	0,52656	-
09-I09-04	Resekce obou prsů pro ostatní onemocnění nebo resekce jednoho prsu pro ostatní onemocnění u pacientů s CC=1-4	0,46194	-
11-I14-02	Závěsná nebo slingová operace močové trubice u žen	0,46830	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
11-M05-02	Extrakce kamene horních cest močových jiným typem ureterorenoskopu	0,40562	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
11-M06-03	Transuretrální resekce močového měchýře u pacientů s CC=0	0,32172	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí

CZ_DRG skupina	Název CZ-DRG skupiny	Relativní váha	Podmínky jednodenní úhrady
12-I10-02	Rekonstrukční výkon otevřeným přístupem nebo exploratorní výkon pro onemocnění varlat nebo testikulárních adnex	0,45464	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
12-I13-02	Odstranění varikokély, hydrokély a spermatokély otevřeným přístupem u pacientů s CC=0-2	0,38068	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
12-M01-00	Embolizace pro onemocnění mužské reprodukční soustavy	0,66904	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
13-I13-03	Rekonstrukční výkon pro jiný sestup ženských pohlavních orgánů	0,56102	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
13-I14-02	Resekční výkon na děložních adnexech pro onemocnění mimo zhoubný novotvar otevřeným přístupem u pacientek s CC=0-2	0,71933	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
13-I14-03	Resekční výkon na děložních adnexech pro onemocnění mimo zhoubný novotvar laparoskopickým přístupem u pacientek s CC=0-2	0,61282	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
13-I16-00	Odstranění děložního myomu	0,72480	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
13-I17-00	Uvolňování pánevních peritoneálních srůstů	0,56891	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí

Část E

Hrazené služby zařazené v příloze č. 10 částech F a G s jednodenní úhradou stanovenou výší relativní váhy, u nichž je výše této úhrady limitující pro úhradu hospitalizace

CZ_DRG skupina	Název CZ-DRG skupiny	Relativní váha	Podmínky jednodenní úhrady
03-I21-00	Odstranění hltanové mandle	0,31138	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí; v den zahájení hospitalizace pojištěnec dovršil 6 let věku
05-I30-01	Operace povrchových končetinových žil s ošetřením refluxu otevřeným přístupem	0,45591	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
05-I30-02	Operace povrchových končetinových žil termickými metodami	0,35198	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
06-I16-02	Laparoskopický výkon pro oboustrannou tříselnou nebo stehenní kýlu u pacientů s CC=0-2	0,82406	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
06-I16-03	Laparoskopický výkon pro jednostrannou tříselnou nebo stehenní kýlu u pacientů s CC=0-2	0,62291	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
06-I16-04	Otevřený chirurgický výkon pro tříselnou nebo stehenní kýlu u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-2	0,46083	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí

CZ_DRG skupina	Název CZ-DRG skupiny	Relativní váha	Podmínky jednodenní úhrady
06-I16-05	Otevřený chirurgický výkon pro tříselnou nebo stehenní kýlu u dětí do 16 let věku s CC=0-2	0,37870	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
06-I17-03	Výkon pro recidivující břišní nebo pupeční kýlu u pacientů s CC=0-2	0,58837	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
06-I17-04	Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-2	0,33835	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
09-I09-05	Resekce jednoho prsu pro ostatní onemocnění u pacientů s CC=0	0,35053	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
11-M08-00	Extrakorporální litotrypse	0,31885	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
13-I19-00	Malý operační výkon pro onemocnění ženské reprodukční soustavy	0,26504	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
14-I08-03	Jiný malý operační výkon v těhotenství, po porodu nebo po potratu bez závažné diagnózy	0,23570	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí

Úhrada některých léčivých přípravků podle § 5 odst. 1 a § 7

1. Výše úhrad léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a dalších léčivých přípravků podle bodu 3 písm. b), c), písm. d) podbodu i. a bodu 4 písm. p) se stanoví ve výši uvedené v bodech 2 až 5.
2. Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím u léčivých přípravků diagnostické skupiny imunitní systém podle bodu 4 a u léčivých přípravků na léčbu Alzheimerova choroby se dohodnou ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.
3. Pro léčivé přípravky:
   a) určené k léčbě onemocnění HIV/AIDS, spinální svalová atrofie, cystická fibróza nebo hereditární angioedém,
   b) určené k profylaxi dětí vůči respiračnímu syncytiálnímu 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 4, a to i v případě použití těchto léčivých přípravků způsobem podle § 8 odst. 4 zákona o léčivech,

   se stanoví výše úhrad ve výši podle poskytovatelem vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného léčivého přípravku v jednotkové ceně a zároveň se stanoví maximální úhrada na 1 podaný léčivý přípravek ve výši poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané úhrady v referenčním období; to neplatí, pokud mají léčivé přípravky podle písmen a) až d) v hodnoceném období stanovenou výši úhrady podle jiných právních předpisů.

   Úhrada za léčivé přípravky podle písmen a) až d) nevstupuje do výpočtu podle bodu 4.
4. Pro léčivé přípravky podle bodu 1, neuvedené v bodě 3, zařazené do skupin:

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, myasthenia gravis)
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, 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 (axiální spondyloartritida, psoriatická artritida, revmatoidní artritida, systémový lupus erythematodes)
o)	Trávicí soustava (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, syndrom krátkého střeva)
p)	Léčivé přípravky vyjmuté z metodiky výpočtu relativních vah podle Klasifikace – léčivé přípravky ATC skupin A16AB17, B01AX01, L01AB02, L01FX06, L01XL03, L01XL04, L01XL05, L01XL06, L01XL07, L01XL08 a L04AA41
q)	Ostatní – ostatní léčivé přípravky označené symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb.

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

$$\text{ÚH}R_{CL,2027} = min\left\{\sum_{i=a}^{q} Produkce_{i,CL,2025} * INU_i * ICS_i\,; \sum_{i=a}^{q} Produkce_{i,CL,2027} * ICS_i\right\} * IZP_{CL}$$

kde:

$Produkce_{i,CL,2025}$ je celkový objem poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných léčivých přípravků v referenčním období ze skupiny *i*, podaných pojištěncům, kteří nejpozději v referenčním období dovršili 18 let.

$Produkce_{i,CL,2027}$ je celkový objem poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných léčivých přípravků v hodnoceném období ze skupiny *i*, podaných pojištěncům, kteří nejpozději v hodnoceném období dovršili 18 let.

INU_i je index navýšení úhrady pro léčivé přípravky zařazené do skupiny *i*, uvedený v bodu 5.

ICS_i je index cenové slevy pro léčivé přípravky zařazené do skupiny *i*, uvedený v bodu 5.

IZP_{CL} je index změny produkce léčivých přípravků podle tohoto bodu, který se stanoví následovně:

$$IZP_{CL} = min\left\{1{,}075; max\left[1; ARCTG\left(2{,}75 * \frac{\sum_{i=a}^{r} Produkce_{i,CL,2027} * ICS_i}{\sum_{i=a}^{r} Produkce_{i,CL,2025} * INU_i * ICS_i} - 1{,}1926\right)\right]\right\}$$

5. Index navýšení úhrady a index cenové slevy se pro jednotlivé skupiny uvedené v bodě 4 stanoví ve výši:

Skupina	**Index navýšení úhrady**	**Index cenové slevy**
a) Dermatologie	1,36	0,93
b) Dýchací soustava 1	1,44	0,98
c) Dýchací soustava 2	1,37	0,87
d) Endokrinologie	1,28	1,00
e) Hematoonkologie	1,20	0,95
f) Imunitní systém	1,20	0,98
g) Infekce	1,04	0,98
h) Metabolické vady	1,35	0,98
i) Neurologie 1	1,35	0,98
j) Neurologie 2	1,08	0,95
k) Oběhový systém	1,36	0,97
l) Oftalmologie	1,15	0,98
m) Onkologie – solidní nádory	1,25	0,97
n) Revmatologie	1,14	0,90
o) Trávicí soustava	1,16	0,92
p) Vyjmuté z Klasifikace	1,25	1,00
q) Ostatní	1,40	0,97