

*N á v r h***VYHLÁŠKA**

ze dne 2025

o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb, výše záloh na úhradu hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2026

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 371/2021 Sb.:

§ 1

(1) Tato vyhláška stanoví pro rok 2026

a) hodnoty bodu,

b) výši úhrad hrazených služeb poskytovaných pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), 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 zabezpečení¹⁾, pojištěncům Spojeného království podle Dohody o obchodu a spolupráci²⁾ a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast hrazených služeb³⁾ (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) Tato vyhláška se vztahuje na poskytovatele

a) lůžkové péče,

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.

- b) v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami⁴⁾ (dále jen „seznam výkonů“),
- c) v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů,
- d) specializované ambulantní péče v odbornostech podle seznamu výkonů neuvedených jinde v tomto odstavci a stacionární ambulantní péče (dále jen „specializovaná ambulantní péče“),
- e) dialyzační zdravotní péče,
- f) v odbornostech 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů,
- g) ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů,
- h) v oboru zubní lékařství,
- i) ambulantní péče v odbornostech 222, 801, 802, 806 až 810, 812 až 818 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen „vyjmenovaná odbornost“),
- j) ambulantní péče v odbornostech 914, 916 a 921 podle seznamu výkonů,
- k) domácí péče v odbornostech 925 a 926 podle seznamu výkonů,
- l) ambulantní péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů,
- m) zdravotnické záchranné služby,
- n) přepravy pacientů neodkladné péče,
- o) zdravotnické dopravní služby,
- p) lékařské pohotovostní služby,
- q) pohotovostní služby v oboru zubní lékařství,
- r) lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravovny,
- s) lékárenské péče a
- t) jednodenní péče.

§ 2

(1) Referenčním obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2024. Referenčními hodnotami poskytovatele jsou hodnoty příslušných úhradových ukazatelů poskytovatele v referenčním období.

(2) Hodnoceným obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2026.

(3) Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2024, poskytovatelem vykázané do 31. března 2025 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2025.

(4) Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2026, poskytovatelem vykázané do 28. února 2027 a zdravotní pojišťovnou uznané do 30. dubna 2027. Úhrada za hrazené služby vykázané po 31. březnu 2027 vypočtená podle § 4 až 20 se násobí koeficientem 0,95.

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

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

§ 3

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

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

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

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

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

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

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

§ 4

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

⁵⁾ 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

(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 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, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce.

§ 7

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

§ 9

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

§ 10

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

§ 11

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

§ 12

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

§ 13

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

§ 14

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické záchranné služby a přepravy pacientů neodkladné péče hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,32 Kč, s výjimkou výkonů přepravy podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 1,47 Kč, a s výjimkou výkonu s bodovou hodnotou (dále jen „výkon“) č. 06714 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1,34 Kč.

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

§ 15

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby se výše úhrady stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony přepravy pro poskytovatele

a) poskytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu s hodnotou bodu ve výši 1,47 Kč,

b) neposkytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu s hodnotou bodu ve výši 1,21 Kč.

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

§ 16

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

(2) 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 2025. Nebyla-li úhrada za 1 den pobytu pro rok 2025 sjednána do 31. prosince 2025 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 2025. Nebyla-li úhrada za 1 den pobytu pro rok 2025 sjednána do 31. prosince 2025 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 0,77 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 1 310 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 1,12 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 32 Kč.

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

§ 20

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

§ 21

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2026.

Ministr:

prof. MUDr. Válek, CSc., MBA, EBIR

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“) a ostatní úhrady podle bodu 8.
- 1.1 Pro účely bodů 3 až 5 se při výpočtu proměnných v referenčním období případy hospitalizací rozumí případy hospitalizací přepočtené podle pravidel pro Klasifikaci hospitalizovaných pacientů pro rok 2026⁶⁾ (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 572 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 7. 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 7 a přílohy č. 15 k této vyhlášce.
- 1.5 Pro účely bodů 3 až 8 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 nebyl vykázán jiný výkon podle seznamu výkonů nebo DRG marker podle Klasifikace označující robotický operační výkon, nepoužije se při přepočtu případu hospitalizace podle bodu 1.1 navýšení dílčí relativní váhy případu hospitalizace pro materiálové náklady při překročení horního mezního bodu materiálových nákladů podle Klasifikace.

2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

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

⁶⁾ Sdělení Českého statistického úřadu č. 363/2025 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů CZ-DRG.

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, části A k této vyhlášce.

3.2 Výše paušální úhrady se stanoví jako $\dot{U}HR_{PU,CZ-DRG,2026}$ podle výrazu:

$$\dot{U}HR_{PU,CZ-DRG,2026} = \min \left\{ 1; \frac{CM_{red,2026,CZ-DRG,A}}{0,98 * CM_{2024,CZ-DRG,A}} \right\} * IPU * I_{ZP} - EM_{2026,A}$$

kde:

- a) $CM_{2024,CZ-DRG,A}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.
- b) $EM_{2026,A}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.
- c) min funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejnížší.
- d) IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

$$IPU = PU_{drg,2024} * 1,03$$

kde:

$PU_{drg,2024}$ je referenční výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané služby hrazené paušální úhradou, která se stanoví následovně:

- i. $CM_{2024,CZ-DRG,A} * 90\,000$ Kč pro poskytovatele, který je v hodnoceném období součástí referenční sítě poskytovatelů akutní lůžkové péče podle § 41a zákona, který má alespoň v části hodnoceného období alespoň 8 statusů centra vysoce specializované péče, a který má alespoň v části hodnoceného období status centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče nebo centra vysoce specializované hematologické péče pro dospělé nebo centra vysoce specializované péče o pacienty s multirezistentní tuberkulózou nebo centra vysoce specializované péče pro izolaci pacientů s podezřením na vysoce nakažlivou nemoc,
- ii. $CM_{2024,CZ-DRG,A} * 85\,000$ Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky podbodu i., který 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:

$$PU_{drg,2024} = \min\{CM_{2024,CZ-DRG,A-C} * ZS_{max,2024,PU}; \max[CM_{2024,CZ-DRG,A-C} * ZS_{min,2024,PU}; \dot{U}HR_{PU,CZ-DRG,2024} + \dot{U}HR_{EU,A-C}^{2024} + \dot{U}HR_{ISU,A-C}^{2024} + EM_{2024,A-C}]\} * \left(\frac{CM_{2024,CZ-DRG,A}}{CM_{2024,CZ-DRG,A-C}}\right)$$

kde:

$CM_{2024,CZ-DRG,A-C}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech A až C k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, částech A až C k této vyhlášce.

$\dot{U}HR_{PU,CZ-DRG,2024}$ je celková výše paušální úhrady uhrazená poskytovateli v referenčním období.

$EM_{2024,A-C}$ 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 C k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v referenčním období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$\dot{U}HR_{ISU,A-C}^{2024}$ 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 C k této vyhlášce.

$\dot{U}HR_{EU,A-C}^{2024}$ 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 C k této vyhlášce.

$ZS_{min,2024,PU}$ je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 65 000 Kč pro poskytovatele, který v hodnoceném období je součástí referenční sítě poskytovatelů akutní lůžkové péče podle § 41a zákona a zajišťuje péči na urgentním příjmu, 60 000 Kč pro poskytovatele, který v hodnoceném období není součástí referenční sítě a zajišťuje péči na urgentním příjmu, a 55 000 Kč pro poskytovatele, který v hodnoceném období nezajišťuje péči na urgentním příjmu.

$ZS_{max,2024,PU}$ je maximální základní sazba, která se stanoví následovně:

$$ZS_{max,2024,PU} = 0,5 * MAX_{2024,PU} + 0,5 * IZS_{2024,PU}$$

kde:

$MAX_{2024,PU}$ nabývá hodnoty 110 000 Kč.

$IZS_{2024,PU}$ je referenční individuální základní sazba pro paušální úhradu, která se vypočte následovně:

$$IZS_{2024,PU} = \frac{\dot{U}HR_{PU,CZ-DRG,2024} + \dot{U}HR_{EU,A-C}^{2024} + \dot{U}HR_{ISU,A-C}^{2024} + EM_{2024,A-C}}{CM_{2024,CZ-DRG,A-C}}$$

e) $CM_{red,2026,CZ-DRG,A}$ se vypočítá následovně:

- i. Pokud je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací, ukončených v hodnoceném období nebo ukončených v referenčním období a přepočtených podle bodu 1.1, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které byly ukončeny přeložením pacienta k jinému poskytovateli akutní lůžkové péče (dále jen „kód ukončení léčení 5“), menší nebo roven 75 nebo pokud $PPR_{drg,A,2026,5} \leq 0,075 * PP_{drg,A,2026}$ nebo pokud $PPR_{drg,A,2024,5} \leq 0,075 * PP_{drg,A,2024}$, stanoví se redukovaný casemix takto:

$$CM_{red,2026,CZ-DRG,A} = CM_{2026,CZ-DRG,A}$$

kde:

$PPR_{drg,A,2026,5}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 5.

$PPR_{drg,A,2024,5}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 5.

$PP_{drg,A,2026}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

$PP_{drg,A,2024}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

a kde:

$$CM_{2026,CZ-DRG,A} = \left\{ \sum_{i=1}^n \left[\sum_{j=1}^m \max(CM_{2026,JPL,A,ij}; CM_{2026,CZ-DRG,A,ij}) \right] \right\}$$

kde:

$CM_{2026,CZ-DRG,A,ij}$ je případ hospitalizace j poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, zařazený podle Klasifikace do skupiny i vztažený k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, oceněný relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce. Index i označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, části A k této

vyhláše. Index j označuje jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny i .

$CM_{2026,JPL,A,ij}$ je případ hospitalizace j poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, zařazený podle Klasifikace do skupiny i vztažený k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 14, části A k této vyhláše, oceněný relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 14, části A k této vyhláše. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u skupiny i v příloze č. 14, části A.

ii. V ostatních případech se redukováný casemix stanoví takto:

$$CM_{red,2026,CZ-DRG,A} = CM_{1,2026,CZ-DRG,A} + CM_{red,5}$$

kde:

$$CM_{1,2026,CZ-DRG,A} = \left\{ \sum_{i=1}^n \left[\sum_{j=1}^m \max(CM_{1,2026,JPL,A,ij}; CM_{1,2026,CZ-DRG,A,ij}) \right] \right\}$$

kde:

$CM_{1,2026,CZ-DRG,A,ij}$ 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 vztažený k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhláše, oceněný relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhláše. Index i označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, části A k této vyhláše. Index j označuje jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny i .

$CM_{1,2026,JPL,A,ij}$ 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 vztažený k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 14, části A k této vyhláše, oceněný relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 14, části A k této vyhláše. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u skupiny i v příloze č. 14, části A.

a kde:

$$CM_{red,5} = \left\{ \sum_{i=1}^n \left[\sum_{j=1}^m \max(CM_{2026,JPL,A,5,ij}; CM_{2026,CZ-DRG,A,5,ij}) \right] \right\} * \min \left[1; \left(X * \frac{PPR_{drg,A,2024,5}}{PPR_{drg,A,2026,5}} * \frac{PP_{drg,A,2026}}{PP_{drg,A,2024}} \right) \right]$$

kde:

$CM_{2026,CZ-DRG,A,5,ij}$ 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 vztažený k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhláše, oceněný relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhláše. Index i označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, části A k této vyhláše. Index j označuje

jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny i .

$CM_{2026,JPL,A,5,ij}$ 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 vztažený k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 14, části A k této vyhlášce, oceněný relativními váhami 2026 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.

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:

$$I_{ZP} = \max \left[1; \text{ARCTG} \left(3 * \frac{CM_{red,2026,CZ-DRG,A}}{CM_{2024,CZ-DRG,A}} - 1,443 \right) \right]$$

4. Úhrada vyčleněná z paušální úhrady

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

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

$$\begin{aligned} \dot{U}HR_{vyčl,CZ-DRG,2026} = & \left\{ \sum_{i=1}^n \left[\sum_{j=1}^m \max(\dot{U}HR_{CE,nepovinnéJPL,ij}; CM_{2026,CZ-DRG,CE,ij} * IZS_{2026,CZ-DRG,CE} * NM) * KC_{CE,ij} \right] \right\} \\ & + \dot{U}HR_{CE,povinnéJPL} - EM_{2026,CE} \end{aligned}$$

kde:

a) $CM_{2026,CZ-DRG,CE,ij}$ je případ hospitalizace j poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, zařazený podle Klasifikace do skupiny i vztažený k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, oceněný relativními váhami 2026 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 $\dot{U}HR_{CE,povinnéJPL}$.

b) $\dot{U}HR_{CE,nepovinnéJPL,ij}$ je výše jednodenní úhrady pro případ hospitalizace j , zařazený podle Klasifikace do skupiny i vztažený k diagnóze a uvedený 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 1,03, pokud 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, a není-li tato podmínka splněna, ve výši uvedené pro danou skupinu v příloze č. 10, pokud poskytovatel nemá po celé hodnocené období ani 1 status centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, a ve výši 1, pokud daná skupina nemá uveden žádný status centra vysoce specializované péče v částech C a E k této vyhlášce a 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) $\dot{U}HR_{CE,povinnéJPL}$ je souhrnná výše jednodenní úhrady pro případy hospitalizace zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 14, části C k této vyhlášce, přičemž se zahrnou pouze případy hospitalizace splňující podmínky definované u těchto skupin v příloze č. 14, části C.
- e) $EM_{2026,CE}$ 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 je nákladový modifikátor pro vyčleněnou úhradu, který se stanoví následovně:
- i. 1,20 pro poskytovatele s casemix-indexem referenčního období (CMI) vyšším než 2,8. CMI se vypočte následovně

$$CMI = \frac{CM_{2024,CZ-DRG,všechnyZP}}{PP_{drg,2024,všechnyZP}}$$

kde:

$CM_{2024,CZ-DRG,všechnyZP}$ 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 2026 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce, za všechny zdravotní pojišťovny dohromady.

$PP_{drg,2024,všechnyZP}$ 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. 1,15 pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky podbodu i., který je v hodnoceném období součástí referenční sítě poskytovatelů akutní lůžkové péče podle § 41a zákona, který má alespoň v části hodnoceného období alespoň 8 statusů centra vysoce specializované péče, a který má alespoň v části hodnoceného období status centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče nebo centra vysoce specializované hematologické péče pro dospělé nebo centra vysoce specializované péče o pacienty s multirezistentní tuberkulózou nebo centra vysoce specializované péče pro izolaci pacientů s podezřením na vysoce nakažlivou nemoc,
- iii. 1,10 pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky podbodů i. a ii., který 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) $IZS_{2026,CZ-DRG,CDE}$ je individuální základní sazba pro péči vyčleněnou z paušální úhrady, která se vypočte následovně:

i. V případě, že:

$$NM > 1$$

pak:

$$IZS_{2026,CZ-DRG,CE} = CZS_{CZ-DRG}$$

ii. V případě, že:

$$[IZS_{vstupni,2026} \geq (1 + RK_{CE,horni}) * CZS_{CZ-DRG}] \text{ a zároveň } NM = 1$$

pak:

$$IZS_{2026,CZ-DRG,CE} = TS_{CE,horni} * (1 + RK_{CE,horni}) * CZS_{CZ-DRG} + (1 - TS_{CE,horni}) * IZS_{vstupni,2026}$$

iii. V případě, že:

$$[IZS_{vstupni,2026} \leq (1 - RK_{CE,dolni}) * CZS_{CZ-DRG}] \text{ a zároveň } NM = 1$$

pak:

$$IZS_{2026,CZ-DRG,CE} = TS_{CE,dolni} * (1 - RK_{CE,dolni}) * CZS_{CZ-DRG} + (1 - TS_{CE,dolni}) * IZS_{vstupni,2026}$$

iv. V ostatních případech:

$$IZS_{2026,CZ-DRG,CE} = IZS_{vstupni,2026}$$

kde:

$IZS_{vstupni,2026}$ je vstupní individuální základní sazba vypočtená následovně:

$$IZS_{vstupni,2026} = \frac{\left\{ (\dot{U}HR_{vyčl,2024} + \dot{U}HR_{EU,EF}^{2024} + \dot{U}HR_{ISU,EF}^{2024} + EM_{2024,EF}) * \left(\frac{CM_{2024,CZ-DRG,E}}{CM_{2024,CZ-DRG,EF}} \right) + \left(\frac{CM_{2024,CZ-DRG,C}}{CM_{2024,CZ-DRG,A}} \right) * PU_{drg,2024} \right\}}{CM_{2024,CZ-DRG,CE}} * 1,03$$

kde:

- $\dot{U}HR_{vy\check{c}l,2024}$ je celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby, poskytnuté během hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 ukončených v referenčním období, které byly v referenčním období hrazeny úhradou vyčleněnou z paušální úhrady.
- $\dot{U}HR_{EU,EF}^{2024}$ 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 E a F k této vyhlášce.
- $\dot{U}HR_{ISU,EF}^{2024}$ je celková úhrada poskytovateli za případy hospitalizací zařazené do individuálně smluvně sjednaných bází v referenčním období, a zároveň zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech E a F k této vyhlášce.
- $EM_{2024,EF}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech E a F k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v referenčním období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.
- $CM_{2024,CZ-DRG,E}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části E k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, části E k této vyhlášce.
- $CM_{2024,CZ-DRG,EF}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech E a F k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, částech E a F k této vyhlášce.
- $CM_{2024,CZ-DRG,C}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části C k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, části C k této vyhlášce.
- $CM_{2024,CZ-DRG,CE}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce.

a kde ostatní parametry obsažené v proměnných $\dot{U}HR_{vyčl,CZ-DRG,2026}$ a $IZS_{2026,CZ-DRG,CE}$ jsou parametry implementace CZ-DRG s hodnotami podle následující tabulky:

| Parametr | Název parametru | Hodnota |
|-----------------|-------------------------------------|---------|
| CZS_{CZ-DRG} | Centrální základní sazba pro CZ-DRG | 82 000 |
| $RK_{CE,horní}$ | Horní risk-koridor | 0,05 |
| $RK_{CE,dolní}$ | Dolní risk-koridor | 0,05 |
| $TS_{CE,horní}$ | Horní tempo sbližování sazeb | 1 |
| $TS_{CE,dolní}$ | Dolní tempo sbližování sazeb | 0,75 |

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.

5.2 Výše úhrady formou případového paušálu se stanoví jako $\dot{U}HR_{PP,CZ-DRG,2026}$ podle výrazu:

$$\dot{U}HR_{PP,CZ-DRG,2026} = \left\{ \sum_{i=1}^n \left[\sum_{j=1}^m \max(\dot{U}HR_{BFG,nepovinnéJPL,ij}; CM_{2026,CZ-DRG,BFG,ij} * CZS_{CZ-DRG} * NM_{PP}) * KC_{BFG,ij} \right] \right\} + \dot{U}HR_{BFG,povinnéJPL} + CM_{red,2026,CZ-DRG,H} * CZS_{CZ-DRG} * KP_{Krit} * K_{Trans} - EM_{2026,BFGH}$$

kde:

- $CM_{2026,CZ-DRG,BFG,ij}$ je případ hospitalizace j poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, zařazený podle Klasifikace do skupiny i vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce, oceněný relativními váhami 2026 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 $\dot{U}HR_{BFG,povinnéJPL}$.
- $\dot{U}HR_{BFG,nepovinnéJPL,ij}$ je výše jednodenní úhrady pro případ hospitalizace j , zařazený podle Klasifikace do skupiny i vztažené k diagnóze a uvedené 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.
- $\dot{U}HR_{BFG,povinnéJPL}$ je souhrnná výše jednodenní úhrady pro případy hospitalizace zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze a uvedené 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.
- $EM_{2026,BFGH}$ 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.

- e) $KC_{BFG,ij}$ 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 1,03, pokud 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, a není-li tato podmínka splněna, ve výši uvedené pro danou skupinu v příloze č. 10, pokud poskytovatel nemá po celé hodnocené období ani 1 status centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce, a ve výši 1, pokud daná skupina nemá uveden žádný status centra vysoce specializované péče v částech B, F a G k této vyhlášce a 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.
- f) NM_{PP} je nákladový modifikátor pro případový paušál, který se stanoví ve výši 1,20 pro poskytovatele s casemix-indexem (CMI) vyšším než 2,8 podle bodu 4.2 a ve výši 1 pro ostatní poskytovatele.
- g) KP_{Krit} je koeficient plnění kritérií poskytování akutní psychiatrické péče, který nabývá hodnoty 1,03 v případě, že poskytovatel splňuje současně všechny podmínky uvedené v bodě 5.3. V ostatních případech KP_{Krit} nabývá hodnoty 0,93.
- h) K_{Trans} je koeficient transformace, který se stanoví ve výši 1 pro poskytovatele bez transformačního plánu, a pro poskytovatele s transformačním plánem se vypočte následovně:

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

kde:

- i. 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 0,02, 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.
- ii. 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.
- iii. $K_{TransNLP}$ je koeficient plnění transformačního plánu a redukce následné lůžkové péče, který se vypočte následovně:

$$K_{TransNLP} = 0,07 * \sqrt{\frac{0,25 * PLNLP_{2018}}{PLNLP_{2030}}} * \min \left[1,1; \frac{PLNLP_{2018} - PLNLP_{2026}}{0,85 * (PLNLP_{2018} - PLNLP_{2030})} \right]$$

kde:

$PLNLP_{2018}$ je počáteční počet lůžek následné lůžkové péče před započítáním 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.

$PLNLP_{2026}$ 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) $CM_{red,2026,CZ-DRG,H}$ 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:

$$CM_{red,2026,CZ-DRG,H} = CM_{2026,CZ-DRG,H}$$

- ii. V ostatních případech se redukovaný casemix stanoví následovně:

$$CM_{red,2026,CZ-DRG,H} = CM_{2026,CZ-DRG,H} * \min \left\{ 1; X * \frac{\max(14; LOS_{2024,CZ-DRG,H}^{median})}{LOS_{2026,CZ-DRG,H}^{median}} \right\}$$

kde:

$CM_{2026,CZ-DRG,H}$ 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 2026 uvedenými v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

$LOS_{2024,CZ-DRG,H}^{median}$ 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.

$LOS_{2026,CZ-DRG,H}^{median}$ 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 $CM_{red,2026,CZ-DRG,H}$ následující referenční hodnotu:

$$LOS_{2024,CZ-DRG,H}^{median} = 18$$

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, hradí se tyto hrazené služby následovně:

$$\begin{aligned} \dot{U}hr_{pod50,CZ-DRG,2026} = & (CM_{2026,CZ-DRG,A} + CM_{CZ-DRG,H,2026} * K_{Trans} * KP_{Krit}) * ZS_{pod50} + \\ & \left\{ \sum_{i=1}^n \left[\sum_{j=1}^m \max(\dot{U}HR_{BCEFG,nepovinnéJPL,ij}; CM_{2026,CZ-DRG,BCEFG,ij} * ZS_{pod50}) * KC_{BCEFG,ij} \right] \right\} \\ & + \dot{U}HR_{BCEFG,povinnéJPL} - EM_{pod50,2026} \end{aligned}$$

kde:

$CM_{2026,CZ-DRG,BCEFG,ij}$ je případ hospitalizace j poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, zařazený podle Klasifikace do skupiny i vztažený 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 2026 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 $\dot{U}HR_{BCEFG,povinnéJPL}$.

$\dot{U}HR_{BCEFG, nepovinnéJPL, ij}$ je výše jednodenní úhrady pro případ hospitalizace j , zařazený podle Klasifikace do skupiny i vztažené k diagnóze a uvedené 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 1,03, pokud 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, a není-li tato podmínka splněna, ve výši uvedené pro danou skupinu v příloze č. 10, pokud poskytovatel nemá po celé hodnocené období ani 1 status centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce, a ve výši 1, pokud daná skupina nemá uveden žádný status centra vysoce specializované péče v částech B, C, E, F a G k této vyhlášce a u případů hospitalizace, kdy nejdéle 1 den před začátkem hospitalizace byl poskytovatelem vykázán výkon č. 09563 nebo 09564 podle seznamu výkonů nebo výkon odbornosti 719 podle seznamu výkonů.

$\dot{U}HR_{BCEFG, povinnéJPL}$ je výše jednodenní úhrady pro případy hospitalizace zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze a uvedené 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.

$EM_{pod50, 2026}$ 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:

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

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, lékařské pohotovostní služby a hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v odbornostech 902, 903, 905, 914, 916, 917, 919, 921, 925, 926 a 927 podle seznamu výkonů (dále jen „ambulantní péče“) s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje vyšetření pacienta při příjmu k hospitalizaci a při propuštění z hospitalizace.
- 7.1 Výkony poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle § 15.

7.2 Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby se hradí podle bodu 7.14. Hrazené služby poskytované v rámci pohotovostní služby v oboru zubní lékařství se hradí podle § 16.

7.3 Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 006 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,97 Kč.

7.4 Hrazené služby

- a) poskytované poskytovateli v odbornostech 350, 355, 360, 370, 920, 922 a 935 podle seznamu výkonů, se hradí s hodnotou bodu podle části A bodu 1 písm. a) přílohy č. 3 k této vyhlášce,
- b) poskytované poskytovateli v odbornostech 305, 306, 308, 309, 901, 910, 919 a 931 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. b) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,
- c) poskytované poskytovateli v odbornosti 914 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hradí s hodnotou bodu podle části A bodu 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce,
- d) poskytované v rámci samostatné ambulance psychiatrické krizové péče nebo v rámci samostatného pracoviště psychiatrické krizové péče podle bodu 7.14 v odbornostech 305, 308, 901, 914, 920 a 935 podle seznamu výkonů poskytovatelem splňujícím podmínky pro paušální bonifikaci za poskytování psychiatrické krizové péče při urgentním příjmu podle bodu 7.14 se hodnota bodu pro tyto hrazené služby stanoví ve výši 1,21 Kč a v odbornosti 306 podle seznamu výkonů a pro výkony podle kapitoly 931 seznamu výkonů ve výši 1,35 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. k) přílohy č. 3 k této vyhlášce se nepoužije,
- c) v odbornosti 008 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. h) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21.

7.6 Hrazené služby poskytované 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 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce, přičemž navýšení podle písmen a) až d) se nepoužije, a hodnota bodu se vynásobí koeficientem BON_{ost} stanoveným v bodě 7.21,
- b) v odbornostech 809 a 810 podle seznamu výkonů s výjimkou hrazených služeb podle bodu 7.13 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 Hrazené služby poskytované v odbornosti 806 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 přílohy č. 5 k této vyhlášce.

7.8 Pro hrazené služby poskytované 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 0,90 Kč.

7.12 Výkony

- a) novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81753, 81755, 93121, 93123, 93124, 93281, 94297 a 94298 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,22 Kč,
- b) záchytu a prevence karcinomu děložního hrdla č. 95198, 95199, 95201, 95202 a 95203 podle seznamu výkonů, výkony časného záchytu karcinomu prostaty č. 81800 a 87012 podle seznamu výkonů a výkon č. 81733 podle seznamu výkonů vykázaný v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 1 přílohy č. 5 k této vyhlášce,
- c) č. 02125 podle seznamu výkonů poskytované 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 8 písm. b) přílohy č. 2 k této vyhlášce.

7.13 Výkony

- a) č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440 a 15950 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli v odbornosti 105 podle seznamu výkonů, vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. g) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,
- b) screeningu karcinomu plic č. 25507 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli v odbornosti 205 podle seznamu výkonů, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. g) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,

- c) časného záchytu karcinomu prostaty č. 01130, 76027, 76029, 76031, 76033, 76621, 76623 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 706 podle seznamu výkonů, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. g) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,
- d) časného záchytu aneurysmatu abdominální aorty č. 89970 poskytované poskytovateli v odbornosti 102 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. g) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,
- e) č. 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,
- f) č. 89111 až 89131, 89663 až 89665 a 89951 až 89958 podle seznamu výkonů, a výkony č. 89970 poskytované poskytovateli v odbornosti 809 podle seznamu výkonů, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 2 přílohy č. 5 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{rad} podle bodu 7.21.
- 7.14 Pro výkon č. 09564 podle seznamu výkonů, pro hrazené služby lékařské pohotovostní služby a pro hrazené služby poskytované na urgentním příjmu v odbornosti 719 podle seznamu výkonů se úhrada stanoví následovně:

$$\dot{U}hr_{Urg,ZZS,LPS,2026} = \dot{U}hrada_{PříjemZZS,2026} + \dot{U}hrada_{LPS,2026} + \dot{U}hrada_{Urg,2026}$$

kde:

- a) $\dot{U}hrada_{PříjemZZS,2026}$ 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) $\dot{U}hrada_{LPS,2026}$ je úhrada za hrazené služby lékařské pohotovostní služby, která se stanoví následovně:

$$\dot{U}hrada_{LPS,2026} = ProdukceLPS_{2026} + PaušálLPS_{2026}$$

kde:

$ProdukceLPS_{2026}$ je suma počtu bodů poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných za hrazené služby lékařské pohotovostní služby v hodnoceném období, oceněných hodnotou bodu podle § 16, a hodnoty korunových položek vykázaných společně s těmito službami.

$PaušálLPS_{2026}$ je paušální složka úhrada lékařské pohotovostní služby, která se stanoví následovně:

$$PaušálLPS_{2026} = K * (Paušál_{LPS,dospělí,2026} + Paušál_{LPS,děti,2026})$$

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 okrese, kde je zajišťována lékařská pohotovostní služba.

$Paušál_{LPS,dospělí,2026}$ je paušální složka úhrady služeb lékařské pohotovostní služby pro dospělé v rámci urgentního příjmu ve výši 2 000 000 Kč.

$Paušál_{LPS,děti,2026}$ je paušální složka úhrady služeb lékařské pohotovostní služby pro děti a dorost u poskytovatelů s dětským oddělením akutní lůžkové péče ve výši 2 000 000 Kč.

- c) $Úhrada_{Urg,2026}$ je úhrada za hrazené služby poskytované na urgentním příjmu v odbornosti 719 podle seznamu výkonů, která se stanoví následovně:

$$Úhrada_{Urg,2026} = K * (Paušál_{Urg,2026} + CKP_{bonifikace,2026}^{paušální}) + Výkony_{Urg,2026}$$

kde:

- i. $Paušál_{Urg,2026}$ je paušální složka úhrady urgentního příjmu, která se stanoví ve výši:
 - I. 250 000 000 Kč pro poskytovatele, 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. 55 000 000 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. 9 000 000 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky uvedené v odstavcích I. a II., který zajišťuje urgentní příjem,
 - IV. 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.
- ii. $Výkony_{Urg,2026}$ je výkonová složka úhrady urgentního příjmu, která se stanoví ve výši:

$$Výkony_{Urg,2026} = \min[0,55 * (PB_{urg,2026} + KP_{urg,2026}); Limit_{urg,2026}]$$

kde:

- $PB_{urg,2026}$ je počet bodů za výkony č. 06720, 06726, 06727, 06728, 06729 podle seznamu výkonů vykázané v odbornosti 719 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.
- $KP_{urg,2026}$ je hodnota korunových položek poskytovatelem vykázaných společně s výkony č. 06720, 06726, 06727, 06728, 06729 podle seznamu výkonů v odbornosti 719 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.
- $Limit_{urg,2026}$ je horní hranice výkonové složky úhrady urgentního příjmu, která se stanoví ve výši:
- I. $K*120\,000\,000$ 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. $K*65\,000\,000$ Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky uvedené v odstavci I., má status centra vysoce specializované traumatologické péče a zajišťuje urgentní příjem,
 - III. $K*25\,000\,000$ Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky uvedené v odstavcích I. a II. a zajišťuje urgentní příjem.
- iii. $CKP_{bonifikace,2025}^{paušální}$ 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 $CKP_{bonifikace,2025}^{paušální}$ 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 $CKP_{bonifikace,2025}^{paušální}$ stanoví ve výši 2 500 000 Kč.
- 7.14.1 Bonifikace $CKP_{bonifikace,2025}^{paušální}$ podle bodu 7.14 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.

7.14.2 Bonifikace *CKP^{paušální}_{bonifikace,2025}* podle bodu 7.14 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.

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, 3, 9 a 10 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, 7.13 a 7.14, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 a 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. k) 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, 7.11, 7.12 a 7.13 písm. d), se hodnota bodu stanoví:

- a) v odbornostech 809 a 810 podle seznamu výkonů ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 3 přílohy č. 5 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 3 písm. b) a c) a bodů 5 a 6 a výpočet celkové výše úhrady podle části A bodu 4 přílohy č. 5 k této vyhlášce se nepoužijí,
- b) v odbornostech 222, 801, 802, 807, 808, 812 až 818 a 823 podle seznamu výkonů ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 2 přílohy č. 5 k této vyhlášce, 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 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 2 290 Kč. Souhrnná úhrada je uhrazena poskytovateli, který pojištěnku zaevidoval k porodu na základě žádanky registrujícího poskytovatele odbornosti 603 nebo 604 podle seznamu výkonů, a to pouze jedenkrát za těhotenství pojištěnky. V souhrnné úhradě jsou zahrnuty veškeré hrazené služby od 36. týdne těhotenství související se zaevidováním těhotné ženy k porodu a s následnou předporodní ambulantní péčí v zařízení až do data porodu, včetně úhrady za výkony č. 09119, 63022, 63023, 63055, 63115, 63415 a 63417 podle seznamu výkonů, přičemž tyto výkony nejsou v období mezi 36. týdnem těhotenství a porodem vykazovány podle seznamu výkonů ani poskytovatelem, který těhotnou pojištěnku zaevidoval k porodu, ani jinými poskytovateli, s výjimkou výkonů, které je neevidující poskytovatel oprávněn vykázat jako nepravidelnou péči o těhotnou pojištěnku. Poskytnutí souhrnné úhrady podle tohoto bodu není podmíněno porodem u poskytovatele, který pojištěnku zaevidoval. Souhrnná úhrada poskytovateli lůžkové péče nevylučuje současnou úhradu registrujícímu poskytovateli ambulantní péče za hrazené služby v třetím trimestru těhotenství podle části 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 bodu 3 přílohy č. 6 k této vyhlášce a výpočet celkové výše úhrady podle části A bodu 4 přílohy č. 6 k této vyhlášce se nepoužije.

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

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

$$\dot{U}hr_amb_{2026} = \dot{U}hr_amb_{2026,lab} + \dot{U}hr_amb_{2026,radost}$$

kde:

a) $\dot{U}hr_amb_{2026,lab}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodu 7.17 písm. b), která se stanoví ve výši:

$$\dot{U}hr_amb_{2026,lab} = \min \left\{ \min \left[1; \frac{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2026,lab}}{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2024,lab}} \right] * KN_{amb}^{lab} * \dot{U}hr_amb_{ref} * \frac{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{ref,lab}}{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{ref}^{red}}; Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2026,lab} \right\}$$

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. $Hodnota_péče_{2024,lab}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.17 písm. b) v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2024,lab} = \left(\sum_{i=1}^n \{PB_{i,2024,lab} * HB_{i,2026,lab}\} + KP_{2024,lab} \right) * BON_{lab}$$

kde:

$PB_{i,2024,lab}$ 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.

$HB_{i,2026,lab}$ 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).

$KP_{2024,lab}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 7.17 písm. b).

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

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

kde:

$BON_{prodloužený_režim}^{lab}$ 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. $Hodnota_péče_{2026,lab}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.17 písm. b) v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2026,lab} = \left(\sum_{i=1}^n \{PB_{i,2026,lab} * HB_{i,2026}\} + KP_{2026,lab} \right) * BON_{lab}$$

kde:

$PB_{i,2026,lab}$ 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).

$KP_{2026,lab}$ 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:

$$KN_{amb}^{lab} = 1,03 + změnaBON_{lab}$$

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 a zároveň alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti v referenčním období v rozsahu: | <12/7 | 0 | 0,02 | 0,03 | 0,04 |
| | 12/7 | -0,02 | 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:

$$\dot{U}hr_amb_{ref} = \frac{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{ref}^{red}}{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{ref}} * \min[Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{ref}; 0,5 * \dot{U}hr_amb_{2024} + 0,5 * Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{ref}]$$

kde:

$\dot{U}hr_amb_{2024}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 7.5 písm. b), 7.6, 7.8 písm. a) a 7.15 až 7.20, včetně úhrady zahraničních pojištěnců, s výjimkou hrazených služeb v odbornostech 210, 301, 302, 303, 304, 405, 502, 704 a 707 podle seznamu výkonů.

$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{ref}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.5. písm. b), 7.6, 7.8 písm. a) a 7.15 až 7.20 v referenčním období, s výjimkou hrazených služeb v odbornostech 210, 301, 302, 303, 304, 405, 502, 704 a 707 podle seznamu výkonů, oceněné podle počtu bodů a hodnot bodu platných v referenčním období, včetně bonifikací platných v referenčním období.

$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{ref}^{red}$ 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) $\dot{U}hr_amb_{2026,radost}$ 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:

$$\dot{U}hr_amb_{2026,radost} = \min \left\{ \min \left[1; \frac{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2026,radost}}{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2024,radost}} \right] * I_{zp_amb} * KN_{amb}^{radost} * \dot{U}hr_amb_{ref} * \frac{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{ref,radost}}{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{ref}^{red}}; Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2026,radost} \right\}$$

kde:

i. $Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{ref,radost}$ 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. $Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2024,radost}$ 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:

$$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2024,radost} = Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2024,rad} + Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2024,ost}$$

kde:

I. $Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2024,ost}$ se vypočte následovně:

$$Hodnota_péče_{2024,ost} = \left(\sum_{i=1}^n \{PB_{i,2024,ost} * HB_{i,2026,ost}\} + KP_{2024,ost} \right) * BON_{ost}$$

kde:

$PB_{i,2024,ost}$ 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.

$HB_{i,2026,ost}$ 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.

$KP_{2024,ost}$ 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 2 specializovaných ambulantních pracovištích, včetně příjmových ambulancí, a hodnoty 0 v ostatních případech.

$BON_{objednávkový_systém}$ je bonifikace za objednávkový systém, která se stanoví ve výši 0,04 pro poskytovatele, který 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. $Hodnota_péče_{2024,rad}$ se vypočte následovně:

$$Hodnota_péče_{2024,rad} = \left(\sum_{i=1}^n \{PB_{i,2024,rad} * HB_{i,2026,rad}\} + KP_{2024,rad} \right) * BON_{rad}$$

kde:

$PB_{i,2024,rad}$ je počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté v referenčním období, kde $i=1$ až

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

$HB_{i,2026,rad}$ je hodnota bodu příslušící danému výkonu i podle bodu 7.17 písm. a), kde $i=1$ až m , kde m je počet výkonů podle bodů 7.17 písm. a).

$KP_{2024,rad}$ 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:

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

kde:

$BON_{prodloužený_režim}^{rad}$ 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. $Hodnota_péče_{2026,radost}$ 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:

$$Hodnota_péče_{2026,radost} = Hodnota_péče_{2026,rad} + Hodnota_péče_{2026,ost}$$

kde:

I. $Hodnota_péče_{2026,ost}$ se vypočte následovně:

$$Hodnota_péče_{2026,ost} = \left(\sum_{i=1}^n \{PB_{i,2026,ost} * HB_{i,2026,ost}\} + KP_{2026,ost} \right) * BON_{ost}$$

kde:

$PB_{i,2026,ost}$ 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.

$KP_{2026,ost}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20.

II. $Hodnota_péče_{2026,rad}$ se vypočte následovně:

$$Hodnota_péče_{2026,rad} = \left(\sum_{i=1}^n \{PB_{i,2026,rad} * HB_{i,2026,rad}\} + KP_{2026,rad} \right) * BON_{rad}$$

kde:

$PB_{i,2026,rad}$ 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).

$KP_{2026,rad}$ 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:

$$KN_{amb}^{ost} = 1,05 + změnaBON_{16/7,ost} + změnaBON_{objednávkový_systém}$$

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 a v referenčním období neposkytoval hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na 2 specializovaných ambulantních pracovištích, včetně příjmových ambulancí; ve výši 0 v případě, že poskytovatel v hodnoceném i referenčním období shodně poskytoval nebo neposkytoval hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na 2 specializovaných ambulantních pracovištích, včetně příjmových ambulancí; a ve výši -0,06 v případě, že poskytovatel v referenčním

období poskytoval a v hodnoceném období neposkytoval hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na 2 specializovaných ambulantních pracovištích, včetně příjmových ambulancí.

$změnaBON_{objednávkový_systém}$ 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:

$$KN_{amb}^{rad} = 1,015 + změnaBON_{prodloužený_režim}^{rad} + změnaBON_{sdílení_dat}$$

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 pracovišti v laboratoři a zároveň alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém | <12/7 | 0 | 0,04 | 0,06 | 0,08 |
| | 12/7 | -0,04 | 0 | 0,02 | 0,04 |
| | 16/7 | -0,06 | -0,02 | 0 | 0,02 |

| | | | | | |
|--|------|-------|-------|-------|---|
| pracovišti v referenčním období v rozsahu: | 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:

$$I_{zp_amb} = \max \left\{ 1; 1 + IZ_{GAUP} * \left[ARCTG \left(2,6 * \frac{Hodnota_péče_{2026,radost}}{Hodnota_péče_{2024,radost}} - 1,069 \right) - 1 \right] \right\}$$

kde:

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

- I. Pokud $\frac{Hodnota_péče_{2026,radost}}{Hodnota_péče_{2024,radost}} \neq 1$, potom:

$$IZ_{GAUP} = \max \left[0; \min \left(1; \frac{\left(\frac{GAUP_{2026}}{GAUP_{2024}} - 1 \right)}{0,5 * \left(\frac{Hodnota_péče_{2026,radost}}{Hodnota_péče_{2024,radost}} - 1 \right)} \right) \right]$$

- II. Pokud $\frac{Hodnota_péče_{2026,radost}}{Hodnota_péče_{2024,radost}} = 1$, potom $IZ_{GAUP} = 1$.

kde:

$GAUP_{2026}$ 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.

$GAUP_{2024}$ 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 1,04 Kč a bod 7.21 se nepoužije.

8. Ostatní úhrady

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

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

8.3 Poskytovateli, který zajišťuje po celé hodnocené období paliativní péči prostřednictvím samostatného konziliárního týmu paliativní péče v rozsahu minimálně 0,5 úvazku lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, 0,5 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru, který je základním oborem pro nastavbový 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 $K \times 1\,950\,000$ Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce. Poskytovateli, který nesplňuje podmínky podle věty první, ale zajišťuje po celé hodnocené období paliativní péči prostřednictvím samostatného konziliárního týmu paliativní péče v rozsahu minimálně 0,3 úvazku lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, 0,2 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru, který je základním oborem pro nastavbový 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 $K \times 975\,000$ Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce. V případě, že poskytovatel má status centra vysoce specializované onkologické péče, pojišťovna uhradí činnost až 2 konziliárních týmů paliativní péče pro dospělé. V případě, že poskytovatel zajišťuje současně s jedním nebo více konziliárními týmy pro dospělé i konziliární tým pro děti, pojišťovna uhradí činnost tohoto týmu navíc k týmům pro dospělé. Úhrada poskytovateli se dále navýší o 4 300 Kč za každý případ hospitalizace pojištěnců od 18 let a o 8 600 Kč za každý případ hospitalizace pojištěnců do 18 let, u kterého byl poskytovatelem vykázan a zdravotní pojišťovnou uznan 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 ošetrovacích dnů včetně ošetrovacích dnů propustek u pojištěnce jedním poskytovatelem.

8.4 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 o $K \times 10\,000\,000$ Kč za každou evropskou referenční síť, které je v hodnoceném období členem, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu podle bodu 2 přílohy č. 9 k této

vyhláše. Poskytovateli podle věty první se současně zvýší úhrada o 126 Kč za každého globálního unikátního pojištěnce, na kterého v hodnoceném období vykázal výkon č. 99976 podle seznamu výkonů a ORPHA kód příslušného vzácného onemocnění.

- 8.5 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. 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.
10. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny předpokládané úhrady za hodnocené období. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zahrne změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb, včetně změny počtu hospitalizací, počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Hrazené služby podle § 5 odst. 2

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

- a) Paušální sazba za 1 den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetrovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného OD včetně režie přiřazené k ošetrovacímu 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, není-li stanoveno jinak.
- b) Výše paušální sazby za 1 den hospitalizace, s výjimkou dnů hospitalizace OD 00031, 00032, 00037, 00098 a 00099, se v hodnoceném období stanoví ve výši:

$$PS_{OD,H0} = (1,045 + KN) * PS_{OD,2025}$$

kde:

$PS_{OD,2025}$ je paušální sazba za 1 den hospitalizace v roce 2025 bez navýšení úhrady plynoucího z plnění smluvních kvalitativních kritérií a z plnění kritérií zahrnutých v roce 2025 v proměnné KN , s výjimkou kritérií podle přílohy č. 1 části B písm. e) podbod i. a písm. g) vyhlášky č. 314/2024 Sb., která se do paušální sazby za 1 den hospitalizace v roce 2025 zahrnou. Nelze-li stanovit paušální sazbu za 1 den hospitalizace v roce 2025 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 f).

- 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 (vztaheno k úvazku na sledovaném pracovišti):
 - (1) Sestra specialista na hojení ran – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00023, 00024, 00030 a 00037,
 - (2) Nutriční terapeut – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00027, 00028, 00030 a 00037,
 - (3) Ergoterapeut – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek, pro OD 00005, 00024, 00030 a 00037,
 - (4) Logoped – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek pro OD 00024,
 - (5) Psycholog ve zdravotnictví – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00030 a 00037.
 - ii. Technické vybavení:
 - (1) Průměrný počet lůžek na pokoji – nejvýše 2,5 lůžka na pokoj u OD 00005, 00022, 00023, 00024, 00030 a 00037,
 - (2) Vybavení oddělení elektricky polohovatelnými lůžky – alespoň 75 % elektricky polohovatelných lůžek doložených protokolem o bezpečnostně technické kontrole u OD 00005, 00022, 00023, 00024, 00030 a 00037.
- d) U poskytovatele, kterému byl Ministerstvem zdravotnictví schválen transformační plán v rámci reformy psychiatrické péče, se KN pro OD 00021 a OD 00026 dále navýší o následující výraz:

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

kde:

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

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

- e) KN se navýší o
- i. 0,04 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 00005, 00024 a 00037, pokud poskytovatel má průměrně alespoň 0,4 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru geriatry na 120 lůžek pro OD 00005, 00024 a 00037,
 - iii. 0,25 pro OD 00005 a 00037 v případě poskytnutí hrazených služeb pojištěncům do dne dosažení 12 let, 0,75 pro OD 00024 v případě poskytnutí hrazených služeb pojištěncům do dne dosažení 6 let.
- f) V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s diagnózami G35 až G37 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních

pojištěnců v hodnoceném období překročí 65 %, KN se pro OD 00005 a 00037 navýší o 0,15.

- g) 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 2025, navýšené o 4,5 %. Věta první se nepoužije pro OD 00099, pokud posledním OD vykázaným bezprostředně před prvním z jednoho nebo více souvisle vykázaných OD 00099 je OD 00021 nebo 00026, v takovém případě se výše paušální sazby za 1 den hospitalizace stanoví ve výši 50 % paušální sazby posledního OD vykázaného bezprostředně před prvním OD 00099.
- h) Výše paušální sazby za 1 den hospitalizace OD 00037 se v hodnoceném období stanoví ve výši:

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

kde:

$ZPS_{OD,37,KP}$ je základní paušální sazba za 1 den hospitalizace OD 00037 v roce 2026, která se stanoví podle následující tabulky:

| | Kategorie pacienta 1 | Kategorie pacienta 2 | Kategorie pacienta 3 | Kategorie pacienta 4 | Kategorie pacienta 5 |
|------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| $ZPS_{OD,37,KP}$ | 1 535 Kč | 1 769 Kč | 2 068 Kč | 2 302 Kč | 2 497 Kč |

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

- i) 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 ošetrovatelské péče, následné ventilační péče a následné komplexní intenzivní léčebně rehabilitační péče

- a) OD 00015, 00017 a 00020 jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,60 Kč pro OD 00015, 1,56 Kč pro OD 00017 a 1,54 Kč pro OD 00020. Výkony, kterými se vykazuje příjmové nebo propouštěcí vyšetření, jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,43 Kč.
- b) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce nad 18 let věku maximálně 90 OD 00017, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko následné intenzivní péče (dále jen „NIP“), včetně překladů na jiné pracoviště NIP poskytovatele nebo jiného poskytovatele NIP.
- c) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce maximálně 190 OD 00020, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské 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 1,34 Kč.

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

3. Úhrada ambulantní péče a zvláštní ambulantní péče s výjimkou úhrady takové péče poskytnuté poskytovatelem zvláštní lůžkové péče

- a) Pro ambulantní péči hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 7 přílohy č. 1 k této vyhlášce.
- b) Pro poskytovatele zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. c) zákona se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,22 Kč.
- c) V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 až C97, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, F00 až F99, G09 až G99 nebo I60 až I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, navyšuje se hodnota bodu o 0,02 Kč.
- d) Celková výše úhrady za výkony poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\max \{ PMUP_{ref} * \left(\sum_{j=1 \dots m} PUM_{ho,j} \right) * 1,04 * KN; PB_{ho} * HB_{min} + KP_{ho} \}$$

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 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:

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

kde:

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

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

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

- e) U poskytovatele, u kterého nelze výši hodnot referenčního období stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval, nebo poskytovatel vykázal v referenčním období méně než 3 kalendářní měsíce, v nichž byly poskytovány unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny hrazené služby, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady referenčního období srovnatelných poskytovatelů. V případě, že poskytovatel v referenčním období vykázal alespoň 3 kalendářní měsíce, v nichž byly unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny poskytovány hrazené služby, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady údaje za ty měsíce referenčního období, kdy byly hrazené služby poskytovány.
- f) Pokud poskytovatel poskytl v hodnoceném období nebo v referenčním období hrazené služby 30 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, výpočet celkové výše úhrady podle písmene d) se nepoužije.
- g) 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.
- h) Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 104 % úhrady referenčního období. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.

C) Regulační omezení

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

1.1 Regulační omezení uvedená v bodě 1.4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze

- a) pokud zdravotní pojišťovna sdělila poskytovateli do 30. dubna hodnoceného období hodnotu vyžádané extramurální péče v referenčním období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v referenčním období, a zároveň
- b) pokud zdravotní pojišťovna oznámila poskytovateli nejpozději týden před započítáním 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 bázi, v nichž poskytovatel vykázal více než 10 případů, uplatní pojišťovna revize podle bodu 1.4 písm. b) nebo c), s výjimkou případů popsanych v bodě 1.2 písm. b).

1.4 Pokud zdravotní pojišťovna zjistí při kontrole odchylky od pravidel ve vykazování a kódování podle Klasifikace, v jejichž důsledku došlo k nesprávnému zařazení případu do DRG skupiny s vyšší relativní vahou 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:

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

nebo

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

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

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 7.2, 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 7.2, 7.15, 7.16 a 7.18, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem,
- c) počet globálních unikátních pojištěnců ošetřených v odbornostech uvedených v části A bodech 7.2, 7.15, 7.16 a 7.18.

2.2 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c), s výjimkou léčivých přípravků ATC skupiny H01AC01, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) vyšší než 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 zachytu karcinomu plic a výkony časného zachytu aneurysmatu abdominální aorty prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení součinem bodové hodnoty podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období a hodnoty bodu platné v hodnoceném období.

- 2.4 Regulační omezení podle bodů 2.2 a 2.3 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2.2 a 2.3.
- 2.5 Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2.2 a 2.3 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
- 2.6 V případě, že poskytovatel poskytl v hodnoceném období hrazené služby 100 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna neuplatní regulační omezení uvedená v bodech 2.2 a 2.3.

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

A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba

1. Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní kapitační sazbou podle bodů 1 až 7 stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte jako součin počtu poskytovatelem registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 13 a indexů podle bodu 13. Základní kapitační sazba se stanoví ve výši:
 - a) 76 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 zajišťuje specializační vzdělávání pro lékaře (školence nebo rezidenta) v rámci vzdělávacího programu specializačního vzdělávání; navýšení kapitační platby se provede od prvního dne kalendářního měsíce, ve kterém došlo k písemnému oznámení o školení lékaře včetně doložení potvrzení o zařazení tohoto školence do vzdělávacího programu, nejpozději však do konce hodnoceného období.
3. Základní kapitační sazba:
- a) podle bodu 1 písm. a) až c) se navýší o 5 Kč pro pracoviště poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů, které splňuje podmínky podle bodu 4,
 - b) podle bodu 1 písm. a), b) a d) se navýší o 5 Kč pro pracoviště poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, které splňuje podmínky podle bodu 5.

Celková částka odpovídající navýšení základní kapitační sazby podle tohoto bodu se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.

4. Podmínky pro navýšení základní kapitační sazby pro pracoviště poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů, jejichž plnění se posuzuje za všechny zdravotní pojišťovny společně, se stanoví takto:
- a) Alespoň u 25 % registrovaných pojištěnců poskytovatele na daném pracovišti ve věku od 45 do 74 let byly provedeny screening kolorektálního karcinomu vykázaný výkony č. 15120 nebo 15121 podle seznamu výkonů v období od 1. 1. 2025 do 31. 12. 2026 nebo koloskopické vyšetření vykázané výkonem č. 15101, 15103, 15105 nebo 15107 podle seznamu výkonů v období od 1. 1. 2017 do 31. 12. 2026, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených screeningových vyšetření k počtu registrovaných pojištěnců na daném pracovišti ve věku od 45 do 74 let je 31. prosince hodnoceného období.

- b) V období od 1. 1. 2026 do 31. 12. 2026 alespoň u 20 % registrovaných pojištěnců poskytovatele na daném pracovišti ve věku od 65 let bylo provedeno očkování proti chřipce, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených očkování proti chřipce k počtu registrovaných pojištěnců na daném pracovišti ve věku od 65 let je 31. prosince hodnoceného období.
- c) V období od 1. 1. 2025 do 31. 12. 2026 alespoň u 60 % registrovaných pojištěnek poskytovatele na daném pracovišti ve věku od 45 do 68 let bylo provedeno screeningové mamografické vyšetření vykázané výkony č. 89178 nebo 89223 podle seznamu výkonů, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených screeningových vyšetření k počtu registrovaných pojištěnek na daném pracovišti ve věku od 45 do 68 let je 31. prosince hodnoceného období.
5. Podmínky pro navýšení základní kapitační sazby pro pracoviště poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, jejichž plnění se posuzuje za všechny zdravotní pojišťovny společně, se stanoví takto:
- a) Alespoň u 90 % registrovaných pojištěnců poskytovatele na daném pracovišti ve věku od 5 do 18 let byla podána alespoň jedna dávka pravidelného očkování proti záškrtu, tetanu, černému kašli, dětské obrně, hepatitidě B, Haemophilus influenzae a alespoň jedna dávka pravidelného očkování proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených očkování k počtu registrovaných pojištěnců na daném pracovišti ve věku od 5 do 19 let je 31. prosince hodnoceného období.
- b) Alespoň u 50 % registrovaných pojištěnců poskytovatele na daném pracovišti ve věku 3 let byl v období od 1. 1. 2023 do 31. 12. 2026 proveden screening zraku vykázaný jedním z výkonů č. 02036, 06512, 75171 nebo 75022 podle seznamu výkonů, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených screeningových vyšetření k počtu registrovaných pojištěnců na daném pracovišti ve věku 3 let je 31. prosince hodnoceného období.
- c) V období od 1. 1. 2017 do 31. 12. 2026 alespoň u 50 % registrovaných pojištěnců poskytovatele na daném pracovišti bylo provedeno očkování alespoň proti jedné z uvedených nemocí: pneumokokové infekce, meningokokové infekce skupiny B, meningokokové infekce skupin A, C, W a Y, klíšťová encefalitida, hepatitida A nebo HPV, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených očkování k počtu registrovaných pojištěnců na daném pracovišti je 31. prosince hodnoceného období.
6. Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 001 podle seznamu výkonů:

| č. výkonu | Název |
|-----------|---|
| 01023 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM |
| 01024 | KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM |
| 01025 | KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA |
| 01030 | ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE |
| 09215 | INJEKCE I. M., S. C., I. D. |
| 09216 | INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY |
| 09217 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET |
| 09219 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET |
| 09220 | KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE |
| 09233 | INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE |

| | |
|-------|--|
| 09237 | OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM ² |
| 09507 | PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM |
| 09511 | MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM |
| 09513 | TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM |
| 09523 | EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU |
| 09525 | ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU |
| 44239 | OŠETŘENÍ A PŘEVAZ BÉRICOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BÉREC) |
| 71511 | VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU |
| 71611 | VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ |

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

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

8. Pro výkony nezahrnuté do kapitační platby se hodnota bodu stanoví takto:
- pro výkony č. 01021, 01022 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,35 Kč a pro výkony č. 02021, 02022, 02031 a 02032 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,23 Kč,
 - pro výkony č. 01201, 01204, 01186, 01188, 02036, 02037, 02039, 02240, 09532, 02100, 02105, 02125, 02130, 02160, 02161, 15118, 15119, 01130, 01135, 01136, 01196 a 01197 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,26 Kč,
 - pro ostatní výkony nezahrnuté do kapitační platby a pro výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny se stanoví hodnota bodu ve výši 1,18 Kč.
9. Hodnota bodu uvedená v bodě 8 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.
10. Hodnota bodu uvedená v bodě 8 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.
11. Pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,26 Kč.
12. 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 87 Kč.
13. 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 | 4,35 |
| 5–9 let | 2,01 |
| 10–14 let | 1,54 |
| 15–19 let | 1,06 |
| 20–24 let | 0,90 |
| 25–29 let | 0,95 |
| 30–34 let | 1,00 |
| 35–39 let | 1,05 |
| 40–44 let | 1,05 |
| 45–49 let | 1,10 |
| 50–54 let | 1,43 |

| | |
|---------------|------|
| 55–59 let | 1,54 |
| 60–64 let | 1,59 |
| 65–69 let | 1,80 |
| 70–74 let | 2,12 |
| 75–79 let | 2,54 |
| 80–84 let | 3,07 |
| 85 a více let | 3,60 |

B) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

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

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 pojištěnce přepočteného podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona. Zdravotní pojišťovna při určení výše regulační srážky podle první věty přihlédne k případům, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.
- 1.2 Pokud průměrná úhrada za zdravotnické prostředky pro inkontinentní, předepsané poskytovatelem, vztažená na jednoho pojištěnce přepočteného podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 20 % celostátní průměrné úhrady za zdravotnické prostředky pro inkontinentní, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
- 1.3 Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů a za výkony č. 02230, 01443, 01146, 01147, 01148 a 02220 podle seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, vztažená na jednoho pojištěnce přepočteného podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 15 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se nezapočítávají úhrady za registrované pojištěnce poskytovatele, u kterých byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 01186 nebo 01188 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se dále nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu, screeningu včasného zachytu karcinomu plic, výkony screeningu karcinomu prostaty podle seznamu výkonů a výkony časného zachytu

aneurysmatu abdominální aorty podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu. Do průměrné úhrady se nezapočítává úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů provedenou v přímé vazbě na preventivní prohlídky a podle vyhlášky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách.

- 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, převyší o 20 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
2. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě byly překročeny průměrné úhrady podle bodu 1.
3. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní předepsané v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na hodnocené období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
4. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za zdravotnické prostředky pro inkontinentní předepsané v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na hodnocené období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
5. Regulační omezení podle bodu 1.3 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyší za tento druh hrazených služeb na hodnocené období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
6. Regulační omezení podle bodu 1.4 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na hodnocené období podle zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
7. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud poskytovatel v hodnoceném období registroval 50 a méně pojištěnců zdravotní pojišťovny.
8. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodu 1 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za kapitální 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 kapitálně 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 ordinálních 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 ordinální dobu, a
 - ii. 0,2 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí nebo lékaře s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene,

příčemž 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,

příčemž 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:
- 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,
 - 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,
 - 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:

$$\dot{U}hr_{týmová_praxe} = KPP_{okres} \times \dot{U}v_{+} \times 10\,400\,Kč$$

kde:

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

$\dot{U}v_{+}$ je počet desetin úvazků lékařů přesahujících 1,0 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe, vypočtený jako:

$$\dot{U}v_{+} = (\dot{U}v_{\Sigma} - 1) \times 10$$

kde:

$\dot{U}v_{\Sigma}$ 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 podpůrnou psychoterapii

- Měsíční úhrada za podpůrnou psychoterapii náleží poskytovateli v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, pokud tento poskytovatel v daném měsíci hodnoceného období vykáže podpůrnou psychoterapii pojištěncům do dne dosažení 19 let.
- Měsíční výše úhrady za podpůrnou psychoterapii poskytovanou pojištěncům do dne dosažení 19 let se stanoví následovně:

$$\dot{U}hr_{psycho_PLDD} = KPP_{okres} \times 5\,000\,Kč$$

kde:

KPP_{okres}

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

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 poskytující hrazené služby v odbornostech 350, 355, 360, 370, 920, 922 a 935 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,10 Kč, přičemž se uplatní navýšení podle písmene k) podbodů i. a vii.
 - b) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 305, 308, 309, 901, 910, 919 a 931 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 0,98 Kč. Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 306 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 1,12 Kč.
 - c) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 905 a 927 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 0,94 Kč.
 - d) Pro výkony č. 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629 a 43633 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,82 Kč.
 - e) Pro výkony č. 43652 a 43653 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,25 Kč.
 - f) Pro výkony č. 75347, 75348 a 75427 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 705 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,89 Kč.
 - g) Pro výkony
 - i. č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440 a 15950 podle seznamu výkonů, vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 105 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,20 Kč,
 - ii. screeningu č. 73028, 73029 a 71112 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 701, 702 nebo 704 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,93 Kč,
 - 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 zachytu 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.

- h) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 008 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 1,00 Kč, přičemž bonifikace podle písmene k) podbodu iii. se nepoužije.
- i) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 407 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 0,98 Kč, přičemž úhrada za výkony č. 47355 podle seznamu výkonů se dále v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období, přepočítává koeficientem podle následující tabulky:

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

- j) Pro hrazené služby poskytované pojištěncům do dne dosažení 15 let, s výjimkou hrazených služeb podle písmen a) až i), se stanoví hodnota bodu ve výši 0,98 Kč.
- k) Hodnota bodu uvedená v písmenech b) až j) se dále při splnění následujících podmínek navýší o:
- 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,
 - 0,04 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u odborností 501 až 507, 601, 602, 605, 606, 701 a 704 až 707 podle seznamu výkonů (dále jen „operační obory“), jinak alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který má nasmlouvanu 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 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců nebo u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v předchozích třech kalendářních letech nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon, s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů,
 - iv. 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření nebo ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav,
 - v. 0,06 Kč pro odbornost 306 podle seznamu výkonů a pro výkony podle kapitoly 931 seznamu výkonů poskytované poskytovateli odborností 901 a 931 podle seznamu výkonů v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti podle seznamu výkonů poskytuje v hodnoceném období hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin týdně nebo v hodnoceném období poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 15 ordinačních hodin týdně a zároveň v rozsahu alespoň o 5 hodin týdně delším než v referenčním období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu ordinačních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek,
 - vi. 0,06 Kč pro odbornost 306 podle seznamu výkonů v případě, že poskytovatel v hodnoceném období vykázal výkon č. 09532 podle seznamu výkonů alespoň u 20 % ošetřených pojištěnců, přičemž do počtu ošetřených pojištěnců se nezapočítávají pojištěnci, na které byl v hodnoceném období vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů,
 - vii. 0,03 Kč pro OD 00041, 00042 a 00043 podle seznamu výkonů.
- l) Vypočtená částka odpovídající navýšení hodnoty bodu podle písm. k) podbodů iii. a vi. bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.
2. Pro hrazené služby poskytované poskytovateli specializované ambulantní péče, s výjimkou hrazených služeb podle 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) 0,04 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, jinak alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který má nasmlouvanu 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 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců nebo u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v předchozích třech kalendářních letech nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon, s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů,
- 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:

$$(1,03 + KN) * (POPzpoZ * PURO_o + \max[PURO_o * POPzpoMh; UHRMh - UHRMr])$$

kde:

POPzpoZ je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; základním unikátním 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 pětinasobek 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 pětinasobek 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.

PUR_{O_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:

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

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 PUR_{O_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.

UHR_{Mh} 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 pětinasobek 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 pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

KN koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

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

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

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

| | | Hodnocené období | |
|-------------------|----------|------------------|----------|
| | | Splnil | Nesplnil |
| Referenční období | Splnil | 0,03 | -0,01 |
| | Nesplnil | 0,04 | 0 |

- 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, o hodnotu podle následující tabulky pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném, respektive referenčním období ošetřil alespoň 5 % pojištěnců nebo u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v předchozích třech kalendářních letech nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů:

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

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

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

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

| | | Hodnocené období | |
|-------------------|----------|------------------|----------|
| | | Splnil | Nesplnil |
| Referenční období | Splnil | 0,08 | -0,02 |
| | Nesplnil | 0,12 | 0 |

- f) 0,15 pro odbornost 404 podle seznamu výkonů a 0,09 pro odbornost 405 podle seznamu výkonů,
 - g) 0,00 pro odbornosti 107, 302 a 780 podle seznamu výkonů,
 - h) 0,02 pro odbornosti 108, 205, 403, 501, 601 a 708 podle seznamu výkonů,
 - i) 0,04 pro odbornosti 102, 202, 207, 209, 402, 606, 701, 705 a 706 podle seznamu výkonů,
 - j) 0,06 pro odbornosti neuvedené v písmenech f) až i) 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.
 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 1,26 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. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 108 % 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 zachytu karcinomu plic a výkony screeningu karcinomu prostaty prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad a výše srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

5. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.
6. Regulační omezení podle bodů 3 a 4 se nepoužije u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308, 309, 350, 355, 360, 370, 920, 922 a 935 podle seznamu výkonů. Regulační omezení podle bodu 2 se u poskytovatelů podle věty první uplatní jen na tu část překročení, o kterou 115 % průměrné úhrady referenčního období bylo překročeno v důsledku navýšení objemu individuálně připravovaných léčivých přípravků oproti referenčnímu období, nejvýše na překročení v rozsahu navýšení úhrady za individuálně připravované léčivé přípravky oproti referenčnímu období.
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 v odbornosti 603 podle seznamu výkonů (dále jen „měsíční agregovaná úhrada“) se stanoví ve výši 118 Kč za jednu registrovanou pojištěnku, přičemž tato částka se dále navyšuje o:
 - a) 9 Kč, pokud je zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna hodnoceného období doloženo, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, to jest působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, a jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání lékařů se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel doloží zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,
 - b) 9 Kč, pokud poskytovatel alespoň na jednom pracovišti poskytuje v hodnoceném období hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má alespoň 2 dny v týdnu ordinální hodiny prodlouženy do 18 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinální doby od 7 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18 hodin,
 - c) 9 Kč, pokud poskytovatel doloží příslušné zdravotní pojišťovně rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a porodnictví podle zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, které je platné po celé hodnocené období,
 - d) 9 Kč, pokud poskytovatel doloží certifikát ISO 9001, který je platný po celé hodnocené období,
 - e) 4 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. S výjimkou služeb hrazených podle částí B až D jsou měsíční agregovanou úhradou uhrazeny veškeré hrazené služby poskytované registrovaným pojištěnkám, včetně veškeré preventivní a léčebné péče, která zahrnuje především tyto činnosti:
 - a) vstupní komplexní vyšetření gynekologem,
 - b) preventivní prohlídka gynekologem a péče s ní související,
 - c) ultrasonografická vyšetření pánve u gynekologických onemocnění, v porodnictví a šestinedělí,
 - d) cílená a kontrolní vyšetření gynekologem,
 - e) telefonické konzultace ošetřujícího lékaře pacientem,

- f) minimální kontakt lékaře s pacientem,
 - g) odběry materiálu z pochvy, čípku a hrdla děložního,
 - h) dispenzární péče,
 - i) edukační pohovor lékaře s nemocným či rodinou,
 - j) injekce I.M., S.C., I.D.,
 - k) vystavení a ukončení dočasné pracovní neschopnosti,
 - l) odeslání pojištěnce na navazující vyšetření,
 - m) předání kopie nebo výpisu zdravotnické dokumentace při změně registrujícího lékaře,
 - n) poučení pojištěnce, rozhodnutí o potřebě další návštěvy.
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 2011 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 vykázaním zvlášť účtovaného léčivého přípravku nebo zvlášť účtovaného materiálu.

7. V případě, že poskytovatel v rámci nepravdivé péče ošetří pojištěnku, která u něj není registrována, vykazuje tuto péči výhradně prostřednictvím výkonů č. 63022, 63023 nebo 63417 podle seznamu výkonů jako nepravdivou 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 6 % 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 2 074 Kč.
 - b) Úhrada za hrazené služby v druhém trimestru těhotenství ve výši 3 455 Kč.
 - c) Úhrada za hrazené služby v třetím trimestru těhotenství ve výši 4 838 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 služeb asistované reprodukce (výkony IVF)

1. Nad rámec měsíční agregované úhrady podle části A se 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 podle § 15 odst. 3 a § 38a zákona jsou hrazeny podle bodu 3.
3. Pro níže uvedené hrazené služby se stanovuje úhrada ve výši:
 - a) IVF cyklus přerušovaný před odběrem oocytů 1 646 Kč,
 - b) IVF cyklus s odběrem oocytů k in vitro fertilizaci bez přenosu embryí 19 119 Kč,
 - c) kompletní IVF cyklus s transferem embryí 39 773 Kč,
 - d) kompletní IVF cyklus s transferem pouze jednoho embrya 39 773 Kč,
 - e) použití darovaných oocytů při IVF cyklu 13 200 Kč,
 - f) použití darovaných spermií při IVF cyklu a IUI 1 668 Kč,
 - g) intrauterinní inseminace (IUI) 4 310 Kč,
 - h) odběr a uchování zárodečných buněk – oocytů – u indikovaných pacientů 27 039 Kč,
 - i) odběr a uchování zárodečných buněk – spermií – u indikovaných pacientů 5 625 Kč,
 - j) uchování zárodečných buněk ve 2. až 9. roce – oocytů – u indikovaných pacientů 2 580 Kč,

- k) uchování zárodečných buněk ve 2. až 9. roce – spermií – u indikovaných pacientů 2 580 Kč.
4. Léčivé přípravky spotřebované při poskytování hrazených služeb uvedených v bodě 2 hradí zdravotní pojišťovna jako zvlášť účtované léčivé přípravky.

D) Úhrada vybraných výkonů specializovaných a konziliárních služeb

1. Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt u pojištěnců ode dne dovršení 18 let v souvislosti s klinickým vyšetřením nebo výkony č. 63050, 63053 a 63055 podle seznamu výkonů v ordinaci poskytovatele v odbornosti 603 nebo 604 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 87 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 1 076 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za 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 1 576 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 1 342 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření.
 - d) Za výkon č. 63319 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 1 957 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření.
 - e) Za vyšetření urogynékologem vykázané výkonem č. 63701 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 593 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření.
 - f) Za urogynékologické ultrazvukové vyšetření vykázané výkonem č. 63703 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 654 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada výkonu č. 63417 podle seznamu výkonů.
 - g) Pro výkony urogynékologické péče vykazované výkony podle kapitol 706 a 716 seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,00 Kč.
 - h) Pro výkony č. 02125, 01186, 01188, 15118, 15119, 15120, 15121, 63511, 63531, 63547, 63651 a 82053 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,00 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 bodech 1.1 a 1.2.
 - 1.1 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 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.

- 1.2 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a výkony č. 95201, 95202 a 95203 podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
2. Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1 nebo 1.2.
3. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 přiměřeně upraví.
4. V případě, že poskytovatel v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, zdravotní pojišťovna použije pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
5. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužije. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců podle první věty přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
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 1.1.

F) Agregovaná úhrada vybraných ambulantních gynekologických zákroků

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

| Název výkonu | Úhrada |
|--|-----------|
| Revize po spontánním potratu | 17 882 Kč |
| Marsupializace, exstirpace nebo incize abscesu nebo cysty bartolinské žlázy, drenáž, chemická exstirpace | 19 528 Kč |
| Konizace cervixu, jakákoliv technika s výjimkou užití laseru | 19 528 Kč |
| Hysteroskopie diagnostická | 19 528 Kč |
| 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:

- vyšetření nutné k příjmu pojištěnce do péče,
 - vyšetření nutné pro propuštění pojištěnce do domácího ošetřování,
 - operační výkon,
 - veškerá vyšetření související s operačním výkonem,
 - kompletní anesteziologická péče, zejména vyšetření anesteziologem, anestézie a kontrolní vyšetření,
 - zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky související s výkonem, a to k operačnímu výkonu i anestézii,
 - 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.

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 1,15 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 1,34 Kč,
 - b) č. 89663 až 89665 podle seznamu výkonů, přičemž hodnota bodu za tyto výkony se stanoví ve výši 1,08 Kč,
 - c) č. 89951 až 89958 podle seznamu výkonů poskytnuté v odbornosti 809 podle seznamu výkonů, přičemž hodnota bodu za tyto výkony se stanoví ve výši 1 Kč,
 - d) č. 89970 podle seznamu výkonů v odbornosti 809 podle seznamu výkonů v rámci časného zachytu aneurysmatu abdominální aorty, přičemž hodnota bodu za tyto výkony se stanoví ve výši 1 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 1,32 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 1,21 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,51 Kč.
 - b) Pro výkony č. 89611 až 89619 podle seznamu výkonů odbornosti 809 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,63 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 odbornosti 809 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,66 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,46 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 0,68 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,46 Kč.
 - d) Pro výkon č. 89312 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,94 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,43 Kč.
4. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornostech uvedených v bodě 3 písm. a) až d) se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu. Výsledná hodnota bodu je součtem variabilní složky úhrady a fixní složky úhrady, a stanoví se pro každou odbornost a výkony uvedené v bodě 3 písm. a) až d) samostatně:

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

kde:

- HB_{red} je výsledná hodnota bodu, která je použita v hodnoceném období pro ocenění poskytnutých výkonů.
- FS je fixní složka úhrady podle bodu 3 písm. a) až d).
- VS je variabilní složka úhrady, která se stanoví podle vzorce:

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

kde:

- HB je hodnota bodu podle bodu 3 písm. a) až d) navýšená podle bodů 5 a 6.
- KN je koeficient navýšení, který se stanoví ve výši 1 pro hrazené služby podle bodu 3 písm. a) až d).
- PB_{ref} je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období přepočtený podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období. Do celkového počtu bodů se nezapočítávají počty bodů za hrazené služby podle bodu 2.
- PB_{ho} je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období. Do celkového počtu bodů se nezapočítávají počty bodů za hrazené služby podle bodu 2.
- UOP_{ref} je počet unikátních pojištěnců v referenčním období, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze hrazené služby podle bodu 2.
- UOP_{ho} je počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze hrazené služby podle bodu 2.
5. Hodnoty bodu uvedené v bodě 2 písm. a) a d) a v bodě 3 písm. a) se navýší o hodnotu 0,02 Kč v případě, že poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby po celé hodnocené období v rozsahu alespoň 35 hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně.
 6. Hodnoty bodu uvedené v bodě 2 písm. b) a c) a v bodě 3 písm. b) a c) se navýší o hodnotu 0,02 Kč v případě, že poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby po celé hodnocené období v rozsahu alespoň 70 hodin týdně.
 7. Zdravotní pojišťovna sdělí poskytovatelům hrazeným podle bodu 3 písm. a) do 30. dubna hodnoceného období následující hodnoty referenčního období:
 - a) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za výkony uvedené v bodu 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 102 % 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) 1,11 Kč pro výkony č. 95198, 95199, 95201, 95202 a 95203 podle seznamu výkonů v rámci screeningu děložního hrdla,
 - b) 1,22 Kč pro výkon č. 81733 podle seznamu výkonů,
 - c) 1,05 Kč pro výkony podle kapitol 819 a 999 seznamu výkonů,
 - d) 0,95 Kč pro výkony č. 81800 a 87012 podle seznamu výkonů v rámci časného zachytu karcinomu prostaty.
2. Pro hrazené služby neuvedené v bodě 1 se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů:
 - a) Pro výkony č. 81021, 81022, 81023, 81320, 81443, 81530, 81563, 81681, 81689, 81702, 81710, 81714, 81759, 81760, 81765, 81772, 82098, 82250, 82305, 82306, 87446, 87700, 87701, 91561, 93113, 93115, 93125, 93129, 93131, 93133, 93135, 93137, 93139, 93141, 93145, 93149, 93151, 93153, 93161, 93169, 93171, 93177, 93181, 93183, 93185, 93187, 93189, 93193, 93195, 93199, 93213, 93215, 93217, 93221, 93229, 93245, 93247, 93255, 93259, 93265, 96103, 96163, 96167, 96235, 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 0,80 Kč pro poskytovatele, kteří jsou v hodnoceném období držiteli Osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo NASKL R3. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 802 a 818 podle seznamu výkonů, neuvedené v písmenu a), se stanoví hodnota bodu ve výši

0,90 Kč pro poskytovatele, kteří jsou v hodnoceném období držiteli Osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo NASKL R3. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 807, 817 a 823 podle seznamu výkonů, neuvedené v písmenu a), se stanoví hodnota bodu ve výši 0,68 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 0,82 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) se stanoví následovně:

$$\text{ÚhradaLaboratoře}_{2026} = \min[\text{HodnotaPéče}_{2026}; \min(\text{POP}_{icz,2026}; \text{POP}_{icz,2024}) * \text{PURO}_{icz} * \text{KN}_{lab} * \text{IZP}_{lab}]$$

kde:

- a) $\text{HodnotaPéče}_{2026}$ je suma počtu bodů za hrazené služby podle bodu 2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. b) nebo uvedených v bodě 2 písm. c) v hodnoceném období, násobených hodnotami bodu podle bodu 2, a hodnoty korunových položek poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných k těmto výkonům za hodnocené období.
- b) $\text{POP}_{icz,2026}$ 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.
- c) $\text{POP}_{icz,2024}$ 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 referenčním období, přičemž se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly v referenčním období vykázány pouze hrazené služby podle bodu 1.
- d) KN_{lab} je koeficient navýšení, který se stanoví ve výši 1,02.
- e) PURO_{icz} je průměrná úhrada za výkony, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. b), nebo průměrná úhrada za výkony, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem v odbornosti uvedené v bodě 2 písm. c) v referenčním období. Do PURO_{icz} se nezapočítává úhrada za hrazené služby podle bodu 1. Hodnota PURO_{icz} se stanoví následovně:

$$PURO_{icz} = \frac{(\dot{U}HR_{ref}) - \left[(PB_{ref,81681} * 0,86 - PB_{prep,81681}) * \frac{HB_{skut,a} * 0,88}{HB_{min,a}} \right]}{POP_{icz,2024}}$$

kde:

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

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

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

- i. 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:

$$HB_{min,a} = \sum_{i=1}^n (PB_{i,ref} * HB_{i,ref}) / PB_{ref,a} * 0,88$$

$PB_{i,ref}$ 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.

- ii. 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:

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

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 66 % 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 stanovena 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.

- f) IZP_{lab} je index změny produkce, který se stanoví ve výši 1, pokud $POP_{icz,2026} \leq POP_{icz,2024}$, a v jiných případech následovně:

$$IZP_{lab} = \max \left\{ 1; 1 + IZ_{POP} * \left[ARCTG \left(2,6 * \frac{HodnotaPéče_{2026}}{HodnotaPéče_{2024}} - 1,069 \right) - 1 \right] \right\}$$

kde:

$HodnotaPéče_{2024}$ je suma počtu bodů za hrazené služby podle bodu 2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. b) nebo uvedených v bodě 2 písm. c) v referenčním období, přepočtených podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období, násobených hodnotami bodu podle bodu 2, a hodnoty korunových položek poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných k těmto výkonům za referenční období.

IZ_{POP} je index změny počtu unikátních pojištěnců, který se stanoví následovně:

- i. Pokud $\frac{HodnotaPéče_{2026}}{HodnotaPéče_{2024}} \neq 1$, potom:

$$IZ_{POP} = \max \left[0; \min \left(1; \frac{\left(\frac{POP_{icz,2026}}{POP_{icz,2024}} - 1 \right)}{0,75 \cdot \left(\frac{HodnotaPéče_{2026}}{HodnotaPéče_{2024}} - 1 \right)} \right) \right]$$

ii. Pokud $\frac{HodnotaPéče_{2026}}{HodnotaPéče_{2024}} = 1$, potom $IZ_{POP} = 1$.

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),
 - 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 vstupujících do výpočtu $PURO_{icz}$,
 - e) celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. b) a v odbornosti uvedené v bodě 2 písm. c) vstupujících do výpočtu $PURO_{icz}$,
 - f) celkovou hodnotu korunových položek poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v rámci hrazených služeb podle bodu 2 v odbornosti uvedené v bodě 2 písm. c) v referenčním období,
 - g) hodnotu průměrné úhrady za hrazené služby podle bodu 2, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. b) vypočítané podle bodu 3 písm. a) $PURO_{icznové}$, v případě, že u poskytovatele došlo k poklesu skutečné hodnoty bodu $HB_{skut,a}$ pod hodnotu minimální hodnoty bodu $HB_{min,a}$ v referenčním období,
 - h) hodnotu průměrné úhrady za hrazené služby podle bodu 2, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. c) vypočítané podle bodu 3 písm. b) $PURO_{icznové}$, v případě, že u poskytovatele došlo k poklesu skutečné hodnoty bodu $HB_{skut,b}$ pod hodnotu minimální hodnoty bodu $HB_{min,b}$ v referenčním období,
 - i) počet bodů poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných za výkon č. 81681 podle seznamu výkonů v referenčním období.
6. U poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval nebo poskytoval hrazené služby pouze v části referenčního období, použije zdravotní pojišťovna

pro účely výpočtu celkové úhrady podle bodu 3 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů. U poskytovatelů, kteří nebyli v referenčním období držiteli Osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo NASKL R3, ale pro hodnocené období předloží alespoň jedno z těchto osvědčení, provede zdravotní pojišťovna přepočet PUR_{OICZ} s použitím hodnoty bodu 0,86 Kč pro hrazené služby poskytované v odbornostech uvedených ve větě první v bodě 2 písm. b), s použitím hodnoty bodu 0,98 Kč pro odbornosti uvedené ve větě druhé bodu 2 písm. b), a s použitím hodnoty bodu 0,79 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 1,26 Kč.
2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby podle seznamu výkonů se pro výkony neuvedené v bodě 1 stanoví hodnota bodu ve výši:
 - a) 0,98 Kč pro odbornost 914 podle seznamu výkonů,
 - b) 0,98 Kč pro odbornost 925 podle seznamu výkonů,
 - c) 0,90 Kč pro odbornost 916 podle seznamu výkonů,
 - d) 0,98 Kč pro odbornost 921 podle seznamu výkonů.
3. V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s hlavní nebo vedlejší diagnózou C00 až C97, G09 až G99, F00 až F99, I60 až I69, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, L88, L89, L93 nebo L97 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 35 %, navyšuje se hodnota bodu pro odbornost 925 podle seznamu výkonů, která je uvedena v bodě 2, o 0,07 Kč.
4. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 916 a 925 podle seznamu výkonů celková výše úhrady poskytovateli v dané odbornosti, mimo úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$(1,05 + KN) \times POPzpoZ \times PUROo + (1,05 + KN) \times \max [PUROo \times POPzpoMh; (UHRMh - UHRMr)],$$

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 pětinasobek 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 vykázan 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 pětinasobek 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 vykázan 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 pětinasobek 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 vykázan výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů.

KN je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

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

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

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

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

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

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

- Pro hrazené služby poskytované pojištěncům, na které byl poskytovatelem hrazených služeb vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů, se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 4 nepoužije. Zdravotní služby za tyto pojištěnce jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu uvedenou v bodech 1 a 2 a v případě splnění podmínek uvedených v bodě 3 navýšenou podle bodu 3.
- Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných v odbornostech 914 a 921 podle seznamu výkonů se výpočet výše úhrady podle bodu 4 a 5 nepoužije. Zdravotní služby odborností 914 a 921 podle seznamu výkonů jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2.
- U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu PUROo podle bodu 4 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
- Výpočet celkové výše úhrady podle bodu 4 se nepoužije v případě poskytovatele, který ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 50 a méně unikátních pojištěnců.

9. 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.
10. 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) 1,20 Kč za výkony č. 80088 a 80089 podle seznamu výkonů, a
 - b) 1,20 Kč za výkony č. 80090 a 80091 podle seznamu výkonů, přičemž celková výše úhrady za tyto výkony nepřekročí částku, která se vypočte takto:

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

kde:

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

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

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

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

PB₈₀₀₉₁ je jednotkový počet bodů za výkon č. 80091 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

2. Hodnota bodu podle bodu 1 se navyšuje:
 - a) o 0,02 Kč v případě, že poskytovatel má průměrně na úvazek 1,0 lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína alespoň 0,1 úvazku psychologa ve zdravotnictví se specializovanou způsobilostí v oboru klinická psychologie nebo psychoterapie, přičemž navýšení hodnoty bodu se provede od prvního dne měsíce, v němž je tato podmínka splněna po celou dobu jeho trvání,
 - b) o 0,02 Kč v případě, že poskytovatel má průměrně na úvazek 1,0 lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína alespoň 0,3 úvazku zdravotně-sociálního pracovníka, přičemž navýšení hodnoty bodu se provede od prvního dne měsíce, v němž je tato podmínka splněna po celou dobu jeho trvání.
3. Hrazené služby odbornosti 926 podle seznamu výkonů, které byly poskytnuty pojištěncům, kteří přestali splňovat podmínky pro poskytování hrazených služeb této odbornosti a byli předáni do péče jinému poskytovateli hrazených služeb s výjimkou poskytovatelů lůžkové hospicové péče, budou uhrazeny poskytovateli odbornosti 926 podle seznamu výkonů, pokud počet těchto pojištěnců nepřesáhne 10 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených tímto poskytovatelem v hodnoceném období, 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.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 12

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

$$(1,07 + KN) \times POP_{zpoZ} \times PUROo + \max [(1,07 + KN) \times PUROo \times POP_{zpoMh}; (UHRMh - UHRMr)],$$

kde:

POP_{zpoMh} 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 pětinasobek 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.

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

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

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

UHRMr

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

KN

je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

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

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

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

| | | Hodnocené období | |
|--|--|------------------|----------|
| | | Splnil | Nesplnil |
| | | | |

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

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

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

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

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

PUR_{Oo}

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 PUR_{Oo} 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.

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

UHR_{ref}

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

| | |
|-------------|--|
| POP_{ref} | je počet unikátních pojištěnců poskytovatele v referenčním období ošetřených v rámci hrazených služeb, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady. |
| PB_{ref} | je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za výkony, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady. |
| HB_{min} | minimální hodnota bodu určená pro výpočet PUROo ve výši 0,66 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. |

- U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že vznikl v průběhu referenčního období, nebo u poskytovatele, který ošetřil v referenčním období 50 a méně pojištěnců, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce podle bodu 4 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
- 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 hraadí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2. Výše úhrady za tyto služby se nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4.
- 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 1,16 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 18530 a 18550 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 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 0,05 Kč, pokud toto pracoviště splní pouze 1. úroveň plnění níže uvedených kritérií, nebo o 0,07 Kč, v případě, že toto pracoviště poskytovatele splní 2. úroveň plnění níže uvedených kritérií:

| 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 ošetřených na pracovišti poskytovatele plnících daný parametr kvality |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---|---|
| Hodnota Hb > 100 g/l | | 70 % | 85 % |
| Hodnota P < 1,8 mmol/l | | 50 % | 65 % |
| Hodnota KtV | Hemodialýza: eKt/V > 1,2 | 70 % | 90 % |
| | Peritoneální dialýza: wKt/V > 1,7 | | |
| | Domácí hemodialýza: stdKt/V > 2,1 | | |

- c) Hodnota bodu podle bodu 1 se dále navýší pracovišti poskytovatele o 0,02 Kč v případě, že alespoň 7 %, ale méně než 15 % referovaných pojištěnců ošetřených na tomto pracovišti je zařazeno na čekací listinu k transplantaci ledviny nebo již bylo transplantováno, nebo o 0,04 Kč v případě, že alespoň 15 % referovaných pojištěnců ošetřených na tomto pracovišti je zařazeno na čekací listinu k transplantaci ledviny nebo již bylo transplantováno.
3. Vypočtenou částku navýšení úhrady podle bodu 2 zdravotní pojišťovna poskytovateli uhradí nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

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

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

- a) Oznámení o začátku vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce již zařazeného do dialyzačního programu 3 000 Kč.
 - i. Popis: Signalizace zahájení vyšetřování pojištěnce s chronickým renálním selháním (stadium 5) bez klíčových kontraindikací k transplantaci ledvin.
 - ii. Podmínky úhrady: Vykazuje se na jednoho pojištěnce jedenkrát.
- b) Oznámení o začátku vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce v predialyzačním stádiu 4 500 Kč.
 - i. Popis: Signalizace zahájení vyšetřování pojištěnce s chronickým renálním selháním, u kterého opakovaně hodnota glomerulární filtrace (GFR) dosáhne hodnoty menší než 0,20 ml/s.
 - ii. Podmínky úhrady: U pojištěnce nebyl v době před začátkem vyšetřování vhodnosti k transplantaci ledviny vykázán žádný z výkonů dialyzační péče podle seznamu výkonů. Vykazuje se na jednoho pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny jedenkrát.
- c) Oznámení o ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce již zařazeného do dialyzačního programu 7 000 Kč.
 - i. Popis: Signalizace ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce, který byl již zařazen do dialyzačního programu. Je vykazováno poskytovatelem, který indikoval pojištěnce k vyšetření, poté, co obdržel vyjádření centra vysoce specializované péče v oblasti transplantologie k zařazení nebo nezařazení pojištěnce na čekací listinu.
 - ii. Podmínky úhrady: U pojištěnce byla vykázána hrazená služba podle části B bodu 1 písm. a). Transplantační centrum u pojištěnce vykázalo výkon č. 51902 podle seznamu výkonů a zároveň bylo signalizováno odeslání žádosti k zařazení pojištěnce na čekací listinu, nebo skutečnost, že zařazení pojištěnce na čekací listinu není nedoporučeno.
- d) Oznámení o ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce v predialyzačním stádiu 10 500 Kč.
 - i. Popis: Signalizace ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce, který je u poskytovatele v predialyzační péči. Je vykazováno poskytovatelem, který indikoval pojištěnce k vyšetření, poté, co obdržel vyjádření transplantačního centra k zařazení nebo nezařazení pojištěnce na čekací listinu.
 - ii. Podmínky úhrady: U pojištěnce byla vykázána hrazená služba podle části B bodu 1 písm. b). Transplantační centrum u pojištěnce vykázalo výkon č. 51902 podle seznamu výkonů a zároveň bylo signalizováno odeslání žádosti k zařazení pojištěnce na čekací listinu, nebo skutečnost, že zařazení pojištěnce na čekací listinu není nedoporučeno.
- e) Vyšetření žijícího dárce ledviny 20 000 Kč.
 - i. Popis: Vykazuje se při zahájení vyšetření žijícího dárce ledviny. Tato hrazená služba se vykazuje na číslo pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny, který je příjemcem orgánu.

- ii. Podmínka úhrady: Vykazuje poskytovatel v případě, že indikuje vhodného dárce ledviny.
2. Pravidla pro vykazování a úhradu hrazených služeb uvedených v bodě 1:
- a) Minimálním rozsahem péče při vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny se rozumí soubor vyšetření provedený v souladu s doporučeným postupem České transplantační společnosti a v závislosti na aktuálním klinickém stavu konkrétního pojištěnce.
 - b) Hrazené služby uvedené v bodě 1 nelze vykázat u pojištěnců, kteří mají zdravotní kontraindikaci k transplantaci ledvin.

C) Regulační omezení

1. Regulační omezení uvedená v bodech 2 až 4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna hodnoceného období tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
- a) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a úhrady za zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;
 - b) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
 - c) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.
2. Pokud poskytovatel hrazených služeb poskytující dialyzační péči dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a úhrady za zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 115 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a úhrady za zvlášť účtovaný materiál vykázaný v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se

nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

4. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, 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 nepoužije, 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 | 0,632 | 0,063 | 0,026 | 0,083 | 0,000 | 0,196 | 0,000 |
| BEROUN | 0,468 | 0,048 | 0,314 | 0,088 | 0,000 | 0,082 | 0,000 |
| BLANSKO | 0,635 | 0,044 | 0,023 | 0,027 | 0,000 | 0,271 | 0,000 |
| BRNO-MĚSTO | 0,579 | 0,094 | 0,071 | 0,058 | 0,000 | 0,198 | 0,000 |
| BRNO-VENKOV | 0,581 | 0,080 | 0,094 | 0,047 | 0,000 | 0,198 | 0,000 |
| BRUNTÁL | 0,384 | 0,079 | 0,171 | 0,052 | 0,000 | 0,242 | 0,072 |
| BŘECLAV | 0,575 | 0,048 | 0,147 | 0,038 | 0,000 | 0,192 | 0,000 |
| ČESKÁ LÍPA | 0,657 | 0,118 | 0,082 | 0,044 | 0,017 | 0,082 | 0,000 |
| ČESKÉ BUDĚJOVICE | 0,583 | 0,151 | 0,031 | 0,053 | 0,000 | 0,182 | 0,000 |
| ČESKÝ KRUMLOV | 0,664 | 0,112 | 0,027 | 0,032 | 0,000 | 0,165 | 0,000 |
| DĚČÍN | 0,616 | 0,058 | 0,155 | 0,052 | 0,000 | 0,119 | 0,000 |
| DOMAŽLICE | 0,763 | 0,061 | 0,027 | 0,040 | 0,000 | 0,109 | 0,000 |
| FRÝDEK- MÍSTEK | 0,301 | 0,000 | 0,442 | 0,014 | 0,000 | 0,051 | 0,192 |
| HAVLÍČKŮV BROD | 0,656 | 0,048 | 0,166 | 0,037 | 0,000 | 0,093 | 0,000 |
| HODONÍN | 0,442 | 0,030 | 0,223 | 0,025 | 0,000 | 0,155 | 0,125 |
| HRADEC KRÁLOVÉ | 0,536 | 0,167 | 0,050 | 0,056 | 0,000 | 0,191 | 0,000 |
| CHEB | 0,671 | 0,093 | 0,067 | 0,050 | 0,000 | 0,119 | 0,000 |
| CHOMUTOV | 0,743 | 0,034 | 0,121 | 0,023 | 0,000 | 0,079 | 0,000 |
| CHRUDEM | 0,725 | 0,068 | 0,064 | 0,049 | 0,000 | 0,094 | 0,000 |
| JABLONEC NAD NISOU | 0,814 | 0,056 | 0,000 | 0,044 | 0,000 | 0,086 | 0,000 |
| JESENÍK | 0,483 | 0,052 | 0,351 | 0,015 | 0,000 | 0,099 | 0,000 |
| JIČÍN | 0,686 | 0,043 | 0,029 | 0,040 | 0,061 | 0,141 | 0,000 |
| JIHLAVA | 0,798 | 0,042 | 0,052 | 0,033 | 0,000 | 0,075 | 0,000 |
| JINDŘICHŮV HRADEC | 0,702 | 0,115 | 0,036 | 0,029 | 0,000 | 0,118 | 0,000 |
| KARLOVY VARY | 0,708 | 0,071 | 0,056 | 0,067 | 0,000 | 0,098 | 0,000 |
| KARVINÁ | 0,259 | 0,000 | 0,241 | 0,010 | 0,000 | 0,059 | 0,431 |
| KLADNO | 0,431 | 0,034 | 0,404 | 0,057 | 0,000 | 0,074 | 0,000 |
| KLATOVY | 0,635 | 0,086 | 0,139 | 0,043 | 0,000 | 0,097 | 0,000 |
| KOLÍN | 0,695 | 0,051 | 0,036 | 0,081 | 0,000 | 0,137 | 0,000 |
| KROMĚŘÍŽ | 0,436 | 0,042 | 0,093 | 0,030 | 0,000 | 0,132 | 0,267 |
| KUTNÁ HORA | 0,484 | 0,121 | 0,260 | 0,046 | 0,000 | 0,089 | 0,000 |
| LIBEREC | 0,721 | 0,118 | 0,011 | 0,068 | 0,000 | 0,082 | 0,000 |
| LITOMĚŘICE | 0,703 | 0,092 | 0,011 | 0,066 | 0,000 | 0,128 | 0,000 |

| | | | | | | | |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| LOUNY | 0,774 | 0,065 | 0,036 | 0,033 | 0,000 | 0,092 | 0,000 |
| MĚLNÍK | 0,658 | 0,047 | 0,039 | 0,123 | 0,013 | 0,120 | 0,000 |
| MLADÁ BOLESLAV | 0,288 | 0,013 | 0,000 | 0,019 | 0,657 | 0,023 | 0,000 |
| MOST | 0,831 | 0,011 | 0,031 | 0,021 | 0,000 | 0,093 | 0,013 |
| NÁCHOD | 0,657 | 0,075 | 0,080 | 0,039 | 0,000 | 0,149 | 0,000 |
| NOVÝ JIČÍN | 0,338 | 0,019 | 0,218 | 0,016 | 0,000 | 0,072 | 0,337 |
| NYMBURK | 0,621 | 0,053 | 0,064 | 0,085 | 0,049 | 0,128 | 0,000 |
| OLOMOUC | 0,228 | 0,146 | 0,435 | 0,034 | 0,000 | 0,147 | 0,010 |
| OPAVA | 0,342 | 0,016 | 0,305 | 0,028 | 0,000 | 0,086 | 0,223 |
| OSTRAVA | 0,239 | 0,000 | 0,388 | 0,021 | 0,000 | 0,090 | 0,262 |
| PARDUBICE | 0,679 | 0,097 | 0,065 | 0,055 | 0,000 | 0,104 | 0,000 |
| PELHŘIMOV | 0,797 | 0,035 | 0,034 | 0,035 | 0,000 | 0,099 | 0,000 |
| PÍSEK | 0,699 | 0,086 | 0,042 | 0,048 | 0,000 | 0,125 | 0,000 |
| PLZEŇ - JIH | 0,552 | 0,088 | 0,111 | 0,077 | 0,000 | 0,172 | 0,000 |
| PLZEŇ - MĚSTO | 0,552 | 0,088 | 0,111 | 0,077 | 0,000 | 0,172 | 0,000 |
| PLZEŇ - SEVER | 0,552 | 0,088 | 0,111 | 0,077 | 0,000 | 0,172 | 0,000 |
| PRAHA-HL.MĚSTO | 0,623 | 0,052 | 0,021 | 0,202 | 0,000 | 0,102 | 0,000 |
| PRAHA-VÝCHOD | 0,578 | 0,062 | 0,035 | 0,211 | 0,000 | 0,114 | 0,000 |
| PRAHA-ZÁPAD | 0,601 | 0,055 | 0,028 | 0,204 | 0,000 | 0,112 | 0,000 |
| PRACHATICE | 0,614 | 0,138 | 0,067 | 0,035 | 0,000 | 0,146 | 0,000 |
| PROSTĚJOV | 0,293 | 0,072 | 0,553 | 0,017 | 0,000 | 0,065 | 0,000 |
| PŘEROV | 0,571 | 0,098 | 0,091 | 0,034 | 0,000 | 0,158 | 0,048 |
| PŘÍBRAM | 0,727 | 0,061 | 0,038 | 0,055 | 0,000 | 0,119 | 0,000 |
| RAKOVNÍK | 0,568 | 0,042 | 0,220 | 0,049 | 0,000 | 0,121 | 0,000 |
| ROKYCANY | 0,552 | 0,088 | 0,111 | 0,077 | 0,000 | 0,172 | 0,000 |
| RYCHNOV NAD KNĚŽNOU | 0,574 | 0,088 | 0,021 | 0,035 | 0,148 | 0,134 | 0,000 |
| SEMILY | 0,742 | 0,044 | 0,016 | 0,052 | 0,062 | 0,084 | 0,000 |
| SOKOLOV | 0,617 | 0,065 | 0,163 | 0,048 | 0,000 | 0,107 | 0,000 |
| STRAKONICE | 0,668 | 0,113 | 0,039 | 0,049 | 0,000 | 0,131 | 0,000 |
| SVITAVY | 0,791 | 0,042 | 0,036 | 0,027 | 0,000 | 0,104 | 0,000 |
| ŠUMPERK | 0,461 | 0,029 | 0,380 | 0,027 | 0,000 | 0,103 | 0,000 |
| TÁBOR | 0,497 | 0,151 | 0,135 | 0,072 | 0,000 | 0,145 | 0,000 |
| TACHOV | 0,661 | 0,125 | 0,052 | 0,038 | 0,000 | 0,124 | 0,000 |
| TEPLICE | 0,726 | 0,080 | 0,056 | 0,045 | 0,000 | 0,093 | 0,000 |
| TRUTNOV | 0,454 | 0,049 | 0,116 | 0,054 | 0,140 | 0,187 | 0,000 |
| TŘEBÍČ | 0,707 | 0,064 | 0,120 | 0,019 | 0,000 | 0,090 | 0,000 |
| UHERSKÉ HRADIŠTĚ | 0,562 | 0,035 | 0,133 | 0,029 | 0,000 | 0,241 | 0,000 |
| ÚSTÍ NAD LABEM | 0,395 | 0,153 | 0,023 | 0,154 | 0,000 | 0,275 | 0,000 |

| | | | | | | | |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ÚSTÍ NAD ORLICÍ | 0,537 | 0,083 | 0,111 | 0,041 | 0,000 | 0,228 | 0,000 |
| VSETÍN | 0,606 | 0,020 | 0,098 | 0,018 | 0,000 | 0,063 | 0,195 |
| VYŠKOV | 0,530 | 0,128 | 0,101 | 0,049 | 0,000 | 0,192 | 0,000 |
| ZLÍN | 0,759 | 0,018 | 0,144 | 0,035 | 0,000 | 0,044 | 0,000 |
| ZNOJMO | 0,547 | 0,051 | 0,133 | 0,018 | 0,000 | 0,251 | 0,000 |
| ŽDÁR NAD SÁZAVOU | 0,638 | 0,027 | 0,123 | 0,022 | 0,000 | 0,190 | 0,000 |

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

| Region | VZP | VoZP | ČPZP | OZP | ZPŠ | ZPMV | RBP |
|---|------------|-------------|-------------|------------|------------|-------------|------------|
| Jihočeský kraj | 0,617 | 0,130 | 0,053 | 0,049 | 0,000 | 0,151 | 0,000 |
| Jihomoravský kraj | 0,556 | 0,073 | 0,105 | 0,043 | 0,000 | 0,203 | 0,020 |
| Plzeňský kraj + Karlovarský kraj | 0,616 | 0,084 | 0,099 | 0,063 | 0,000 | 0,138 | 0,000 |
| Královehradecký kraj + Pardubický kraj | 0,619 | 0,085 | 0,067 | 0,046 | 0,032 | 0,151 | 0,000 |
| Středočeský kraj + Praha | 0,587 | 0,052 | 0,070 | 0,151 | 0,035 | 0,105 | 0,000 |
| Kraj Vysočina | 0,717 | 0,043 | 0,101 | 0,028 | 0,000 | 0,111 | 0,000 |
| Liberecký kraj | 0,725 | 0,093 | 0,027 | 0,055 | 0,017 | 0,083 | 0,000 |
| Moravskoslezský kraj | 0,288 | 0,016 | 0,318 | 0,020 | 0,000 | 0,085 | 0,273 |
| Olomoucký kraj | 0,365 | 0,096 | 0,371 | 0,029 | 0,000 | 0,124 | 0,015 |
| Ústecký kraj | 0,681 | 0,071 | 0,064 | 0,057 | 0,000 | 0,127 | 0,000 |
| Zlínský kraj | 0,612 | 0,027 | 0,121 | 0,029 | 0,000 | 0,112 | 0,099 |

Skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace s relativními váhami těchto skupin**Seznam zkratk pro části B, C, E, F a G**

| Seznam center vysoce specializované péče a intermediární péče v perinatologii | Použitá zkratka |
|---|------------------------|
| Centrum vysoce specializované péče v oblasti transplantologie | Trans |
| Centrum vysoce specializované hematoonkologické péče pro dospělé | HematoOnkoDosp |
| Centrum vysoce specializované cerebrovaskulární péče | Cerebro |
| Centrum vysoce specializované onkologické péče pro dospělé | OnkoDosp |
| Centrum vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče | PneumoOnko |
| Centrum vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro dospělé | KompKardioDosp |
| Centrum vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro děti, která provádějí transplantace srdce a související výkony | KompKardioDěti_T |
| Centrum vysoce specializované spondylochirurgické péče | SpondyloChir |
| Centrum vysoce specializované onkourologické péče | OnkoUro |
| Centrum vysoce specializované péče v onkogynekologii | OnkoGyn |
| Centrum vysoce specializované intenzivní zdravotní péče v perinatologii | IntenzivníPerinat |
| Centrum vysoce specializované péče pro pacienty s popáleninami | TraumaPop |
| Centrum vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé | TraumaDosp |
| Centrum vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro dospělé, která provádějí transplantace srdce a související výkony | KompKardioDosp_T |
| Centrum vysoce specializované hematoonkologické péče pro děti | HematoOnkoDěti |
| Centrum vysoce specializované péče pro farmakorezistentní epilepsie pro dospělé a děti | FarmEpilepsie |
| Centrum vysoce specializované péče o pacienty s iktem | Iktus |
| Centrum vysoce specializované péče o pacienty roztroušenou sklerózou a neuromyelitis optica pro dospělé a děti | RS |
| Centrum intermediární péče v perinatologii | IntermediárníPerinat |
| Centrum vysoce specializované traumatologické péče pro děti | TraumaDěti |
| Centra vysoce specializované kardiovaskulární péče | KardioDosp |
| Centrum vysoce specializované kardiovaskulární péče pro děti | KardioDěti |
| Centrum vysoce specializované chirurgické péče v oblasti hepatopankreatobiliárních onemocnění | HPB |
| Centrum vysoce specializované chirurgické péče v oblasti karcinomu rekta | Rektum |
| Centrum vysoce specializované chirurgické péče v oblasti karcinomu jícnu a gastroezofageální junkce | Jícen |
| Centrum vysoce specializované zdravotní péče pro léčbu pokročilých forem endometriózy | Endometrioza |

| Další použité zkratky | Použitá zkratka |
|------------------------------|------------------------|
| Koeficient centralizace | KC |

Část A

Heterogenní hrazené služby klasifikované doází, které byly v referenčním období hrazeny paušální úhradou a v hodnoceném období jsou hrazeny rovněž paušální úhradou

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|------------------------|---------------------------|--|--------------------------------|
| 00-M01 | 00-M01-01 | Velký kardiokirurgický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitý s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let | 11,56215 |
| 00-M01 | 00-M01-02 | Velký chirurgický výkon vyjma kardiokirurgického s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let | 10,83786 |
| 00-M01 | 00-M01-03 | Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let | 8,26594 |
| 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 | 5,33516 |
| 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 | 14,56451 |
| 00-M01 | 00-M01-06 | Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů) u dětí do 18 let věku | 6,82275 |
| 00-M02 | 00-M02-01 | Velký kardiokirurgický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitý s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let | 17,76898 |
| 00-M02 | 00-M02-02 | Velký chirurgický výkon vyjma kardiokirurgického s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let | 15,56853 |
| 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 | 14,09900 |
| 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 | 10,08558 |
| 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 | 22,65556 |
| 00-M02 | 00-M02-06 | Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů) u dětí do 18 let věku | 13,51537 |
| 00-M03 | 00-M03-01 | Velký kardiokirurgický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitý 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 | 28,48724 |
| 00-M03 | 00-M03-02 | Velký chirurgický výkon vyjma kardiokirurgického s UPV 505–1008 hodin (22–42 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let | 26,83411 |
| 00-M03 | 00-M03-03 | Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 505–1008 hodin (22–42 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let | 22,50284 |
| 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 | 17,01331 |
| 00-M04 | 00-M04-01 | Velký kardiokirurgický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitý 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 | 69,56309 |
| 00-M04 | 00-M04-02 | Velký chirurgický výkon vyjma kardiokirurgického s UPV 1009–1800 hodin (43–75 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let | 46,64869 |
| 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 | 46,64869 |
| 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 | 40,69386 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| 00-M05 | 00-M05-01 | Velký kardiokirurgický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitky 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 | 74,46599 |
| 00-M05 | 00-M05-02 | Velký chirurgický výkon vyjma kardiokirurgického s UPV 1801 a více hodin (76 a více dnů) u pacientů ve věku 18 a více let | 74,46599 |
| 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 | 74,46599 |
| 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 | 74,46599 |
| 01-C01 | 01-C01-01 | Aplikace více než 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy | 4,15562 |
| 01-C01 | 01-C01-02 | Aplikace 90 až 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy | 3,31273 |
| 01-C01 | 01-C01-03 | Aplikace 45 až 90 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy | 1,18330 |
| 01-C01 | 01-C01-04 | Aplikace 25 až 45 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy | 0,76218 |
| 01-C01 | 01-C01-05 | Aplikace 15 až 25 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy | 1,33822 |
| 01-C01 | 01-C01-06 | Aplikace méně než 15 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy | 1,11253 |
| 01-C03 | 01-C03-01 | Cílená léčba pro novotvary nervové soustavy | 0,31361 |
| 01-C03 | 01-C03-02 | Chemoterapie pro novotvary nervové soustavy | 0,81095 |
| 01-C04 | 01-C04-01 | Cílená léčba pro autoimunitní onemocnění nervové soustavy | 0,18760 |
| 01-C04 | 01-C04-02 | Chemoterapie pro autoimunitní onemocnění nervové soustavy | 0,28397 |
| 01-D01 | 01-D01-01 | Dlouhodobý EEG video monitoring pro epilepsii v CVSP | 1,21420 |
| 01-D01 | 01-D01-02 | Dlouhodobý EEG video monitoring mimo CVSP | 0,50157 |
| 01-D01 | 01-D01-03 | Jiný dlouhodobý diagnostický monitoring | 0,15629 |
| 01-I13 | 01-I13-00 | Chirurgické uvolnění mononeuropatie horní končetiny | 0,43829 |
| 01-K01 | 01-K01-01 | Autoimunitní onemocnění centrální nervové soustavy u pacientů s CC=1-4 | 0,90735 |
| 01-K01 | 01-K01-02 | Autoimunitní onemocnění centrální nervové soustavy u pacientů s CC=0 | 0,44668 |
| 01-K02 | 01-K02-01 | Bakteriální neuroinfekce nebo herpetická meningoencefalitida u pacientů s CC=2-4 | 3,03505 |
| 01-K02 | 01-K02-02 | Bakteriální neuroinfekce nebo herpetická meningoencefalitida u pacientů s CC=0-1 | 2,20514 |
| 01-K02 | 01-K02-03 | Jiná infekční onemocnění nervové soustavy u pacientů s CC=2-4 | 1,94704 |
| 01-K02 | 01-K02-04 | Jiná infekční onemocnění nervové soustavy u pacientů s CC=0-1 | 1,19161 |
| 01-K03 | 01-K03-01 | Epilepsie v CVSP u pacientů s CC=3-4 | 2,47731 |
| 01-K03 | 01-K03-02 | Epilepsie v CVSP u pacientů s CC=1-2 | 1,00923 |
| 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 | 0,80033 |
| 01-K03 | 01-K03-04 | Epilepsie v CVSP u pacientů ve věku 18-74 let s CC=0 | 0,50760 |
| 01-K03 | 01-K03-05 | Epilepsie mimo CVSP u pacientů s CC=3-4 | 1,87590 |
| 01-K03 | 01-K03-06 | Epilepsie mimo CVSP u pacientů s CC=1-2 | 0,78535 |
| 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 | 0,53014 |
| 01-K03 | 01-K03-08 | Epilepsie mimo CVSP u pacientů ve věku 18-74 let s CC=0 | 0,34586 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| 01-K04 | 01-K04-01 | Neurodegenerativní onemocnění u pacientů s CC=1-4 | 1,03848 |
| 01-K04 | 01-K04-02 | Neurodegenerativní onemocnění u pacientů s CC=0 | 0,66267 |
| 01-K05 | 01-K05-01 | Hydrocefalus u pacientů s CC=1-4 | 0,93528 |
| 01-K05 | 01-K05-02 | Hydrocefalus u pacientů s CC=0 | 0,43645 |
| 01-K06 | 01-K06-00 | Poruchy spánku | 0,15738 |
| 01-K07 | 01-K07-01 | Poruchy mozkových nervů u dětí do 18 let věku | 1,06743 |
| 01-K07 | 01-K07-02 | Poruchy mozkových nervů u pacientů ve věku 18 a více let | 0,56487 |
| 01-K07 | 01-K07-03 | Jiné bolesti hlavy u dětí do 18 let věku | 0,56673 |
| 01-K07 | 01-K07-04 | Jiné bolesti hlavy u pacientů ve věku 18 a více let | 0,39685 |
| 01-K08 | 01-K08-01 | Neuropatie a onemocnění motoneuronu u pacientů s CC=1-4 | 1,07524 |
| 01-K08 | 01-K08-02 | Neuropatie a onemocnění motoneuronu (mimo mononeuropatie horní končetiny) u pacientů s CC=0 | 0,60314 |
| 01-K08 | 01-K08-03 | Mononeuropatie horní končetiny u pacientů s CC=0 | 0,37165 |
| 01-K09 | 01-K09-01 | Onemocnění nervosvalového přenosu u pacientů s CC=1-4 | 1,03018 |
| 01-K09 | 01-K09-02 | Onemocnění nervosvalového přenosu u pacientů s CC=0 | 0,49292 |
| 01-K10 | 01-K10-07 | Mozkový infarkt mimo CVSP | 0,80532 |
| 01-K11 | 01-K11-01 | Netraumatické intrakraniální krvácení v komplexním CVSP u pacientů s CC=3-4 | 2,71988 |
| 01-K11 | 01-K11-02 | Netraumatické intrakraniální krvácení v komplexním CVSP u pacientů s CC=1-2 | 1,91530 |
| 01-K11 | 01-K11-03 | Netraumatické intrakraniální krvácení v komplexním CVSP u pacientů s CC=0 | 1,36452 |
| 01-K11 | 01-K11-04 | Netraumatické intrakraniální krvácení v CVSP u pacientů s CC=3-4 | 2,11419 |
| 01-K11 | 01-K11-05 | Netraumatické intrakraniální krvácení v CVSP u pacientů s CC=1-2 | 1,51413 |
| 01-K11 | 01-K11-06 | Netraumatické intrakraniální krvácení v CVSP u pacientů s CC=0 | 1,11978 |
| 01-K11 | 01-K11-07 | Netraumatické intrakraniální krvácení mimo CVSP | 1,30530 |
| 01-K12 | 01-K12-01 | Jiná cévní onemocnění mozku a míchy v komplexním CVSP | 0,65629 |
| 01-K12 | 01-K12-02 | Jiná cévní onemocnění mozku a míchy v CVSP | 0,54391 |
| 01-K12 | 01-K12-03 | Jiná cévní onemocnění mozku a míchy mimo CVSP | 0,42926 |
| 01-K13 | 01-K13-01 | Novotvary mozku a mozkových plen v CVSP u pacientů s CC=3-4 | 1,29332 |
| 01-K13 | 01-K13-02 | Novotvary mozku a mozkových plen v CVSP u pacientů s CC=0-2 | 0,78509 |
| 01-K13 | 01-K13-03 | Novotvary mozku a mozkových plen mimo CVSP u pacientů s CC=3-4 | 1,09627 |
| 01-K13 | 01-K13-04 | Novotvary mozku a mozkových plen mimo CVSP u pacientů s CC=0-2 | 0,72049 |
| 01-K14 | 01-K14-00 | Novotvary periferních nervů | 1,16984 |
| 01-K15 | 01-K15-00 | Vrozené vady nervové soustavy | 0,55834 |
| 01-K16 | 01-K16-01 | Závažná kraniocerebrální poranění v CVSP u pacientů s CC=3-4 | 1,85341 |
| 01-K16 | 01-K16-02 | Závažná kraniocerebrální poranění v CVSP u pacientů s CC=0-2 | 0,70591 |
| 01-K16 | 01-K16-03 | Závažná kraniocerebrální poranění mimo CVSP u pacientů s CC=3-4 | 1,65313 |
| 01-K16 | 01-K16-04 | Závažná kraniocerebrální poranění mimo CVSP u pacientů s CC=0-2 | 0,73330 |
| 01-K16 | 01-K16-05 | Zlomeniny lebky | 0,45450 |
| 01-K16 | 01-K16-06 | Otřes mozku | 0,25986 |
| 01-K17 | 01-K17-00 | Poranění periferních nervů | 0,55804 |
| 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 | 2,23091 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| 01-K18 | 01-K18-02 | Jiná onemocnění a poruchy nervové soustavy u pacientů s CC=3 | 1,31027 |
| 01-K18 | 01-K18-03 | Jiná onemocnění a poruchy nervové soustavy u pacientů s CC=1-2 | 0,69773 |
| 01-K18 | 01-K18-04 | Jiná onemocnění a poruchy nervové soustavy u pacientů s CC=0 | 0,48487 |
| 01-M04 | 01-M04-00 | Léčebná výměnná plazmaferéza pro onemocnění nervové soustavy | 3,39988 |
| 01-R02 | 01-R02-01 | Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní | 5,96718 |
| 01-R02 | 01-R02-02 | Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní | 3,42354 |
| 01-R02 | 01-R02-03 | Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 2,93915 |
| 01-R02 | 01-R02-04 | Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,89195 |
| 01-R02 | 01-R02-05 | Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 1,43995 |
| 01-R02 | 01-R02-06 | Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 0,72474 |
| 02-C01 | 02-C01-00 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar oka a očních adnex | 0,61701 |
| 02-I09 | 02-I09-01 | Filtrační operace pro glaukom u dětí do 18 let | 1,35749 |
| 02-I09 | 02-I09-02 | Implantace drenážního implantátu pro glaukom u pacientů ve věku 18 a více let | 0,62635 |
| 02-I09 | 02-I09-03 | Filtrační operace pro glaukom u pacientů ve věku 18 a více let | 0,88142 |
| 02-I12 | 02-I12-01 | Jiný chirurgický výkon na oku nebo očnici pro zánět nebo u dětí do 6 let | 1,13802 |
| 02-I12 | 02-I12-02 | Jiný chirurgický výkon na oku pro jiné hlavní diagnózy u pacientů ve věku 6 a více let | 0,77271 |
| 02-I13 | 02-I13-01 | Malý chirurgický výkon na očních adnexech se závažnou hlavní diagnózou nebo u dětí do 6 let | 0,57504 |
| 02-I13 | 02-I13-02 | Malý chirurgický výkon na očních adnexech pro jiné hlavní diagnózy u pacientů ve věku 6 a více let | 0,31998 |
| 02-K01 | 02-K01-01 | Zánětlivá onemocnění oka u pacientů s CC=2-4 | 1,23682 |
| 02-K01 | 02-K01-02 | Zánětlivá onemocnění oka u pacientů s CC=0-1 | 0,81406 |
| 02-K02 | 02-K02-01 | Závažná zánětlivá onemocnění očních adnex a očnice | 0,77921 |
| 02-K02 | 02-K02-02 | Ostatní zánětlivá onemocnění očních adnex a očnice | 0,45231 |
| 02-K03 | 02-K03-00 | Funkční poruchy rohovky | 0,41380 |
| 02-K04 | 02-K04-00 | Funkční poruchy čočky | 0,30285 |
| 02-K05 | 02-K05-01 | Funkční poruchy sklivce, sítnice a cévnatky u dětí do 18 let nebo sítnicové cévní uzávěry | 0,66071 |
| 02-K05 | 02-K05-02 | Ostatní funkční poruchy sklivce, sítnice a cévnatky u pacientů ve věku 18 a více let | 0,51547 |
| 02-K06 | 02-K06-01 | Glaukom u dětí do 18 let | 0,37394 |
| 02-K06 | 02-K06-02 | Glaukom u pacientů ve věku 18 a více let | 0,40934 |
| 02-K07 | 02-K07-01 | Paralytický strabismus | 0,81258 |
| 02-K07 | 02-K07-02 | Ostatní funkční poruchy očních adnex | 0,45050 |
| 02-K08 | 02-K08-00 | Novotvary oka, očních adnex a očnice | 0,44483 |
| 02-K09 | 02-K09-00 | Oční traumata | 0,41070 |
| 02-K10 | 02-K10-00 | Vrozené vady oka, očních adnex a očnice | 0,42316 |
| 02-K11 | 02-K11-01 | Onemocnění zrakového nervu a zrakových drah | 0,78026 |
| 02-K11 | 02-K11-02 | Jiné onemocnění oka, očních adnex nebo očnice | 0,48921 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| 02-M01 | 02-M01-01 | Laserová a koagulační léčba u dětí do 18 let | 0,61925 |
| 02-M01 | 02-M01-02 | Laserová a koagulační léčba u pacientů ve věku 18 a více let | 0,60131 |
| 02-R03 | 02-R03-00 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka | 0,90319 |
| 03-C01 | 03-C01-01 | Cílená léčba pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku | 0,45858 |
| 03-C01 | 03-C01-02 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku | 0,44316 |
| 03-I19 | 03-I19-01 | Jiný výkon v ústní dutině, hltanu nebo na čelisti u pacientů s CC=3-4 | 2,84402 |
| 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 | 0,77053 |
| 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 | 0,69901 |
| 03-I24 | 03-I24-00 | Extrakce zubu nebo preprotetická úprava alveolu | 0,42471 |
| 03-I25 | 03-I25-00 | Tracheostomie | 1,67786 |
| 03-K01 | 03-K01-01 | Záněty ucha mimo nehnisavý zánět středního ucha | 0,71158 |
| 03-K01 | 03-K01-02 | Nehnisavý zánět středního ucha | 0,39519 |
| 03-K02 | 03-K02-01 | Záněty horních cest dýchacích a hrtanu s CC=3-4 | 1,11526 |
| 03-K02 | 03-K02-02 | Záněty horních cest dýchacích a hrtanu u pacientů ve věku 65 a více let nebo s CC=1-2 | 0,58029 |
| 03-K02 | 03-K02-03 | Záněty horních cest dýchacích a hrtanu u pacientů do 65 let věku s CC=0 | 0,35485 |
| 03-K03 | 03-K03-01 | Záněty úst, ústní dutiny a čelisti u pacientů s CC=2-4 | 1,14666 |
| 03-K03 | 03-K03-02 | Záněty úst, ústní dutiny a čelisti u pacientů s CC=0-1 | 0,51548 |
| 03-K04 | 03-K04-01 | Funkční a strukturální poruchy ucha u pacientů ve věku 18 a více let | 0,49103 |
| 03-K04 | 03-K04-02 | Funkční a strukturální poruchy ucha u dětí do 18 let věku | 0,48215 |
| 03-K05 | 03-K05-00 | Funkční a strukturální poruchy nosu a nosních dutin | 0,28188 |
| 03-K06 | 03-K06-01 | Akutní záněty krčních mandlí | 0,47583 |
| 03-K06 | 03-K06-02 | Nemoci mandlí a adenoidní tkáň mimo akutní záněty | 0,24312 |
| 03-K07 | 03-K07-00 | Funkční a strukturální poruchy hrtanu | 0,31627 |
| 03-K08 | 03-K08-00 | Nezánětlivé nemoci úst, ústní dutiny a čelisti | 0,37134 |
| 03-K09 | 03-K09-01 | Zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní a krku v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,27052 |
| 03-K09 | 03-K09-02 | Zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní a krku v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,52639 |
| 03-K09 | 03-K09-03 | Zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní a krku mimo CVSP | 0,51465 |
| 03-K10 | 03-K10-01 | Novotvary ucha, nosu, dutiny ústní a krku mimo zhoubné | 0,39603 |
| 03-K10 | 03-K10-02 | Polypy nosu a hrdla | 0,30667 |
| 03-K11 | 03-K11-00 | Vrozené vady ucha, nosu, dutiny ústní a krku | 0,35722 |
| 03-K12 | 03-K12-01 | Traumata ucha, nosu, dutiny ústní a krku v CVSP | 0,35396 |
| 03-K12 | 03-K12-02 | Traumata ucha, nosu, dutiny ústní a krku mimo CVSP | 0,27048 |
| 03-K13 | 03-K13-01 | Jiné nemoci ucha, nosu, dutiny ústní a krku u pacientů s CC=1-4 | 0,54786 |
| 03-K13 | 03-K13-02 | Jiné nemoci ucha, nosu, dutiny ústní a krku u pacientů s CC=0 | 0,19384 |
| 03-R01 | 03-R01-01 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 21 a více ozařovacích dní | 6,88520 |
| 03-R01 | 03-R01-02 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 11-20 ozařovacích dní | 3,82912 |
| 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 | 2,96097 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| 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 | 1,79546 |
| 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 | 1,48054 |
| 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 | 0,61400 |
| 03-R02 | 03-R02-01 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ústní dutiny, hltanu nebo nosohltanu v rámci 2 a více ozařovacích dnů | 1,67664 |
| 03-R02 | 03-R02-02 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ústní dutiny, hltanu nebo nosohltanu v rámci 1 ozařovacího dne | 0,40398 |
| 04-C02 | 04-C02-01 | Cílená léčba pro zhoubný novotvar dýchací soustavy | 0,35859 |
| 04-C02 | 04-C02-02 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy | 0,38452 |
| 04-I08 | 04-I08-01 | Opakovaná hrudní drenáž nebo hrudní drenáž u pacientů s CC=4 | 3,01379 |
| 04-I08 | 04-I08-02 | Hrudní drenáž otevřeným přístupem nebo thorakoskopicky u pacientů s CC=0-3 | 1,75335 |
| 04-I08 | 04-I08-03 | Klasická nebo perkutánní hrudní drenáž u pacientů s CC=1-3 | 1,58692 |
| 04-I08 | 04-I08-04 | Klasická nebo perkutánní hrudní drenáž u pacientů s CC=0 | 0,96547 |
| 04-I09 | 04-I09-01 | Diagnostický chirurgický výkon nebo odstranění mizních uzlin pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=1-4 | 1,84669 |
| 04-I09 | 04-I09-02 | Diagnostický chirurgický výkon nebo odstranění mizních uzlin pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=0 | 0,90573 |
| 04-I10 | 04-I10-01 | Chirurgický výkon pro ošetření tracheostomie bez jejího uzavření | 1,14542 |
| 04-I10 | 04-I10-02 | Chirurgický výkon pro ošetření tracheostomie s jejím uzavřením | 0,58926 |
| 04-K01 | 04-K01-01 | Tuberkulóza u dětí do 18 let věku nebo u pacientů s CC=1-4 | 1,54237 |
| 04-K01 | 04-K01-02 | Tuberkulóza u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0 | 0,42448 |
| 04-K02 | 04-K02-01 | Časně úmrtí do 2 dnů pro zánět plic | 0,16709 |
| 04-K02 | 04-K02-02 | Záněty plic u pacientů s CC=4, transplantovanými plicemi nebo s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) | 2,29069 |
| 04-K02 | 04-K02-03 | Záněty plic u pacientů s CC=2-3 | 1,06790 |
| 04-K02 | 04-K02-04 | Záněty plic u pacientů s CC=0-1 | 0,74860 |
| 04-K03 | 04-K03-01 | Záněty průdušnice, průdušek a průdušinek u pacientů s CC=3-4 | 1,20917 |
| 04-K03 | 04-K03-02 | Záněty průdušnice, průdušek a průdušinek u pacientů s CC=1-2 | 0,69535 |
| 04-K03 | 04-K03-03 | Záněty průdušnice, průdušek a průdušinek u pacientů s CC=0 | 0,53463 |
| 04-K04 | 04-K04-01 | Astma u pacientů s CC=2-4 | 0,93556 |
| 04-K04 | 04-K04-02 | Astma u pacientů s CC=0-1 | 0,50894 |
| 04-K05 | 04-K05-01 | Časně úmrtí do 2 dnů pro plicní embolii | 0,43273 |
| 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) | 1,21945 |
| 04-K05 | 04-K05-03 | Plicní embolie v CVSP u pacientů bez akutního cor pulmonale s CC=0-2 | 0,65989 |
| 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) | 0,93256 |
| 04-K05 | 04-K05-05 | Plicní embolie mimo CVSP u pacientů bez akutního cor pulmonale s CC=0-2 | 0,51145 |
| 04-K06 | 04-K06-01 | Chronická obstrukční plicní nemoc u pacientů s CC=4 | 1,78016 |
| 04-K06 | 04-K06-02 | Chronická obstrukční plicní nemoc u pacientů s CC=2-3 | 0,88498 |
| 04-K06 | 04-K06-03 | Chronická obstrukční plicní nemoc u pacientů s CC=0-1 | 0,58179 |
| 04-K07 | 04-K07-01 | Intersticiální plicní nemoc u pacientů s CC=4 | 2,34102 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| 04-K07 | 04-K07-02 | Intersticiální plicní nemoc u pacientů s CC=2-3 | 1,07122 |
| 04-K07 | 04-K07-03 | Intersticiální plicní nemoc u pacientů s CC=0-1 | 0,57482 |
| 04-K08 | 04-K08-01 | Časné úmrtí do 2 dnů pro respirační selhání | 0,44851 |
| 04-K08 | 04-K08-02 | Respirační selhání u pacientů s CC=4 | 2,49149 |
| 04-K08 | 04-K08-03 | Respirační selhání u pacientů s CC=2-3 | 1,18713 |
| 04-K08 | 04-K08-04 | Respirační selhání u pacientů s CC=0-1 | 0,42628 |
| 04-K09 | 04-K09-01 | Časné úmrtí do 2 dnů pro zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku | 0,12042 |
| 04-K09 | 04-K09-02 | Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,28095 |
| 04-K09 | 04-K09-03 | Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,55611 |
| 04-K09 | 04-K09-04 | Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,91589 |
| 04-K09 | 04-K09-05 | Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,47515 |
| 04-K10 | 04-K10-01 | Novotvary dýchací soustavy mimo zhoubné u pacientů s CC=2-4 | 0,76739 |
| 04-K10 | 04-K10-02 | Novotvary dýchací soustavy mimo zhoubné u pacientů s CC=0-1 | 0,38046 |
| 04-K11 | 04-K11-01 | Cystická fibróza u pacientů ve věku 16 a více let | 1,65617 |
| 04-K11 | 04-K11-02 | Cystická fibróza u dětí do 16 let věku | 1,13841 |
| 04-K12 | 04-K12-00 | Vrozené vady dýchací soustavy mimo cystickou fibrózu | 0,65766 |
| 04-K13 | 04-K13-01 | Trauma dýchací soustavy a hrudníku v CVSP | 0,53793 |
| 04-K13 | 04-K13-02 | Trauma dýchací soustavy a hrudníku mimo CVSP | 0,41225 |
| 04-K14 | 04-K14-01 | Pneumotorax a hemotorax u pacientů s CC=3-4 | 1,69367 |
| 04-K14 | 04-K14-02 | Pneumotorax a hemotorax u pacientů s CC=1-2 | 1,04869 |
| 04-K14 | 04-K14-03 | Pneumotorax a hemotorax u pacientů s CC=0 | 0,65388 |
| 04-K15 | 04-K15-01 | Jiné nemoci dýchací soustavy u pacientů s CC=4 | 2,07085 |
| 04-K15 | 04-K15-02 | Plicní edém nebo jiné nemoci dýchací soustavy u pacientů s CC=2-3 | 1,05434 |
| 04-K15 | 04-K15-03 | Jiné nemoci dýchací soustavy u pacientů s CC=0-1 | 0,42467 |
| 04-M01 | 04-M01-01 | Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 1801 a více hodin (76 a více dní) | 74,46599 |
| 04-M01 | 04-M01-02 | Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 1009-1800 hodin (43-75 dní) | 40,69386 |
| 04-M01 | 04-M01-03 | Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 505-1008 hodin (22-42 dní) | 16,06158 |
| 04-M01 | 04-M01-04 | Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 241-504 hodin (11-21 dní) | 9,37921 |
| 04-M01 | 04-M01-05 | Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 97-240 hodin (5-10 dní) | 4,85838 |
| 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 | 2,87521 |
| 04-M01 | 04-M01-07 | Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 25-96 hodin (2-4 dny) u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2 | 2,32196 |
| 04-M01 | 04-M01-08 | Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 25-96 hodin (2-4 dny) u dětí do 18 let věku | 3,35907 |
| 04-M02 | 04-M02-01 | Endoskopické zavedení endobronchiální chlopně pro chronickou obstrukční plicní nemoc | 4,35481 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|------------------------|---------------------------|---|--------------------------------|
| 04-M02 | 04-M02-02 | Endoskopická dilatace stenóz pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=1-4 | 2,12337 |
| 04-M02 | 04-M02-03 | Endoskopický výkon mimo dilatace pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=1-4 | 1,32599 |
| 04-M02 | 04-M02-04 | Endoskopický výkon pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=0 | 0,62880 |
| 04-R02 | 04-R02-01 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní | 6,58184 |
| 04-R02 | 04-R02-02 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní | 3,15876 |
| 04-R02 | 04-R02-03 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 2,86044 |
| 04-R02 | 04-R02-04 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,90427 |
| 04-R02 | 04-R02-05 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 1,83273 |
| 04-R02 | 04-R02-06 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 0,87684 |
| 04-R03 | 04-R03-01 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů | 1,63795 |
| 04-R03 | 04-R03-02 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v rámci 1 ozařovacího dne | 0,40303 |
| 05-D01 | 05-D01-01 | Elektrofyzilogické vyšetření nebo implantace arytmiického záznamníku se srdeční katetrizací | 2,02848 |
| 05-D01 | 05-D01-02 | Implantace arytmiického záznamníku | 1,30037 |
| 05-D01 | 05-D01-03 | Elektrofyzilogické vyšetření | 0,92968 |
| 05-D01 | 05-D01-04 | Invasivní diagnostika pro závažné onemocnění oběhové soustavy u pacientů s CC=3-4 | 2,51521 |
| 05-D01 | 05-D01-05 | Invasivní diagnostika za použití doplňující zobrazovací nebo funkční vyšetřovací metody pro závažné onemocnění oběhové soustavy u pacientů s CC=0-2 | 1,07207 |
| 05-D01 | 05-D01-06 | Invasivní diagnostika pro závažné onemocnění oběhové soustavy u pacientů s CC=0-2 | 0,66708 |
| 05-D01 | 05-D01-07 | Invasivní diagnostika za použití doplňující zobrazovací nebo funkční vyšetřovací metody pro jinou nemoc oběhové soustavy | 0,83609 |
| 05-D01 | 05-D01-08 | Invasivní diagnostika pro jinou nemoc oběhové soustavy | 0,35241 |
| 05-I23 | 05-I23-01 | Amputace celé končetiny nebo amputace části končetiny mimo prsty pro nemoc periferních cév pacientů s CC=3-4 v CVSP | 4,01580 |
| 05-I23 | 05-I23-02 | Amputace části končetiny mimo prsty pro nemoc periferních cév v CVSP u pacientů s CC=0-2 | 1,94354 |
| 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 | 2,16609 |
| 05-I23 | 05-I23-04 | Amputace části končetiny mimo prsty pro nemoc periferních cév mimo CVSP u pacientů s CC=0-2 | 1,59640 |
| 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 | 1,36319 |
| 05-I27 | 05-I27-02 | Jiný chirurgický výkon pro nemoc oběhové soustavy v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 1,01786 |
| 05-I27 | 05-I27-03 | Jiný chirurgický výkon pro nemoc oběhové soustavy mimo CVSP | 0,76037 |
| 05-I28 | 05-I28-01 | Amputace prstů nebo záprstí pro nemoc periferních cév v CVSP | 0,87184 |
| 05-I28 | 05-I28-02 | Amputace prstů nebo záprstí pro nemoc periferních cév mimo CVSP | 0,87078 |
| 05-K01 | 05-K01-01 | Nemoci myokardu u pacientů s CC=3-4 | 1,91717 |
| 05-K01 | 05-K01-02 | Nemoci myokardu u pacientů s CC=1-2 | 0,91253 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|------------------------|---------------------------|--|--------------------------------|
| 05-K01 | 05-K01-03 | Nemoci myokardu u pacientů s CC=0 | 0,68625 |
| 05-K02 | 05-K02-01 | Nemoci perikardu v CVSP u pacientů s CC=1-4 | 1,29785 |
| 05-K02 | 05-K02-02 | Nemoci perikardu v CVSP u pacientů s CC=0 | 0,81295 |
| 05-K02 | 05-K02-03 | Nemoci perikardu mimo CVSP | 0,66498 |
| 05-K03 | 05-K03-01 | Akutní koronární syndrom v CVSP u pacientů s CC=3-4 | 1,31746 |
| 05-K03 | 05-K03-02 | Akutní koronární syndrom v CVSP u pacientů s CC=1-2 | 0,76767 |
| 05-K03 | 05-K03-03 | Akutní koronární syndrom v CVSP u pacientů s CC=0 | 0,43003 |
| 05-K03 | 05-K03-04 | Akutní koronární syndrom mimo CVSP u pacientů s CC=3-4 | 1,03284 |
| 05-K03 | 05-K03-05 | Akutní koronární syndrom mimo CVSP u pacientů s CC=1-2 | 0,51016 |
| 05-K03 | 05-K03-06 | Akutní koronární syndrom mimo CVSP u pacientů s CC=0 | 0,26104 |
| 05-K04 | 05-K04-01 | Chronická ischemická choroba srdeční v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,88405 |
| 05-K04 | 05-K04-02 | Chronická ischemická choroba srdeční v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,26374 |
| 05-K04 | 05-K04-03 | Chronická ischemická choroba srdeční mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,49306 |
| 05-K04 | 05-K04-04 | Chronická ischemická choroba srdeční mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,23232 |
| 05-K05 | 05-K05-01 | Poruchy srdečního rytmu v CVSP u pacientů s CC=3-4 | 1,68146 |
| 05-K05 | 05-K05-02 | Poruchy srdečního rytmu v CVSP u pacientů s CC=1-2 | 0,78721 |
| 05-K05 | 05-K05-03 | Poruchy srdečního rytmu mimo CVSP u pacientů s CC=3-4 | 1,37584 |
| 05-K05 | 05-K05-04 | Poruchy srdečního rytmu mimo CVSP u pacientů s CC=1-2 | 0,55724 |
| 05-K05 | 05-K05-05 | Poruchy srdečního rytmu u pacientů s CC=0 | 0,32074 |
| 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) | 2,19026 |
| 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) | 1,50400 |
| 05-K06 | 05-K06-03 | Časné úmrtí do 2 dnů pro srdeční zástavu nebo šok | 0,37657 |
| 05-K06 | 05-K06-04 | Srdeční zástava a šok v CVSP u pacientů s CC=0-3 | 1,30011 |
| 05-K06 | 05-K06-05 | Srdeční zástava a šok mimo CVSP u pacientů s CC=0-3 | 1,00665 |
| 05-K07 | 05-K07-01 | Srdeční selhání s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) | 2,75800 |
| 05-K07 | 05-K07-02 | Časné úmrtí do 2 dnů pro srdeční selhání | 0,18967 |
| 05-K07 | 05-K07-03 | Srdeční selhání v CVSP u pacientů s CC=3-4 | 1,61788 |
| 05-K07 | 05-K07-04 | Srdeční selhání v CVSP u pacientů s CC=1-2 | 1,04181 |
| 05-K07 | 05-K07-05 | Srdeční selhání v CVSP u pacientů s CC=0 | 0,76184 |
| 05-K07 | 05-K07-06 | Srdeční selhání mimo CVSP u pacientů s CC=3-4 | 1,16977 |
| 05-K07 | 05-K07-07 | Srdeční selhání mimo CVSP u pacientů s CC=1-2 | 0,66163 |
| 05-K07 | 05-K07-08 | Srdeční selhání mimo CVSP u pacientů s CC=0 | 0,52487 |
| 05-K08 | 05-K08-01 | Zánět endokardu v CVSP u pacientů s CC=3-4 | 4,00523 |
| 05-K08 | 05-K08-02 | Zánět endokardu v CVSP u pacientů s CC=0-2 | 2,35103 |
| 05-K08 | 05-K08-03 | Zánět endokardu mimo CVSP | 1,85419 |
| 05-K09 | 05-K09-01 | Funkční a strukturální poruchy chlopní u pacientů s CC=3-4 | 1,58922 |
| 05-K09 | 05-K09-02 | Funkční a strukturální poruchy chlopní u pacientů s CC=1-2 | 0,49890 |
| 05-K09 | 05-K09-03 | Funkční a strukturální poruchy chlopní u pacientů s CC=0 | 0,38694 |
| 05-K10 | 05-K10-00 | Funkční a strukturální poruchy aorty | 0,48803 |
| 05-K11 | 05-K11-00 | Funkční a strukturální poruchy plicní cirkulace | 0,72539 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - 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 | 1,29139 |
| 05-K12 | 05-K12-02 | Funkční a strukturální poruchy tepen mimo aortu u pacientů s CC=0-2 | 0,47452 |
| 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 | 1,28659 |
| 05-K13 | 05-K13-02 | Jiné nemoci žil v CVSP u pacientů s CC=0-2 | 0,53715 |
| 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 | 0,95609 |
| 05-K13 | 05-K13-04 | Jiné nemoci žil mimo CVSP u pacientů s CC=0-2 | 0,37258 |
| 05-K14 | 05-K14-01 | Hypertenze se selháním srdce nebo ledvin v CVSP | 0,83680 |
| 05-K14 | 05-K14-02 | Hypertenze v CVSP u pacientů s CC=1-4 | 0,83695 |
| 05-K14 | 05-K14-03 | Hypertenze v CVSP u pacientů s CC=0 | 0,37312 |
| 05-K14 | 05-K14-04 | Hypertenze se selháním srdce nebo ledvin mimo CVSP | 0,69877 |
| 05-K14 | 05-K14-05 | Hypertenze mimo CVSP u pacientů s CC=1-4 | 0,43529 |
| 05-K14 | 05-K14-06 | Hypertenze mimo CVSP u pacientů s CC=0 | 0,24550 |
| 05-K15 | 05-K15-01 | Hypotenze a kolaps v CVSP u pacientů s CC=1-4 | 0,83757 |
| 05-K15 | 05-K15-02 | Hypotenze a kolaps v CVSP u pacientů s CC=0 | 0,39715 |
| 05-K15 | 05-K15-03 | Hypotenze a kolaps mimo CVSP u pacientů s CC=1-4 | 0,42067 |
| 05-K15 | 05-K15-04 | Hypotenze a kolaps mimo CVSP u pacientů s CC=0 | 0,27865 |
| 05-K16 | 05-K16-01 | Vrozené vady oběhové soustavy u dětí do 18 let | 0,58716 |
| 05-K16 | 05-K16-02 | Vrozené vady oběhové soustavy u pacientů ve věku 18 a více let | 0,46012 |
| 05-K17 | 05-K17-00 | Traumata oběhové soustavy | 0,78297 |
| 05-K18 | 05-K18-01 | Infekční a zánětlivé komplikace umělých náhrad | 1,50885 |
| 05-K18 | 05-K18-02 | Jiné komplikace umělých náhrad | 0,60870 |
| 05-K19 | 05-K19-01 | Jiné nemoci a poruchy oběhové soustavy v CVSP | 0,36192 |
| 05-K19 | 05-K19-02 | Jiné nemoci a poruchy oběhové soustavy mimo CVSP | 0,26153 |
| 06-C01 | 06-C01-00 | Cílená léčba pro Crohnovu nemoc nebo ulcerózní kolitidu | 0,18323 |
| 06-C02 | 06-C02-01 | Cílená léčba pro zhoubný novotvar trávicí soustavy | 0,27688 |
| 06-C02 | 06-C02-02 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar jícnu nebo žaludku | 0,32470 |
| 06-C02 | 06-C02-03 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu | 0,29093 |
| 06-D01 | 06-D01-00 | Endoskopický diagnostický výkon a staging pro Crohnovu nemoc a ulcerózní kolitidu | 0,66168 |
| 06-I14 | 06-I14-01 | Drenážní výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4 | 2,94262 |
| 06-I14 | 06-I14-02 | Drenážní výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2 | 1,56100 |
| 06-K01 | 06-K01-01 | Klostridiová střevní infekce u pacientů s CC=4 | 2,36261 |
| 06-K01 | 06-K01-02 | Klostridiová střevní infekce u pacientů s CC=2-3 | 1,13519 |
| 06-K01 | 06-K01-03 | Klostridiová střevní infekce u pacientů s CC=0-1 | 0,74707 |
| 06-K02 | 06-K02-01 | Střevní infekce mimo klostridiové u pacientů s CC=4 | 1,89396 |
| 06-K02 | 06-K02-02 | Střevní infekce mimo klostridiové u pacientů s CC=2-3 | 0,67733 |
| 06-K02 | 06-K02-03 | Parazitární a bakteriální střevní infekce mimo klostridiové u pacientů s CC=0-1 | 0,47068 |
| 06-K02 | 06-K02-04 | Virové střevní infekce u pacientů s CC=0-1 | 0,36508 |
| 06-K03 | 06-K03-01 | Refluxní onemocnění a zánět jícnu u pacientů s CC=4 | 2,07026 |
| 06-K03 | 06-K03-02 | Refluxní onemocnění a zánět jícnu u pacientů s CC=2-3 | 0,96482 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| 06-K03 | 06-K03-03 | Refluxní onemocnění a zánět jícnu u pacientů s CC=0-1 | 0,41377 |
| 06-K04 | 06-K04-01 | Peptický vřed a zánět žaludku u pacientů s CC=4 | 1,96244 |
| 06-K04 | 06-K04-02 | Peptický vřed a zánět žaludku s perforací nebo krvácením nebo u pacientů s CC=2-3 | 0,87715 |
| 06-K04 | 06-K04-03 | Peptický vřed bez perforace a krvácení a jiný zánět žaludku u pacientů s CC=0-1 | 0,38396 |
| 06-K05 | 06-K05-01 | Nemoci apendixu se zánětem peritonea | 0,80090 |
| 06-K05 | 06-K05-02 | Nemoci apendixu bez zánětu peritonea | 0,41380 |
| 06-K06 | 06-K06-01 | Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida u pacientů s CC=1-4 | 1,10594 |
| 06-K06 | 06-K06-02 | Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida u pacientů s CC=0 | 0,61058 |
| 06-K07 | 06-K07-01 | Divertikulární nemoc střeva s perforací a abscesem nebo u pacientů s CC=2-4 | 0,73816 |
| 06-K07 | 06-K07-02 | Divertikulární nemoc střeva bez perforace a abscesu u pacientů s CC=0-1 | 0,42066 |
| 06-K08 | 06-K08-01 | Varixy jícnu s krvácením nebo jiné funkční a strukturální poruchy jícnu a žaludku u pacientů s CC=3-4 | 1,15940 |
| 06-K08 | 06-K08-02 | Funkční a strukturální poruchy jícnu a žaludku mimo krvácející varixy s CC=0-2 | 0,46903 |
| 06-K09 | 06-K09-01 | Kýly u pacientů s CC=2-4 | 1,04041 |
| 06-K09 | 06-K09-02 | Kýly u pacientů s CC=0-1 | 0,31302 |
| 06-K10 | 06-K10-01 | Vaskulární onemocnění střeva nebo obstrukce trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4 | 1,56679 |
| 06-K10 | 06-K10-02 | Vaskulární onemocnění střeva u pacientů s CC=0-2 nebo obstrukce trávicí soustavy u pacientů s CC=1-2 | 0,72251 |
| 06-K10 | 06-K10-03 | Obstrukce trávicí soustavy u pacientů s CC=0 | 0,39886 |
| 06-K11 | 06-K11-00 | Nemoci anorekta | 0,35135 |
| 06-K12 | 06-K12-01 | Pooperační střevní malabsorpce | 1,20621 |
| 06-K12 | 06-K12-02 | Střevní malabsorpce mimo pooperační | 0,33213 |
| 06-K13 | 06-K13-01 | Zhoubný novotvar jícnu a žaludku v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,31081 |
| 06-K13 | 06-K13-02 | Zhoubný novotvar jícnu a žaludku v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,59431 |
| 06-K13 | 06-K13-03 | Zhoubný novotvar jícnu a žaludku mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,97596 |
| 06-K13 | 06-K13-04 | Zhoubný novotvar jícnu a žaludku mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,48738 |
| 06-K14 | 06-K14-01 | Zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,13296 |
| 06-K14 | 06-K14-02 | Zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,47965 |
| 06-K14 | 06-K14-03 | Zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,81346 |
| 06-K14 | 06-K14-04 | Zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,43564 |
| 06-K15 | 06-K15-01 | Novotvary trávicích orgánů mimo zhoubné u pacientů s CC=1-4 | 0,53316 |
| 06-K15 | 06-K15-02 | Novotvary trávicích orgánů mimo zhoubné u pacientů s CC=0 | 0,27905 |
| 06-K16 | 06-K16-00 | Vrozené vady trávicí soustavy | 0,51805 |
| 06-K17 | 06-K17-01 | Traumata trávicí soustavy mimo cizí těleso | 0,76455 |
| 06-K17 | 06-K17-02 | Cizí těleso v trávicí soustavě | 0,27995 |
| 06-K18 | 06-K18-00 | Umělá vyústění trávicí soustavy | 0,38066 |
| 06-K19 | 06-K19-01 | Zánět pobřišnice nebo střeva u pacientů s CC=3-4 | 1,64165 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| 06-K19 | 06-K19-02 | Zánět pobřišnice nebo střeva u pacientů s CC=1-2 | 1,09214 |
| 06-K19 | 06-K19-03 | Zánět pobřišnice nebo střeva u pacientů s CC=0 | 0,64543 |
| 06-K20 | 06-K20-01 | Krvácení z trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4 | 1,31824 |
| 06-K20 | 06-K20-02 | Krvácení z trávicí soustavy u pacientů s CC=1-2 | 0,74220 |
| 06-K20 | 06-K20-03 | Krvácení z trávicí soustavy u pacientů s CC=0 | 0,40748 |
| 06-K21 | 06-K21-01 | Jiný neinfekční střevní zánět u pacientů s CC=3-4 | 1,49330 |
| 06-K21 | 06-K21-02 | Jiný neinfekční střevní zánět u pacientů s CC=1-2 | 0,61573 |
| 06-K21 | 06-K21-03 | Jiný neinfekční střevní zánět u pacientů s CC=0 | 0,36005 |
| 06-K22 | 06-K22-01 | Jiné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4 | 0,99828 |
| 06-K22 | 06-K22-02 | Jiné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=1-2 | 0,51308 |
| 06-K22 | 06-K22-03 | Jiné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0 | 0,31739 |
| 06-M01 | 06-M01-01 | Endoskopický výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4 | 2,19308 |
| 06-M01 | 06-M01-02 | Endoskopický výkon pro odstranění léze trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2 | 0,93662 |
| 06-M01 | 06-M01-03 | Endoskopická dilatace trávicí trubice, zavedení stentu nebo stavění krvácení z trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2 | 0,77714 |
| 06-M01 | 06-M01-04 | Endoskopické zavedení gastrostomie pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2 | 0,67765 |
| 06-M01 | 06-M01-05 | Endoskopický výkon pro jícnové varixy, odstranění polypu nebo cizího tělesa z trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2 | 0,39132 |
| 06-R01 | 06-R01-01 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní | 5,61401 |
| 06-R01 | 06-R01-02 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní | 3,47805 |
| 06-R01 | 06-R01-03 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 2,98170 |
| 06-R01 | 06-R01-04 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,84940 |
| 06-R01 | 06-R01-05 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 1,72133 |
| 06-R01 | 06-R01-06 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 0,74763 |
| 06-R02 | 06-R02-01 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů | 1,62207 |
| 06-R02 | 06-R02-02 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v rámci 1 ozařovacího dne | 0,42672 |
| 07-C01 | 07-C01-01 | Cílená léčba pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní | 0,36129 |
| 07-C01 | 07-C01-02 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní | 0,26983 |
| 07-I11 | 07-I11-01 | Jiný chirurgický výkon v dutině břišní pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=2-4 | 3,60027 |
| 07-I11 | 07-I11-02 | Jiný chirurgický výkon v dutině břišní pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=0-1 | 1,30295 |
| 07-K01 | 07-K01-01 | Zánět a selhání jater u pacientů s CC=3-4 | 2,42253 |
| 07-K01 | 07-K01-02 | Zánět a selhání jater u pacientů s CC=0-2 | 0,92271 |
| 07-K02 | 07-K02-01 | Akutní zánět slinivky břišní u pacientů s CC=3-4 | 2,34237 |
| 07-K02 | 07-K02-02 | Akutní zánět slinivky břišní u dětí do 18 let věku nebo u pacientů s CC=2 | 1,25357 |
| 07-K02 | 07-K02-03 | Akutní zánět slinivky břišní u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1 | 0,68660 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| 07-K03 | 07-K03-01 | Chronický zánět a cysta slinivky břišní u pacientů s CC=3-4 | 2,02915 |
| 07-K03 | 07-K03-02 | Chronický zánět a cysta slinivky břišní u pacientů s CC=0-2 | 0,45722 |
| 07-K04 | 07-K04-01 | Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=4 | 2,22707 |
| 07-K04 | 07-K04-02 | Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=3 | 1,39658 |
| 07-K04 | 07-K04-03 | Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=1-2 nebo hepatorenální syndrom | 0,93506 |
| 07-K04 | 07-K04-04 | Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=0 | 0,56947 |
| 07-K05 | 07-K05-01 | Obstrukce nebo zánět žlučníku a žlučových cest u pacientů s CC=3-4 | 1,45789 |
| 07-K05 | 07-K05-02 | Zánět žlučníku a žlučových cest u pacientů s CC=0-2 | 0,60187 |
| 07-K05 | 07-K05-03 | Obstrukce žlučníku a žlučových cest u pacientů s CC=0-2 | 0,34466 |
| 07-K06 | 07-K06-01 | Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,07440 |
| 07-K06 | 07-K06-02 | Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,43217 |
| 07-K06 | 07-K06-03 | Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,80361 |
| 07-K06 | 07-K06-04 | Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,36773 |
| 07-K07 | 07-K07-01 | Zhoubný novotvar slinivky břišní v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,95888 |
| 07-K07 | 07-K07-02 | Zhoubný novotvar slinivky břišní v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,49435 |
| 07-K07 | 07-K07-03 | Zhoubný novotvar slinivky břišní mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,75230 |
| 07-K07 | 07-K07-04 | Zhoubný novotvar slinivky břišní mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,41261 |
| 07-K08 | 07-K08-01 | Novotvary hepatobiliární soustavy a slinivky břišní mimo zhoubné u pacientů s CC=2-4 | 0,74049 |
| 07-K08 | 07-K08-02 | Novotvary hepatobiliární soustavy a slinivky břišní mimo zhoubné u pacientů s CC=0-1 | 0,37800 |
| 07-K09 | 07-K09-00 | Vrozené vady hepatobiliární soustavy a slinivky břišní | 0,91248 |
| 07-K10 | 07-K10-00 | Traumata hepatobiliární soustavy a slinivky břišní | 1,26755 |
| 07-K11 | 07-K11-01 | Jiné nemoci hepatobiliární soustavy a slinivky břišní u pacientů s CC=3-4 | 0,91094 |
| 07-K11 | 07-K11-02 | Jiné nemoci hepatobiliární soustavy a slinivky břišní u dětí do 18 let věku s CC=0-2 | 0,72893 |
| 07-K11 | 07-K11-03 | Jiné nemoci hepatobiliární soustavy a slinivky břišní u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2 | 0,37810 |
| 07-R02 | 07-R02-01 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 21 a více ozařovacích dní | 6,22087 |
| 07-R02 | 07-R02-02 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 11-20 ozařovacích dní | 3,73685 |
| 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 | 2,95303 |
| 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 | 1,92934 |
| 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 | 1,53627 |
| 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 | 0,98841 |
| 07-R03 | 07-R03-01 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů | 1,63520 |
| 07-R03 | 07-R03-02 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy v rámci 1 ozařovacího dne | 0,40398 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| 08-C01 | 08-C01-01 | Aplikace více než 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání | 4,62199 |
| 08-C01 | 08-C01-02 | Aplikace 90 až 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání | 3,22875 |
| 08-C01 | 08-C01-03 | Aplikace 45 až 90 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání | 2,60580 |
| 08-C01 | 08-C01-04 | Aplikace 25 až 45 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání | 2,69236 |
| 08-C01 | 08-C01-05 | Aplikace 15 až 25 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání | 1,60329 |
| 08-C01 | 08-C01-06 | Aplikace méně než 15 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání | 1,29643 |
| 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 | 1,16446 |
| 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 | 0,71006 |
| 08-C04 | 08-C04-01 | Cílená léčba pro autoimunitní onemocnění pojivových tkání | 0,55909 |
| 08-C04 | 08-C04-02 | Chemoterapie pro autoimunitní onemocnění pojivových tkání | 0,18790 |
| 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 | 4,45428 |
| 08-I12 | 08-I12-02 | Amputace části končetiny pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=0-2 | 2,06596 |
| 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 | 1,30906 |
| 08-I17 | 08-I17-02 | Operace poranění kostí předloktí a zápěstí v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0 | 0,76758 |
| 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 | 0,97419 |
| 08-I17 | 08-I17-04 | Operace poranění kostí předloktí a zápěstí mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0 | 0,70535 |
| 08-I29 | 08-I29-00 | Krytí defektu kožním štěpem pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání | 1,95987 |
| 08-I30 | 08-I30-01 | Drenážní výkon a chirurgické odstranění nekrotické tkáně pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=2-4 | 2,05725 |
| 08-I30 | 08-I30-02 | Drenážní výkon a chirurgické odstranění nekrotické tkáně u pacientů s CC=0-1 | 1,12161 |
| 08-I32 | 08-I32-00 | Odstranění osteosyntetického materiálu | 0,40636 |
| 08-K01 | 08-K01-01 | Systémová onemocnění pojivových tkání u pacientů s CC=2-4 | 1,52239 |
| 08-K01 | 08-K01-02 | Systémová onemocnění pojivových tkání u pacientů s CC=1 | 1,22593 |
| 08-K01 | 08-K01-03 | Systémová onemocnění pojivových tkání u pacientů s CC=0 | 0,70917 |
| 08-K02 | 08-K02-01 | Neinfekční zánětlivá onemocnění kloubů a páteře u pacientů s CC=2-4 | 1,56259 |
| 08-K02 | 08-K02-02 | Neinfekční zánětlivá onemocnění kloubů a páteře u pacientů s CC=1 | 1,07123 |
| 08-K02 | 08-K02-03 | Neinfekční zánětlivá onemocnění kloubů a páteře u pacientů s CC=0 | 0,78698 |
| 08-K03 | 08-K03-01 | Infekční onemocnění obratlů a meziobratlových plotének u pacientů s CC=1-4 | 2,83371 |
| 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 | 1,54582 |
| 08-K03 | 08-K03-03 | Ostatní infekční onemocnění kloubů a kostí u pacientů s CC=0 | 0,65499 |
| 08-K04 | 08-K04-01 | Jiná onemocnění kostí, kloubů a měkkých tkání u pacientů s CC=1-4 | 0,98252 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| 08-K04 | 08-K04-02 | Jiná onemocnění kostí, kloubů a měkkých tkání u pacientů do 18 let s CC=0 | 0,50581 |
| 08-K04 | 08-K04-03 | Jiná onemocnění kostí, kloubů a měkkých tkání u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0 | 0,40831 |
| 08-K05 | 08-K05-00 | Patologické zlomeniny | 0,83350 |
| 08-K06 | 08-K06-01 | Deformity a vrozené vady pohybového aparátu kromě páteře, ruky a chodidla | 0,48277 |
| 08-K06 | 08-K06-02 | Deformity a vrozené vady ruky a chodidla | 0,14689 |
| 08-K07 | 08-K07-00 | Mozková obrna a jiné syndromy ochrnutí | 0,72349 |
| 08-K08 | 08-K08-00 | Jiná onemocnění páteře a bolest zad | 0,54452 |
| 08-K09 | 08-K09-01 | Zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,45098 |
| 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 | 1,02056 |
| 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 | 0,63474 |
| 08-K09 | 08-K09-04 | Zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání mimo CVSP | 0,87860 |
| 08-K10 | 08-K10-00 | Nezhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání | 0,65416 |
| 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 | 0,93140 |
| 08-K11 | 08-K11-02 | Poranění míchy a zlomeniny obratlů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0 | 0,46624 |
| 08-K11 | 08-K11-03 | Ostatní poranění páteře v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,26099 |
| 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 | 0,57492 |
| 08-K11 | 08-K11-05 | Poranění míchy a zlomeniny obratlů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0 | 0,41077 |
| 08-K11 | 08-K11-06 | Ostatní poranění páteře mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,20991 |
| 08-K12 | 08-K12-01 | Poranění pánve a stehna v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4 | 1,07481 |
| 08-K12 | 08-K12-02 | Poranění pánve a stehna v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0 | 0,60596 |
| 08-K12 | 08-K12-03 | Poranění pánve a stehna mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4 | 0,79740 |
| 08-K12 | 08-K12-04 | Poranění pánve a stehna mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0 | 0,44723 |
| 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 | 0,77827 |
| 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 | 0,36049 |
| 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 | 0,46727 |
| 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 | 0,27057 |
| 08-K14 | 08-K14-01 | Poranění páteře, pánve a stehna v CVSP u dětí do 16 let | 0,63076 |
| 08-K14 | 08-K14-02 | Poranění dolní končetiny mimo pánev a stehno v CVSP u dětí do 16 let | 0,34835 |
| 08-K14 | 08-K14-03 | Poranění horní končetiny v CVSP u dětí do 16 let | 0,30751 |
| 08-K14 | 08-K14-04 | Poranění páteře a dolní končetiny mimo CVSP u dětí do 16 let | 0,45150 |
| 08-K14 | 08-K14-05 | Poranění horní končetiny mimo CVSP u dětí do 16 let | 0,33720 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| 08-K15 | 08-K15-00 | Následná ortopedická péče nebo neurčené poruchy muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání | 0,34814 |
| 08-M01 | 08-M01-00 | Léčebná výměnná plazmaferéza pro systémové onemocnění pojivových tkání | 5,08857 |
| 08-R02 | 08-R02-01 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 21 a více ozařovacích dní | 6,14879 |
| 08-R02 | 08-R02-02 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 11-20 ozařovacích dní | 3,73487 |
| 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 | 2,44362 |
| 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 | 2,21412 |
| 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 | 1,83850 |
| 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 | 1,17233 |
| 09-C02 | 09-C02-00 | Cílená léčba pro papuloskvamózní onemocnění | 0,23509 |
| 09-C03 | 09-C03-01 | Cílená léčba pro zhoubný novotvar prsu | 0,32750 |
| 09-C03 | 09-C03-02 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar prsu | 0,36624 |
| 09-C04 | 09-C04-01 | Cílená léčba pro zhoubný novotvar kůže | 0,24318 |
| 09-C04 | 09-C04-02 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar kůže | 0,34150 |
| 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 | 3,80942 |
| 09-I02 | 09-I02-02 | Amputace části končetiny pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=0-2 | 2,04869 |
| 09-I05 | 09-I05-01 | Opakovaný chirurgický výkon pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu s CC=3-4 | 3,63123 |
| 09-I05 | 09-I05-02 | Opakovaný chirurgický výkon pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu s CC=0-2 | 1,98937 |
| 09-I11 | 09-I11-01 | Amputace prstů nebo záprstí pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=2-4 | 1,22644 |
| 09-I11 | 09-I11-02 | Amputace prstů nebo záprstí pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=0-1 | 0,80874 |
| 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 | 1,17009 |
| 09-I12 | 09-I12-02 | Krytí defektu kožním štěpem pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0 | 0,70583 |
| 09-I13 | 09-I13-01 | Jiný chirurgický výkon pro zánětlivé onemocnění kůže u pacientů s CC=3-4 nebo pro nezápětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=4 | 2,37476 |
| 09-I13 | 09-I13-02 | Jiný chirurgický výkon pro zánětlivé onemocnění kůže u pacientů s CC=1-2 nebo pro nezápětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=3 | 1,06706 |
| 09-I13 | 09-I13-03 | Jiný chirurgický výkon pro zánětlivé onemocnění kůže u pacientů s CC=0 nebo pro nezápětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=1-2 | 0,70970 |
| 09-I13 | 09-I13-04 | Jiný chirurgický výkon pro vybrané nezápětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0 | 0,55927 |
| 09-I13 | 09-I13-05 | Jiný chirurgický výkon pro ostatní nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0 | 0,45587 |
| 09-K01 | 09-K01-01 | Onemocnění kůže způsobená mikroorganismy a parazity u pacientů s CC=4 | 2,31572 |
| 09-K01 | 09-K01-02 | Onemocnění kůže způsobená mikroorganismy a parazity u pacientů s CC=1-3 | 1,01137 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| 09-K01 | 09-K01-03 | Růže u pacientů s CC=0 | 0,79364 |
| 09-K01 | 09-K01-04 | Jiná onemocnění kůže způsobená mikroorganismy a parazity u pacientů s CC=0 | 0,55657 |
| 09-K02 | 09-K02-00 | Bulózní dermatózy a papuloskvamózní onemocnění | 0,96653 |
| 09-K03 | 09-K03-01 | Vředová onemocnění kůže u pacientů s CC=1-4 | 1,16357 |
| 09-K03 | 09-K03-02 | Vředová onemocnění kůže u pacientů s CC=0 | 0,79208 |
| 09-K04 | 09-K04-01 | Jiná zánětlivá onemocnění kůže u pacientů s CC=1-4 | 0,84422 |
| 09-K04 | 09-K04-02 | Jiná zánětlivá onemocnění kůže u pacientů s CC=0 | 0,63236 |
| 09-K05 | 09-K05-00 | Erytematózní onemocnění | 0,78512 |
| 09-K06 | 09-K06-00 | Lymfedém | 0,85584 |
| 09-K07 | 09-K07-01 | Zhoubný novotvar kůže u pacientů s CC=2-4 | 1,32108 |
| 09-K07 | 09-K07-02 | Zhoubný novotvar kůže u pacientů s CC=0-1 | 0,56923 |
| 09-K08 | 09-K08-01 | Zhoubný novotvar prsu v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,04913 |
| 09-K08 | 09-K08-02 | Zhoubný novotvar prsu v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,56312 |
| 09-K08 | 09-K08-03 | Zhoubný novotvar prsu mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,67580 |
| 09-K08 | 09-K08-04 | Zhoubný novotvar prsu mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,51709 |
| 09-K09 | 09-K09-00 | Novotvary kůže mimo zhoubné | 0,50103 |
| 09-K10 | 09-K10-00 | Novotvary prsu mimo zhoubné | 0,46528 |
| 09-K11 | 09-K11-00 | Vrozené vady kůže, podkožní tkáně a prsu | 0,76580 |
| 09-K12 | 09-K12-00 | Poranění kožního krytu hlavy a krku | 0,24472 |
| 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 | 0,54835 |
| 09-K13 | 09-K13-02 | Povrchové poranění kožního krytu trupu nebo končetin u pacientů s CC=0 | 0,29798 |
| 09-K14 | 09-K14-01 | Jiná onemocnění kůže a podkožního vaziva u pacientů s CC=1-4 | 0,87558 |
| 09-K14 | 09-K14-02 | Jiná onemocnění kůže a podkožního vaziva u pacientů s CC=0 | 0,51103 |
| 09-K15 | 09-K15-00 | Jiné nemoci a poruchy prsní tkáně | 0,32749 |
| 09-K16 | 09-K16-00 | Následky poranění a následná péče | 0,58704 |
| 09-R01 | 09-R01-01 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 21 a více ozařovacích dní | 5,95788 |
| 09-R01 | 09-R01-02 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 11-20 ozařovacích dní | 3,24915 |
| 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 | 2,86416 |
| 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 | 1,79338 |
| 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 | 1,56445 |
| 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 | 0,61933 |
| 09-R02 | 09-R02-01 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v rámci 2 a více ozařovacích dnů | 1,61499 |
| 09-R02 | 09-R02-02 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v rámci 1 ozařovacího dne | 0,40119 |
| 10-C01 | 10-C01-01 | Cílená léčba pro zhoubný novotvar endokrinních žláz | 0,47188 |
| 10-C01 | 10-C01-02 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar endokrinních žláz | 0,42635 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| 10-I05 | 10-I05-01 | Amputace celé dolní končetiny nebo amputace části končetiny nad kotníkem pro syndrom diabetické nohy v CVSP u pacientů s CC=3-4 | 4,01580 |
| 10-I05 | 10-I05-02 | Amputace části končetiny nad kotníkem pro syndrom diabetické nohy v CVSP u pacientů s CC=0-2 | 1,94354 |
| 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 | 2,16609 |
| 10-I05 | 10-I05-04 | Amputace části končetiny nad kotníkem pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP u pacientů s CC=0-2 | 1,59640 |
| 10-I07 | 10-I07-01 | Amputace končetiny pod kotníkem pro syndrom diabetické nohy v CVSP u pacientů s infekcí nebo s CC=3-4 | 1,30727 |
| 10-I07 | 10-I07-02 | Amputace končetiny pod kotníkem pro syndrom diabetické nohy v CVSP u pacientů s CC=0-2 bez infekce | 0,68931 |
| 10-I07 | 10-I07-03 | Amputace končetiny pod kotníkem pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP | 0,66589 |
| 10-I08 | 10-I08-01 | Jiný chirurgický výkon na diabetické noze u pacientů s infekcí nebo s CC=3-4 | 1,06297 |
| 10-I08 | 10-I08-02 | Jiný chirurgický výkon na diabetické noze u pacientů s CC=0-2 bez infekce | 0,88501 |
| 10-K01 | 10-K01-01 | Nemoci štítné žlázy a příštítných tělísek u pacientů s CC=3-4 | 1,79070 |
| 10-K01 | 10-K01-02 | Záněty a funkční poruchy štítné žlázy a příštítných tělísek u pacientů s CC=0-2 | 0,51614 |
| 10-K01 | 10-K01-03 | Strukturální a jiné poruchy štítné žlázy a příštítných tělísek u pacientů s CC=0-2 | 0,44999 |
| 10-K02 | 10-K02-01 | Syndrom diabetické nohy u pacientů s CC=3-4 nebo s infekcí | 1,15243 |
| 10-K02 | 10-K02-02 | Syndrom diabetické nohy u pacientů s CC=0-2 bez infekce | 0,56460 |
| 10-K03 | 10-K03-01 | Diabetická ketoacidóza nebo kóma u pacientů s CC=4 | 2,61693 |
| 10-K03 | 10-K03-02 | Diabetická ketoacidóza nebo kóma u dětí do 16 let věku s CC=0-3 | 1,79244 |
| 10-K03 | 10-K03-03 | Diabetická ketoacidóza nebo kóma u pacientů ve věku 16 a více let s CC=2-3 | 1,46171 |
| 10-K03 | 10-K03-04 | Diabetická ketoacidóza nebo kóma u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-1 | 0,70527 |
| 10-K04 | 10-K04-01 | Diabetes mellitus u pacientů s CC=4 | 2,07480 |
| 10-K04 | 10-K04-02 | Diabetes mellitus u pacientů ve věku 16 a více let s CC=2-3 | 0,94041 |
| 10-K04 | 10-K04-03 | Diabetes mellitus u dětí do 16 let věku s CC=0-3 | 0,99271 |
| 10-K04 | 10-K04-04 | Diabetes mellitus u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-1 | 0,50833 |
| 10-K05 | 10-K05-01 | Funkční poruchy hypofýzy a nadledviny u pacientů s CC=1-4 | 1,19533 |
| 10-K05 | 10-K05-02 | Funkční poruchy hypofýzy a nadledviny u pacientů s CC=0 | 0,44771 |
| 10-K06 | 10-K06-00 | Zhoubný novotvar štítné žlázy a příštítných tělísek | 0,33991 |
| 10-K07 | 10-K07-00 | Zhoubný novotvar nadledviny | 0,58542 |
| 10-K08 | 10-K08-00 | Novotvary endokrinních žláz mimo zhoubné | 0,36933 |
| 10-K09 | 10-K09-00 | Vrozené vady endokrinních žláz | 1,11502 |
| 10-K10 | 10-K10-00 | Poruchy pohlavního a fyziologického vývoje | 0,50831 |
| 10-K11 | 10-K11-01 | Těžká podvýživa a nutriční karence u pacientů s CC=2-4 | 2,04841 |
| 10-K11 | 10-K11-02 | Těžká podvýživa a nutriční karence u pacientů s CC=0-1 | 0,86992 |
| 10-K12 | 10-K12-01 | Poruchy metabolismu a vnitřního prostředí mimo dehydrataci u pacientů s CC=4 | 2,55686 |
| 10-K12 | 10-K12-02 | Poruchy metabolismu a vnitřního prostředí mimo dehydrataci u pacientů s CC=1-3 | 0,93522 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| 10-K12 | 10-K12-03 | Poruchy metabolismu a vnitřního prostředí mimo dehydrataci u pacientů s CC=0 | 0,48648 |
| 10-K13 | 10-K13-01 | Jiné nutriční poruchy u pacientů s CC=4 | 2,38969 |
| 10-K13 | 10-K13-02 | Jiné nutriční poruchy u pacientů s CC=1-3 | 0,89374 |
| 10-K13 | 10-K13-03 | Jiné nutriční poruchy u pacientů s CC=0 | 0,48724 |
| 10-K14 | 10-K14-01 | Dehydratace u pacientů s CC=4 | 1,67008 |
| 10-K14 | 10-K14-02 | Dehydratace u pacientů ve věku 65 a více let s CC=2-3 | 0,80439 |
| 10-K14 | 10-K14-03 | Dehydratace u pacientů ve věku 65 a více let s CC=0-1 | 0,47635 |
| 10-K14 | 10-K14-04 | Dehydratace u pacientů do 65 let věku s CC=2-3 | 0,48590 |
| 10-K14 | 10-K14-05 | Dehydratace u pacientů do 65 let věku s CC=0-1 | 0,36052 |
| 10-K15 | 10-K15-01 | Obezita u pacientů s CC=2-4 | 0,70702 |
| 10-K15 | 10-K15-02 | Obezita u pacientů s CC=0-1 | 0,26004 |
| 10-K16 | 10-K16-01 | Jiné nemoci endokrinních žláz u pacientů s CC=4 | 2,22371 |
| 10-K16 | 10-K16-02 | Jiné nemoci endokrinních žláz u pacientů s CC=1-3 | 0,54699 |
| 10-K16 | 10-K16-03 | Jiné nemoci endokrinních žláz u pacientů s CC=0 | 0,33778 |
| 10-M01 | 10-M01-00 | Zavedení inzulínové pumpy | 0,43103 |
| 10-M02 | 10-M02-00 | Eliminační metody krve pro poruchu metabolismu nebo vnitřního prostředí | 1,24800 |
| 10-R01 | 10-R01-01 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 21 a více ozařovacích dní | 6,33475 |
| 10-R01 | 10-R01-02 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 11-20 ozařovacích dní | 3,51093 |
| 10-R01 | 10-R01-03 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 2,92771 |
| 10-R01 | 10-R01-04 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,88592 |
| 10-R01 | 10-R01-05 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 1,43634 |
| 10-R01 | 10-R01-06 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 0,91945 |
| 11-C01 | 11-C01-01 | Chemoterapie nebo cílená léčba pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy u dětí do 18 let | 1,05709 |
| 11-C01 | 11-C01-02 | Chemoterapie nebo cílená léčba pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy u pacientů ve věku 18 a více let | 0,25158 |
| 11-I11 | 11-I11-01 | Exploratorní nebo drenážní výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=2-4 | 2,26767 |
| 11-I11 | 11-I11-02 | Exploratorní nebo drenážní výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=0-1 | 1,28364 |
| 11-I16 | 11-I16-01 | Vytvoření AV zkratu protézou pro chronické onemocnění ledvin | 1,26728 |
| 11-I16 | 11-I16-02 | Vytvoření nebo úprava AV zkratu bez použití protézy pro chronické onemocnění ledvin | 0,43913 |
| 11-I17 | 11-I17-01 | Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=3-4 | 1,86073 |
| 11-I17 | 11-I17-02 | Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=1-2 | 0,78806 |
| 11-I17 | 11-I17-03 | Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=0 | 0,45563 |
| 11-K01 | 11-K01-01 | Záněty močových cest u pacientů s CC=3-4 | 1,26896 |
| 11-K01 | 11-K01-02 | Záněty močových cest u pacientů s CC=1-2 | 0,80530 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| 11-K01 | 11-K01-03 | Záněty močových cest u dětí do 18 let s CC=0 | 0,70672 |
| 11-K01 | 11-K01-04 | Záněty močových cest u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0 | 0,53965 |
| 11-K02 | 11-K02-01 | Hemolyticko-uremický syndrom nebo jiné akutní onemocnění ledvin u pacientů s CC=4 | 2,11528 |
| 11-K02 | 11-K02-02 | Jiné akutní onemocnění ledvin u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-3 | 1,36258 |
| 11-K02 | 11-K02-03 | Jiné akutní onemocnění ledvin u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1 | 0,79508 |
| 11-K03 | 11-K03-01 | Chronické onemocnění ledvin u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=3-4 | 1,31980 |
| 11-K03 | 11-K03-02 | Chronické onemocnění ledvin u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2 | 0,49448 |
| 11-K04 | 11-K04-01 | Pyonefróza nebo jiné obstrukční, strukturální a funkční poruchy horních cest močových u pacientů s CC=2-4 | 0,76725 |
| 11-K04 | 11-K04-02 | Jiné obstrukční, strukturální a funkční poruchy horních cest močových u pacientů s CC=0-1 | 0,33604 |
| 11-K05 | 11-K05-00 | Obstrukční, strukturální a funkční poruchy dolních cest močových | 0,36307 |
| 11-K06 | 11-K06-01 | Močové kameny u dětí do 18 let nebo pacientů ve věku 60 a více let | 0,29485 |
| 11-K06 | 11-K06-02 | Močové kameny u pacientů ve věku 18-59 let | 0,20010 |
| 11-K07 | 11-K07-01 | Zhoubný novotvar ledviny a horních cest močových v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,15874 |
| 11-K07 | 11-K07-02 | Zhoubný novotvar ledviny a horních cest močových v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,48642 |
| 11-K07 | 11-K07-03 | Zhoubný novotvar ledviny a horních cest močových mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,89903 |
| 11-K07 | 11-K07-04 | Zhoubný novotvar ledviny a horních cest močových mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,41874 |
| 11-K08 | 11-K08-01 | Zhoubný novotvar močového měchýře a dolních cest močových v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,71727 |
| 11-K08 | 11-K08-02 | Zhoubný novotvar močového měchýře a dolních cest močových v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,43527 |
| 11-K08 | 11-K08-03 | Zhoubný novotvar močového měchýře a dolních cest močových mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,80838 |
| 11-K08 | 11-K08-04 | Zhoubný novotvar močového měchýře a dolních cest močových mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,41133 |
| 11-K09 | 11-K09-00 | Novotvary ledviny a horních cest močových mimo zhoubné | 0,41591 |
| 11-K10 | 11-K10-00 | Novotvary močového měchýře a dolních cest močových mimo zhoubné | 0,46106 |
| 11-K11 | 11-K11-00 | Vrozené vady vylučovací soustavy | 0,41164 |
| 11-K12 | 11-K12-01 | Traumata vylučovací soustavy u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-4 | 1,42063 |
| 11-K12 | 11-K12-02 | Traumata vylučovací soustavy u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1 | 0,52836 |
| 11-K13 | 11-K13-01 | Ošetření umělých vyústění u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=1-4 | 0,53550 |
| 11-K13 | 11-K13-02 | Ošetření umělých vyústění u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0 | 0,14722 |
| 11-K14 | 11-K14-01 | Jiné nemoci vylučovací soustavy u pacientů ve věku 18 a více let s CC=3-4 nebo u dětí do 18 let věku s CC=1-4 | 1,03799 |
| 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 | 0,50207 |
| 11-K14 | 11-K14-03 | Jiné nemoci vylučovací soustavy u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0 | 0,30149 |
| 11-M02 | 11-M02-01 | Eliminační metody krve pro akutní selhání ledvin provedené v 6 a více dnech | 5,69309 |
| 11-M02 | 11-M02-02 | Eliminační metody krve pro akutní selhání ledvin provedené ve 4-5 dnech | 3,04959 |
| 11-M02 | 11-M02-03 | Eliminační metody krve pro akutní selhání ledvin provedené v 1-3 dnech | 2,39745 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| 11-M02 | 11-M02-04 | Eliminační metody krve pro jinou nemoc vylučovací soustavy provedené v 6 a více dnech | 3,51920 |
| 11-M02 | 11-M02-05 | Eliminační metody krve pro jinou nemoc vylučovací soustavy provedené v 4-5 dnech | 1,67141 |
| 11-M02 | 11-M02-06 | Eliminační metody krve pro jinou nemoc vylučovací soustavy provedené ve 2-3 dnech | 0,96343 |
| 11-M02 | 11-M02-07 | Eliminační metody krve pro jinou nemoc vylučovací soustavy provedené v 1 dni | 0,49883 |
| 11-M04 | 11-M04-01 | Jiný perkutánní výkon na ledvině pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=3-4 | 2,01507 |
| 11-M04 | 11-M04-02 | Jiný perkutánní výkon na ledvině u pacientů s CC=1-2 | 1,32091 |
| 11-M04 | 11-M04-03 | Jiný perkutánní výkon na ledvině u pacientů s CC=0 | 0,81165 |
| 11-R01 | 11-R01-01 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní | 6,48377 |
| 11-R01 | 11-R01-02 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní | 3,47021 |
| 11-R01 | 11-R01-03 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 2,98763 |
| 11-R01 | 11-R01-04 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,94671 |
| 11-R01 | 11-R01-05 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 1,69428 |
| 11-R01 | 11-R01-06 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,00570 |
| 12-C01 | 12-C01-01 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar varlat, pyje, šourku a testikulárních adnex | 0,61761 |
| 12-C01 | 12-C01-02 | Chemoterapie nebo cílená léčba pro zhoubný novotvar prostaty | 0,30567 |
| 12-D01 | 12-D01-00 | Biopsie prostaty | 0,27945 |
| 12-I01 | 12-I01-00 | Odstranění nekrotické tkáně pro zánět mužské reprodukční soustavy | 1,37191 |
| 12-I11 | 12-I11-00 | Drenážní výkon pro onemocnění mužské reprodukční soustavy | 1,11765 |
| 12-K01 | 12-K01-01 | Záněty mužské reprodukční soustavy u pacientů s CC=3-4 | 1,12352 |
| 12-K01 | 12-K01-02 | Záněty mužské reprodukční soustavy u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2 | 0,58305 |
| 12-K01 | 12-K01-03 | Záněty mužské reprodukční soustavy u dětí do 18 let s CC=0-2 | 0,36506 |
| 12-K02 | 12-K02-01 | Funkční nebo strukturální poruchy prostaty u pacientů s CC=3-4 | 1,10927 |
| 12-K02 | 12-K02-02 | Funkční nebo strukturální poruchy prostaty u pacientů s CC=0-2 | 0,37988 |
| 12-K03 | 12-K03-00 | Funkční nebo strukturální poruchy penisu | 0,25271 |
| 12-K04 | 12-K04-00 | Funkční nebo strukturální poruchy šourku, varlete nebo testikulárních adnex | 0,33894 |
| 12-K05 | 12-K05-01 | Zhoubný novotvar prostaty v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,00585 |
| 12-K05 | 12-K05-02 | Zhoubný novotvar prostaty v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,43088 |
| 12-K05 | 12-K05-03 | Zhoubný novotvar prostaty mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,91321 |
| 12-K05 | 12-K05-04 | Zhoubný novotvar prostaty mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,38138 |
| 12-K06 | 12-K06-00 | Zhoubný novotvar penisu | 0,43286 |
| 12-K07 | 12-K07-00 | Zhoubný novotvar šourku, varlat a testikulárních adnex | 0,44271 |
| 12-K08 | 12-K08-00 | Novotvary mužské reprodukční soustavy mimo zhoubné | 0,41390 |
| 12-K09 | 12-K09-00 | Vrozené vady mužské reprodukční soustavy | 0,42923 |
| 12-K10 | 12-K10-00 | Traumata mužské reprodukční soustavy | 0,35583 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|------------------------|---------------------------|---|--------------------------------|
| 12-K11 | 12-K11-00 | Jiné nemoci mužské reprodukční soustavy | 0,49362 |
| 12-R02 | 12-R02-01 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní | 6,29094 |
| 12-R02 | 12-R02-02 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní | 3,48316 |
| 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 | 2,93632 |
| 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 | 1,83781 |
| 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 | 1,48169 |
| 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 | 0,61049 |
| 12-R03 | 12-R03-01 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů | 1,65499 |
| 12-R03 | 12-R03-02 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v rámci 1 ozařovacího dne | 0,40376 |
| 13-C01 | 13-C01-01 | Cílená léčba pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy | 0,22403 |
| 13-C01 | 13-C01-02 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy | 0,25762 |
| 13-I18 | 13-I18-01 | Jiný chirurgický výkon pro onemocnění ženské reprodukční soustavy otevřeným přístupem nebo u pacientek s CC=3-4 | 1,65029 |
| 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 | 0,97890 |
| 13-I18 | 13-I18-03 | Jiný chirurgický výkon pro onemocnění ženské reprodukční soustavy u pacientek do 60 let věku s CC=0-2 | 0,63476 |
| 13-K01 | 13-K01-01 | Záněty ženské reprodukční soustavy u pacientek ve věku 60 a více let | 0,93212 |
| 13-K01 | 13-K01-02 | Záněty ženské reprodukční soustavy u pacientek do 60 let věku | 0,52507 |
| 13-K02 | 13-K02-00 | Funkční a strukturální poruchy děložních adnex | 0,28530 |
| 13-K03 | 13-K03-00 | Funkční a strukturální poruchy dělohy | 0,28375 |
| 13-K04 | 13-K04-00 | Funkční a strukturální poruchy pochvy a vulvy | 0,40391 |
| 13-K05 | 13-K05-00 | Genitální pístěle a sestup ženských pohlavních orgánů | 0,53195 |
| 13-K06 | 13-K06-00 | Endometrióza | 0,41632 |
| 13-K07 | 13-K07-01 | Zhoubný novotvar děložních adnex u pacientek s CC=2-4 | 1,05511 |
| 13-K07 | 13-K07-02 | Zhoubný novotvar děložních adnex u pacientek s CC=0-1 | 0,50537 |
| 13-K08 | 13-K08-01 | Zhoubný novotvar dělohy u pacientek s CC=2-4 | 1,06984 |
| 13-K08 | 13-K08-02 | Zhoubný novotvar dělohy u pacientek s CC=0-1 | 0,41893 |
| 13-K09 | 13-K09-01 | Zhoubný novotvar pochvy a vulvy u pacientek s CC=2-4 | 1,20945 |
| 13-K09 | 13-K09-02 | Zhoubný novotvar pochvy a vulvy u pacientek s CC=0-1 | 0,46020 |
| 13-K10 | 13-K10-00 | Novotvary děložních adnex mimo zhoubné | 0,33012 |
| 13-K11 | 13-K11-00 | Novotvary dělohy mimo zhoubné | 0,31542 |
| 13-K12 | 13-K12-00 | Novotvary pochvy a vulvy mimo zhoubné | 0,30290 |
| 13-K13 | 13-K13-00 | Vrozené vady ženské reprodukční soustavy | 0,38785 |
| 13-K14 | 13-K14-00 | Traumata ženské reprodukční soustavy | 0,33051 |
| 13-K15 | 13-K15-01 | Jiné nemoci ženské reprodukční soustavy u pacientek ve věku 60 a více let | 0,35197 |
| 13-K15 | 13-K15-02 | Jiné nemoci ženské reprodukční soustavy u pacientek do 60 let věku | 0,25044 |
| 13-R01 | 13-R01-01 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar děložního hrdla v délce 21 a více ozařovacích dní | 6,61698 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| 13-R01 | 13-R01-02 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženských pohlavních orgánů vyjma hrdla děložního v délce 21 a více ozařovacích dní | 5,60641 |
| 13-R01 | 13-R01-03 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní | 3,58249 |
| 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 | 3,02656 |
| 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 | 2,03127 |
| 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 | 1,46422 |
| 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 | 0,52711 |
| 13-R02 | 13-R02-01 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů | 1,61248 |
| 13-R02 | 13-R02-02 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v rámci 1 ozařovacího dne | 0,36317 |
| 14-I07 | 14-I07-00 | Cerkláž děložního hrdla v těhotenství | 0,94540 |
| 14-K01 | 14-K01-00 | Mimoděložní těhotenství | 0,25197 |
| 14-K02 | 14-K02-00 | Potrat | 0,22724 |
| 14-K03 | 14-K03-01 | Předporodní diagnózy při mnohočetném těhotenství nebo se závažnou diagnózou | 0,48127 |
| 14-K03 | 14-K03-02 | Předporodní diagnózy při těhotenství jednoho dítěte bez závažné diagnózy | 0,30032 |
| 14-K04 | 14-K04-00 | Falešný porod | 0,14404 |
| 14-K05 | 14-K05-01 | Péče o pacientku bezprostředně po porodu mimo zdravotnické zařízení | 0,30239 |
| 14-K05 | 14-K05-02 | Poporodní a popotratové diagnózy u pacientek ve věku 40 a více let nebo se závažnou diagnózou | 0,60614 |
| 14-K05 | 14-K05-03 | Poporodní a popotratové diagnózy u pacientek do 40 let věku bez závažné diagnózy | 0,36321 |
| 15-K01 | 15-K01-00 | Časný překlad novorozence | 0,21957 |
| 16-C01 | 16-C01-01 | Podání koagulačních faktorů v CVSP | 1,36421 |
| 16-C01 | 16-C01-02 | Podání koagulačních faktorů mimo CVSP | 1,39020 |
| 16-C02 | 16-C02-00 | Podání romiplostimu nebo eltrombopagu | 4,13161 |
| 16-C03 | 16-C03-01 | Podání trombocytů v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 3,90695 |
| 16-C03 | 16-C03-02 | Podání trombocytů v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 1,87395 |
| 16-C03 | 16-C03-03 | Podání trombocytů mimo CVSP | 1,28756 |
| 16-C04 | 16-C04-01 | Aplikace více než 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu | 4,50368 |
| 16-C04 | 16-C04-02 | Aplikace 90 až 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu | 3,58334 |
| 16-C04 | 16-C04-03 | Aplikace 45 až 90 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu | 2,53205 |
| 16-C04 | 16-C04-04 | Aplikace 25 až 45 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu | 1,28891 |
| 16-C04 | 16-C04-05 | Aplikace 15 až 25 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu | 1,17948 |
| 16-C04 | 16-C04-06 | Aplikace méně než 15 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu | 1,26146 |
| 16-C05 | 16-C05-01 | Cílená léčba pro myelodysplastický syndrom | 0,82307 |
| 16-C05 | 16-C05-02 | Chemoterapie pro myelodysplastický syndrom | 0,64228 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| 16-C06 | 16-C06-00 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku | 0,40794 |
| 16-C07 | 16-C07-01 | Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,40120 |
| 16-C07 | 16-C07-02 | Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,87769 |
| 16-C07 | 16-C07-03 | Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,08199 |
| 16-C07 | 16-C07-04 | Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,82432 |
| 16-I03 | 16-I03-01 | Drenážní výkon pro onemocnění mizních uzlin, sleziny nebo brzlíku u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-4 | 1,40454 |
| 16-I03 | 16-I03-02 | Drenážní výkon pro onemocnění mizních uzlin, sleziny nebo brzlíku u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1 | 1,12168 |
| 16-K01 | 16-K01-01 | Zvětšení a zánět mizních uzlin u pacientů s CC=1-4 | 1,02769 |
| 16-K01 | 16-K01-02 | Zvětšení a zánět mizních uzlin u pacientů s CC=0 | 0,45018 |
| 16-K02 | 16-K02-01 | Anémie u pacientů s CC=3-4 | 1,40418 |
| 16-K02 | 16-K02-02 | Anémie u pacientů s CC=1-2 | 0,76931 |
| 16-K02 | 16-K02-03 | Anémie u pacientů s CC=0 | 0,51398 |
| 16-K03 | 16-K03-01 | Poruchy krevního srážení u pacientů s CC=3-4 | 1,21088 |
| 16-K03 | 16-K03-02 | Poruchy krevního srážení u pacientů s CC=1-2 | 0,75020 |
| 16-K03 | 16-K03-03 | Poruchy krevního srážení u pacientů s CC=0 | 0,58577 |
| 16-K04 | 16-K04-01 | Poruchy kostní dřeně v CVSP u pacientů s CC=1-4 | 1,55625 |
| 16-K04 | 16-K04-02 | Poruchy kostní dřeně v CVSP u pacientů s CC=0 | 0,71950 |
| 16-K04 | 16-K04-03 | Poruchy kostní dřeně mimo CVSP u pacientů s CC=1-4 | 0,93945 |
| 16-K04 | 16-K04-04 | Poruchy kostní dřeně mimo CVSP u pacientů s CC=0 | 0,49716 |
| 16-K05 | 16-K05-00 | Poruchy imunitních mechanismů | 0,74491 |
| 16-K06 | 16-K06-01 | Trauma sleziny v CVSP | 1,58806 |
| 16-K06 | 16-K06-02 | Trauma sleziny mimo CVSP | 1,17968 |
| 16-K07 | 16-K07-00 | Nemoci sleziny a brzlíku | 0,68221 |
| 16-M01 | 16-M01-00 | Léčebná výměnná plazmaferéza pro anémii nebo poruchu krevního srážení | 4,29893 |
| 16-R01 | 16-R01-00 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku | 0,82278 |
| 17-C01 | 17-C01-01 | Indukční a reindukční fáze léčby akutní leukémie u dětí do 18 let věku | 2,39759 |
| 17-C01 | 17-C01-02 | Indukční a reindukční fáze léčby akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let | 12,15115 |
| 17-C02 | 17-C02-01 | Léčba relapsu akutní leukémie u pacientů s CC=4 | 12,73862 |
| 17-C02 | 17-C02-02 | Léčba relapsu akutní leukémie u dětí do 18 let věku s CC=0-3 | 1,41297 |
| 17-C02 | 17-C02-03 | Léčba relapsu akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-3 | 2,52015 |
| 17-C03 | 17-C03-01 | Konsolidační fáze léčby akutní leukémie u pacientů s CC=4 | 6,00763 |
| 17-C03 | 17-C03-02 | Konsolidační fáze léčby akutní leukémie u dětí do 18 let věku s CC=0-3 | 0,77351 |
| 17-C03 | 17-C03-03 | Konsolidační fáze léčby akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-3 | 1,77087 |
| 17-C04 | 17-C04-01 | Paliativní fáze léčby akutní leukémie u pacientů s CC=4 | 7,07156 |
| 17-C04 | 17-C04-02 | Paliativní fáze léčby akutní leukémie u dětí do 18 let věku s CC=0-3 | 1,93839 |
| 17-C04 | 17-C04-03 | Paliativní fáze léčby akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-3 | 1,90666 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| 17-C05 | 17-C05-01 | Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krvinek u pacientů s CC=4 | 5,69834 |
| 17-C05 | 17-C05-02 | Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krvinek u pacientů s CC=3 | 2,39069 |
| 17-C05 | 17-C05-03 | Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krvinek u pacientů s CC=2 | 1,63721 |
| 17-C05 | 17-C05-04 | Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krvinek u pacientů s CC=1 | 1,19741 |
| 17-C05 | 17-C05-05 | Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krvinek u dětí do 18 let věku s CC=0 | 0,75080 |
| 17-C05 | 17-C05-06 | Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krvinek u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0 | 0,51627 |
| 17-C06 | 17-C06-01 | Chemoterapie nebo cílená léčba pro špatně diferencované novotvary u dětí do 18 let věku | 1,09072 |
| 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 | 1,02153 |
| 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 | 0,33225 |
| 17-I08 | 17-I08-01 | Jiný chirurgický výkon v dutině břišní, retroperitoneu nebo páni u dětí do 18 let věku nebo u pacientů s CC=3-4 | 3,25472 |
| 17-I08 | 17-I08-02 | Jiný chirurgický výkon v dutině břišní, retroperitoneu nebo páni u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2 | 1,07961 |
| 17-I09 | 17-I09-01 | Jiný chirurgický výkon v oblasti hlavy a krku u pacientů s CC=3-4 | 3,82365 |
| 17-I09 | 17-I09-02 | Jiný chirurgický výkon v oblasti hlavy a krku pro špatně diferencované novotvary u pacientů s CC=0-2 | 1,02953 |
| 17-I09 | 17-I09-03 | Jiný chirurgický výkon v oblasti hlavy a krku pro onemocnění krvinek vyjma akutní leukémie u pacientů s CC=0-2 | 1,04217 |
| 17-I10 | 17-I10-01 | Resekční výkon na měkkých tkáních, kůži a prsu u pacientů s CC=3-4 | 4,11612 |
| 17-I10 | 17-I10-02 | Resekční výkon na měkkých tkáních, kůži a prsu u pacientů s CC=0-2 | 0,72846 |
| 17-K01 | 17-K01-01 | Akutní leukémie v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 3,44240 |
| 17-K01 | 17-K01-02 | Akutní leukémie v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,78348 |
| 17-K01 | 17-K01-03 | Akutní leukémie mimo CVSP | 0,90674 |
| 17-K02 | 17-K02-01 | Chronická lymfocytární leukémie v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,39149 |
| 17-K02 | 17-K02-02 | Chronická lymfocytární leukémie v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,36573 |
| 17-K02 | 17-K02-03 | Chronická lymfocytární leukémie mimo CVSP | 0,73474 |
| 17-K03 | 17-K03-01 | Mnohočetný myelom v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,60337 |
| 17-K03 | 17-K03-02 | Mnohočetný myelom v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,70777 |
| 17-K03 | 17-K03-03 | Mnohočetný myelom mimo CVSP | 0,87595 |
| 17-K04 | 17-K04-00 | Hodgkinův lymfom | 0,81250 |
| 17-K05 | 17-K05-01 | Non-Hodgkinův lymfom v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,76751 |
| 17-K05 | 17-K05-02 | Non-Hodgkinův lymfom v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,54163 |
| 17-K05 | 17-K05-03 | Non-Hodgkinův lymfom mimo CVSP | 0,96597 |
| 17-K06 | 17-K06-00 | Primárně kožní non-Hodgkinův lymfom | 1,00011 |
| 17-K07 | 17-K07-01 | Jiné myeloproliferativní poruchy a novotvary v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 3,19486 |
| 17-K07 | 17-K07-02 | Jiné myeloproliferativní poruchy a novotvary v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,85808 |
| 17-K07 | 17-K07-03 | Jiné myeloproliferativní poruchy a novotvary mimo CVSP | 0,51531 |
| 17-K08 | 17-K08-00 | Novotvary mízních uzlin mimo lymfomy | 0,60639 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| 17-K09 | 17-K09-01 | Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,39154 |
| 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 | 0,93009 |
| 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 | 0,59723 |
| 17-K09 | 17-K09-04 | Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání mimo CVSP | 0,47782 |
| 17-K10 | 17-K10-01 | Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,44421 |
| 17-K10 | 17-K10-02 | Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,55308 |
| 17-K10 | 17-K10-03 | Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,04352 |
| 17-K10 | 17-K10-04 | Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,42555 |
| 17-M01 | 17-M01-00 | Terapeutická cytaferéza pro onemocnění krve | 4,47526 |
| 17-R01 | 17-R01-01 | Zevní radioterapie pro nemoci a poruchy krve vyjma akutní leukémie nebo špatně diferencované novotvary v délce 21 a více ozařovacích dní | 6,87849 |
| 17-R01 | 17-R01-02 | Zevní radioterapie pro nemoci a poruchy krve vyjma akutní leukémie nebo špatně diferencované novotvary v délce 11-20 ozařovacích dní | 3,39000 |
| 17-R01 | 17-R01-03 | Zevní radioterapie pro nemoci a poruchy krve vyjma akutní leukémie nebo špatně diferencované novotvary v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 3,22542 |
| 17-R01 | 17-R01-04 | Zevní radioterapie pro nemoci a poruchy krve vyjma akutní leukémie nebo špatně diferencované novotvary v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 2,14578 |
| 17-R01 | 17-R01-05 | Zevní radioterapie pro nemoci a poruchy krve vyjma akutní leukémie nebo špatně diferencované novotvary v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 1,78678 |
| 17-R01 | 17-R01-06 | Zevní radioterapie pro nemoci a poruchy krve vyjma akutní leukémie nebo špatně diferencované novotvary v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 0,81746 |
| 18-I01 | 18-I01-01 | Amputace částí končetin mimo prsty nebo chirurgický výkon v dutině hrudní nebo břišní pro eliminaci zánětlivého ložiska sepse | 3,59738 |
| 18-I01 | 18-I01-02 | Jiný chirurgický výkon pro eliminaci zánětlivého ložiska | 3,25312 |
| 18-K01 | 18-K01-01 | Těžká sepe u pacientů s CC=4 nebo sepe u dětí do 18 let věku s CC=4 | 3,38826 |
| 18-K01 | 18-K01-02 | Těžká sepe u pacientů s CC=0-3 nebo sepe u dětí do 18 let věku s CC=2-3 | 2,14604 |
| 18-K01 | 18-K01-03 | Sepe u dětí do 18 let věku s CC=0-1 | 1,40281 |
| 18-K01 | 18-K01-04 | Sepe u pacientů ve věku 18 a více let s CC=4 | 2,79225 |
| 18-K01 | 18-K01-05 | Sepe u pacientů ve věku 18 a více let s CC=3 | 1,75396 |
| 18-K01 | 18-K01-06 | Sepe u pacientů ve věku 18 a více let s CC=1-2 | 1,34456 |
| 18-K01 | 18-K01-07 | Sepe u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0 | 1,08278 |
| 18-K02 | 18-K02-01 | Bakteriální, mykotické a parazitární nemoci nezařazené jinde u pacientů s CC=3-4 | 1,76286 |
| 18-K02 | 18-K02-02 | Bakteriální, mykotické a parazitární nemoci nezařazené jinde u pacientů s CC=1-2 | 1,04679 |
| 18-K02 | 18-K02-03 | Bakteriální, mykotické a parazitární nemoci nezařazené jinde u pacientů s CC=0 | 0,78033 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| 18-K02 | 18-K02-04 | Virové nemoci a neurčené následky infekcí nezařazené jinde u pacientů s CC=1-4 | 0,67215 |
| 18-K02 | 18-K02-05 | Virové nemoci a neurčené následky infekcí nezařazené jinde u pacientů s CC=0 | 0,47029 |
| 18-K03 | 18-K03-01 | Zánětlivé a systémové stavy nezařazené jinde u pacientů s CC=2-4 | 1,17748 |
| 18-K03 | 18-K03-02 | Zánětlivé a systémové stavy nezařazené jinde u pacientů s CC=0-1 | 0,61996 |
| 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) | 3,68676 |
| 18-M01 | 18-M01-02 | Eliminační metody krve pro sepsi provedené ve 4-5 dnech | 3,19275 |
| 18-M01 | 18-M01-03 | Eliminační metody krve pro sepsi provedené v 1-3 dnech | 1,91563 |
| 21-I01 | 21-I01-01 | Opakované chirurgické ošetření pro roztržení operační rány | 3,61959 |
| 21-I01 | 21-I01-02 | Chirurgický výkon pro roztržení operační rány u pacientů ve věku 60 a více let | 1,07559 |
| 21-I01 | 21-I01-03 | Chirurgický výkon pro roztržení operační rány u pacientů do 60 let věku | 0,87887 |
| 21-K01 | 21-K01-00 | Mnohočetná a jiná poranění nezařazená jinde | 0,66837 |
| 21-K02 | 21-K02-00 | Účinky vnějších příčin nezařazené jinde | 0,36031 |
| 21-K03 | 21-K03-00 | Vyšetření a pozorování po úrazu a otravě | 0,19599 |
| 21-K04 | 21-K04-00 | Alergické reakce | 0,24946 |
| 21-K05 | 21-K05-01 | Toxické účinky u pacientů s CC=3-4 | 1,94046 |
| 21-K05 | 21-K05-02 | Toxické účinky léčiv a drog u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2 | 0,44006 |
| 21-K05 | 21-K05-03 | Toxické účinky léčiv a drog u dětí ve věku 11 až 17 let s CC=0-2 | 0,88163 |
| 21-K05 | 21-K05-04 | Toxické účinky léčiv a drog u dětí do 11 let věku s CC=0-2 | 0,28174 |
| 21-K05 | 21-K05-05 | Toxické účinky jiných látek u pacientů s CC=0-2 | 0,26736 |
| 21-K06 | 21-K06-01 | Závažné komplikace zdravotní péče u pacientů s CC=3-4 | 2,15745 |
| 21-K06 | 21-K06-02 | Závažné komplikace zdravotní péče u pacientů s CC=0-2 | 0,66109 |
| 21-K06 | 21-K06-03 | Jiné komplikace zdravotní péče | 0,37925 |
| 21-M01 | 21-M01-00 | Eliminační metody krve pro toxické účinky | 1,96643 |
| 22-I02 | 22-I02-00 | Amputace částí končetin mimo prsty pro popálení, poleptání nebo omrzlinu | 2,07860 |
| 22-I03 | 22-I03-01 | Amputace prstů nebo záprstí v CVSP pro popálení, poleptání nebo omrzlinu | 1,36253 |
| 22-I03 | 22-I03-02 | Amputace prstů nebo záprstí mimo CVSP pro popálení, poleptání nebo omrzlinu | 0,86009 |
| 22-I04 | 22-I04-01 | Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny v CVSP s 2 a více ošetřovacími dny | 3,33437 |
| 22-I04 | 22-I04-02 | Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny v CVSP s 1 ošetřovacím dnem | 1,79489 |
| 22-I04 | 22-I04-03 | Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny v CVSP bez celkové anestezie | 0,79175 |
| 22-I04 | 22-I04-04 | Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny mimo CVSP s 2 a více ošetřovacími dny | 1,78983 |
| 22-I04 | 22-I04-05 | Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny mimo CVSP s nejvýše 1 ošetřovacím dnem | 0,45710 |
| 22-K01 | 22-K01-00 | Popáleniny a poleptání dětí ve věku do 3 let | 0,28221 |
| 22-K02 | 22-K02-00 | Popáleniny a poleptání dětí ve věku 3-14 let | 0,30309 |
| 22-K03 | 22-K03-00 | Popáleniny a poleptání pacientů ve věku 15 a více let | 0,27984 |
| 22-K04 | 22-K04-00 | Omrzliny | 0,81806 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| 23-I10 | 23-I10-00 | Odstranění silikonové tamponády oka | 0,55894 |
| 23-K01 | 23-K01-00 | Neprovedení plánované péče | 0,13931 |
| 23-K02 | 23-K02-01 | Léčba související se zkráceným trváním těhotenství a nízkou porodní hmotností u dětí s věkem 29 dnů a více | 2,61821 |
| 23-K02 | 23-K02-02 | Léčba ostatních stavů vzniklých v perinatálním období u dětí s věkem 29 dnů a více | 0,66712 |
| 23-K03 | 23-K03-01 | Potřeba imunizace | 0,11137 |
| 23-K03 | 23-K03-02 | Jiná péče o osoby bez obtíží nebo známé diagnózy | 0,33345 |
| 23-K04 | 23-K04-01 | Vyšetření a pozorování pro podezření na nemoci a patologické stavy u pacientů ve věku 80 a více let | 0,49463 |
| 23-K04 | 23-K04-02 | Vyšetření a pozorování pro podezření na nemoci a patologické stavy u pacientů do 79 let věku | 0,34763 |
| 23-K05 | 23-K05-01 | Následné vyšetření pro již dříve léčený zhoubný novotvar štítné žlázy | 0,48197 |
| 23-K05 | 23-K05-02 | Následné vyšetření pro již dříve léčené onemocnění | 0,45270 |
| 23-K06 | 23-K06-00 | Péče a diagnostika pro nemoci a stavy nezařazené jinde | 0,23313 |
| 24-M04 | 24-M04-00 | Krátkodobá (neúplná) rehabilitace - 0-4 rehabilitační dny | 0,28056 |
| 24-M05 | 24-M05-01 | Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 5-6 rehabilitačních dnů | 0,55556 |
| 24-M05 | 24-M05-02 | Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 5-6 rehabilitačních dnů | 0,52298 |
| 24-M06 | 24-M06-01 | Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 7-12 rehabilitačních dnů | 1,13895 |
| 24-M06 | 24-M06-02 | Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 7-12 rehabilitačních dnů | 0,92108 |
| 24-M07 | 24-M07-01 | Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 13-18 rehabilitačních dnů | 1,72890 |
| 24-M07 | 24-M07-02 | Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 13-18 rehabilitačních dnů | 1,28343 |
| 24-M08 | 24-M08-01 | Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 19-24 rehabilitačních dnů | 2,16560 |
| 24-M08 | 24-M08-02 | Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 19-24 rehabilitačních dnů | 1,85215 |
| 24-M09 | 24-M09-01 | Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 25-30 rehabilitačních dnů | 3,46630 |
| 24-M09 | 24-M09-02 | Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 25-30 rehabilitačních dnů | 3,23892 |
| 24-M10 | 24-M10-01 | Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 31-42 rehabilitačních dnů | 3,92286 |
| 24-M10 | 24-M10-02 | Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 31-42 rehabilitačních dnů | 3,92286 |
| 24-M11 | 24-M11-01 | Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy - 43-54 rehabilitačních dnů | 5,31863 |
| 24-M11 | 24-M11-02 | Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 43-54 rehabilitačních dnů | 5,31863 |
| 24-M12 | 24-M12-00 | Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy - 55-66 rehabilitačních dnů | 5,31863 |
| 24-M13 | 24-M13-00 | Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy - 67 a více rehabilitačních dnů | 5,31863 |
| 88-I01 | 88-I01-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 01 | 0,99853 |
| 88-I02 | 88-I02-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 02 | 0,44455 |
| 88-I03 | 88-I03-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 03 | 0,41267 |
| 88-I04 | 88-I04-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 04 | 0,77401 |
| 88-I05 | 88-I05-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 05 | 0,98561 |
| 88-I06 | 88-I06-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 06 | 0,47045 |
| 88-I07 | 88-I07-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 07 | 1,04771 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část A - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| 88-I08 | 88-I08-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 08 | 0,48656 |
| 88-I09 | 88-I09-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 09 | 0,59447 |
| 88-I10 | 88-I10-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 10 | 0,65809 |
| 88-I11 | 88-I11-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 11 | 0,54710 |
| 88-I12 | 88-I12-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 12 | 0,40356 |
| 88-I13 | 88-I13-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 13 | 0,34863 |
| 88-I14 | 88-I14-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 14 | 0,26050 |
| 88-I15 | 88-I15-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 15 | 0,27839 |
| 88-I16 | 88-I16-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 16 | 0,86038 |
| 88-I17 | 88-I17-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 17 | 0,65033 |
| 88-I18 | 88-I18-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 18 | 0,84316 |
| 88-I19 | 88-I19-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 19 | 0,13173 |
| 88-I20 | 88-I20-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 20 | 0,10010 |
| 88-I21 | 88-I21-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 21 | 0,77167 |
| 88-I22 | 88-I22-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 22 | 0,27984 |
| 88-I23 | 88-I23-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 23 | 0,10010 |
| 88-I24 | 88-I24-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 24 | 0,10010 |
| 88-I25 | 88-I25-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 25 | 0,10010 |
| 88-I26 | 88-I26-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 00 | 0,10010 |
| 99-K01 | 99-K01-00 | Nepřípustná hlavní diagnóza | 0,10010 |
| 99-K02 | 99-K02-00 | Nekonzistence hlavní diagnózy a údaje přímo s ní souvisejícího | 0,10010 |
| 99-K03 | 99-K03-00 | Novorozenec s nekonzistentními údaji | 0,10010 |
| 99-K04 | 99-K04-01 | Neuvedené klinické stádium solidního zhoubného novotvaru | 0,10010 |
| 99-K04 | 99-K04-02 | Neuvedený stupeň diferenciacie solidního zhoubného novotvaru | 0,10010 |
| 99-K04 | 99-K04-03 | Neuvedené NIHSS skóre | 0,10010 |
| 99-K04 | 99-K04-04 | Neuvedený typ srdečního selhání | 0,10010 |
| 99-K04 | 99-K04-05 | Neuvedené omezení motorických nebo kognitivních funkcí | 0,10010 |
| 99-K99 | 99-K99-00 | Neklasifikovatelné | 0,10010 |

Část B

Homogenní hrazené služby klasifikované do bází, které byly v referenčním období hrazeny paušální úhradou a v hodnoceném období jsou hrazeny případovým paušálem

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina - kód | Část B - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|--|---------------------------------------|-----------|
| 05-M09 | 05-M09-00 | Dočasná srdeční stimulace nebo úprava endokardiální elektrody | 0,78522 | - | - |
| 05-M10 | 05-M10-00 | Elektrická kardioverse | 0,21331 | - | - |

Část C

Homogenní hrazené služby klasifikované doází, 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 | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|---------------------------------------|-----------|
| 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 | 2,33907 | - | - |
| 01-K10 | 01-K10-02 | Mozkový infarkt v komplexním CVSP u pacientů ve věku 18 a více let s CC=1-2 | 1,27736 | - | - |
| 01-K10 | 01-K10-03 | Mozkový infarkt v komplexním CVSP u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0 | 0,84895 | - | - |
| 01-K10 | 01-K10-04 | Mozkový infarkt v CVSP u pacientů s CC=3-4 | 1,71469 | - | - |
| 01-K10 | 01-K10-05 | Mozkový infarkt v CVSP u pacientů s CC=1-2 | 1,0097 | - | - |
| 01-K10 | 01-K10-06 | Mozkový infarkt v CVSP u pacientů s CC=0 | 0,73164 | - | - |
| 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 | 1,78074 | - | - |
| 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 | 1,0056 | - | - |

Část E

Homogenní hrazené služby klasifikované do bází, které byly v referenčním období hrazeny úhradou vyčleněnou z paušální úhrady a v hodnoceném období jsou rovněž hrazeny úhradou vyčleněnou z paušální úhrady

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část E - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|------------------------|---------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------------|-----------|
| 00-I06 | 00-I06-00 | Transplantace orgánů nezařazených jinde | 5,82749 | - | - |
| 00-K01 | 00-K01-01 | Léčba akutní rejekce transplantovaného orgánu pomocí plazmaferézy | 5,43795 | - | - |
| 00-K01 | 00-K01-02 | Léčba akutní rejekce transplantovaného orgánu u pacientů s CC=3-4 | 2,53525 | - | - |
| 00-K01 | 00-K01-03 | Léčba akutní rejekce transplantovaného orgánu u pacientů s CC=0-2 | 1,03821 | - | - |
| 00-K02 | 00-K02-00 | Léčba akutní rejekce transplantátu krvevorných buněk | 1,65183 | - | - |
| 01-C02 | 01-C02-01 | Trombolýza pomocí rt-PA v komplexním CVSP u pacientů s CC=1-4 | 2,13791 | - | - |
| 01-C02 | 01-C02-02 | Trombolýza pomocí rt-PA v komplexním CVSP u pacientů s CC=0 | 1,33148 | - | - |
| 01-C02 | 01-C02-03 | Trombolýza pomocí rt-PA mimo komplexní CVSP u pacientů s CC=1-4 | 1,50409 | - | - |
| 01-C02 | 01-C02-04 | Trombolýza pomocí rt-PA mimo komplexní CVSP u pacientů s CC=0 | 1,07702 | - | - |
| 01-I06 | 01-I06-01 | Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií u dětí do 18 let věku pro epilepsii | 8,92334 | - | - |
| 01-I06 | 01-I06-02 | Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií u dětí do 18 let věku pro ostatní onemocnění | 5,63362 | - | - |
| 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 | 6,53233 | - | - |
| 01-I06 | 01-I06-04 | Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií u pacientů ve věku 18 a více let pro závažnou hlavní diagnózu a s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=3-4 | 4,73577 | - | - |
| 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 | 3,13540 | - | - |
| 01-I06 | 01-I06-06 | Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií u pacientů ve věku 18 a více let pro ostatní onemocnění a s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=3-4 | 3,87735 | - | - |
| 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 | 2,58655 | - | - |
| 01-I07 | 01-I07-01 | Chirurgický výkon z návrtu nebo transsfenoidálním přístupem s dalším operačním výkonem v jiný den | 5,46583 | - | - |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část E - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|---------------------------------------|-----------|
| 01-I07 | 01-I07-02 | 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 | 4,09496 | - | - |
| 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 | 2,15948 | - | - |
| 01-I07 | 01-I07-04 | Chirurgický výkon z návrtu nebo transsfenoidálním přístupem pro ostatní onemocnění u pacientů s CC=0-3 | 1,91546 | - | - |
| 01-I09 | 01-I09-01 | Extrakraniální chirurgický výkon na cévách hlavy v komplexním CVSP u pacientů s CC=1-4 | 2,21108 | - | - |
| 01-I09 | 01-I09-02 | Extrakraniální chirurgický výkon na cévách hlavy v komplexním CVSP u pacientů s CC=0 | 1,34577 | - | - |
| 01-I09 | 01-I09-03 | Extrakraniální chirurgický výkon na cévách hlavy mimo komplexní CVSP | 1,30408 | - | - |
| 01-I11 | 01-I11-01 | Chirurgický výkon v retrobasilinguální nebo velofaryngeální oblasti pro poruchu spánku | 0,89171 | - | - |
| 01-I11 | 01-I11-02 | Chirurgický výkon v nosní dutině nebo nosohltanu pro poruchu spánku | 0,61064 | - | - |
| 01-I12 | 01-I12-01 | Mikrochirurgická sutura nervových pletení | 2,20869 | - | - |
| 01-I12 | 01-I12-02 | Jiný chirurgický výkon na nervových pleteních | 0,97182 | - | - |
| 01-I14 | 01-I14-01 | Mikrochirurgická sutura jiných periferních nervů | 1,00627 | - | - |
| 01-I14 | 01-I14-02 | Jiný chirurgický výkon na jiných periferních nervech | 0,92905 | - | - |
| 01-M02 | 01-M02-00 | Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro onemocnění nervové soustavy | 4,16960 | - | - |
| 01-M03 | 01-M03-01 | Angioplastika mozkových cév pro mozkový infarkt, aneurysma nebo disekci | 3,79122 | - | - |
| 01-M03 | 01-M03-02 | Angioplastika mozkových cév pro ostatní cévní onemocnění mozku | 1,98924 | - | - |
| 01-R01 | 01-R01-00 | Radiochirurgie pro onemocnění nervové soustavy | 0,97501 | - | - |
| 02-I01 | 02-I01-00 | Transplantace rohovky včetně chirurgického výkonu na čočce | 1,16071 | - | - |
| 02-I02 | 02-I02-01 | Transplantace rohovky | 1,11959 | - | - |
| 02-I02 | 02-I02-02 | Transplantace amniové membrány | 1,51084 | - | - |
| 02-I03 | 02-I03-00 | Výkon na očníci nebo zřakovém nervu z kraniotomie | 2,94407 | - | - |
| 02-I04 | 02-I04-00 | Rekonstrukční chirurgický výkon na očníci | 0,88482 | - | - |
| 02-I05 | 02-I05-01 | Chirurgické ošetření poranění oka ve dvou a více operačních dnech | 2,10229 | - | - |
| 02-I05 | 02-I05-02 | Chirurgické ošetření poranění oka v rámci jednoho operačního dne | 1,22203 | - | - |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část E - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|------------------------|---------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------------|-----------|
| 02-I06 | 02-I06-01 | Odstranění sklivce pro zánět | 1,25274 | - | - |
| 02-I06 | 02-I06-02 | Odstranění sklivce včetně chirurgického výkonu na čočce pro nezánetlivé onemocnění | 0,96898 | - | - |
| 02-I06 | 02-I06-03 | Odstranění sklivce pro odchlípení nebo trhlinu sítnice | 0,72940 | - | - |
| 02-I06 | 02-I06-04 | Odstranění sklivce pro jiné hlavní diagnózy | 0,58080 | - | - |
| 02-I07 | 02-I07-01 | Odstranění celého oka nebo části oka z předního segmentu s komplikující hlavní diagnózou | 1,43039 | - | - |
| 02-I07 | 02-I07-02 | Odstranění celého oka nebo části oka z předního segmentu bez komplikující hlavní diagnózy | 0,83919 | - | - |
| 02-I08 | 02-I08-01 | Chirurgický výkon pro náhradu čočky u dětí do 18 let | 1,20904 | - | - |
| 02-I08 | 02-I08-02 | Chirurgický výkon pro náhradu čočky u pacientů ve věku 18 a více let | 0,66659 | - | - |
| 02-I10 | 02-I10-01 | Rekonstrukční výkon na slzném ústrojí pro zánět | 0,74088 | - | - |
| 02-I10 | 02-I10-02 | Rekonstrukční výkon na slzném ústrojí pro jiné hlavní diagnózy | 0,54063 | - | - |
| 02-I11 | 02-I11-01 | Rekonstrukční výkon na okohybném svalu u dětí do 18 let | 0,71651 | - | - |
| 02-I11 | 02-I11-02 | Rekonstrukční výkon na okohybném svalu u pacientů ve věku 18 a více let | 0,49179 | - | - |
| 02-R01 | 02-R01-00 | Radiochirurgie oka | 0,91585 | - | - |
| 02-R02 | 02-R02-00 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar oka | 1,67602 | - | - |
| 03-I07 | 03-I07-01 | Roboticky asistovaný resekční výkon v dutině ústní nebo na slinných žlázách s odstraněním krčních mízních uzlin | 3,51552 | OnkoDosp | 0,7 |
| 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 | 4,20844 | OnkoDosp | 0,7 |
| 03-I07 | 03-I07-03 | Resekční výkon v dutině ústní s odstraněním krčních mízních uzlin u pacientů s CC=0-2 | 2,57357 | OnkoDosp | 0,7 |
| 03-I07 | 03-I07-04 | Resekční výkon na slinných žlázách s odstraněním krčních mízních uzlin u pacientů s CC=0-2 | 1,59485 | OnkoDosp | 0,7 |
| 03-I08 | 03-I08-01 | Roboticky asistované odstranění krčních mízních uzlin pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku | 3,51552 | - | - |
| 03-I08 | 03-I08-02 | Disekce krčních uzlin pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku | 2,30552 | - | - |
| 03-I08 | 03-I08-03 | Částečná exstirpace krčních uzlin pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku | 0,99243 | - | - |
| 03-I09 | 03-I09-01 | Rekonstrukční výkon pro rozštěp rtu nebo patra u dětí do 18 let věku | 1,73259 | - | - |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část E - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|------------------------|---------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------------|-----------|
| 03-I09 | 03-I09-02 | Rekonstrukční výkon pro rozštěp rtu nebo patra u pacientů ve věku 18 a více let | 1,03936 | - | - |
| 03-I10 | 03-I10-01 | Resekce čelisti pro zhoubný novotvar nebo zánět dutiny ústní | 1,55955 | - | - |
| 03-I10 | 03-I10-02 | Resekce čelisti pro onemocnění dutiny ústní mimo zhoubný novotvar a zánět | 1,49845 | - | - |
| 03-I11 | 03-I11-01 | Rekonstrukční výkon na obou čelistech pro onemocnění mimo trauma | 1,90354 | - | - |
| 03-I11 | 03-I11-02 | Jiný rekonstrukční výkon na čelisti nebo obličeji pro onemocnění mimo trauma | 1,18595 | - | - |
| 03-I11 | 03-I11-03 | Rekonstrukční výkon na čelisti nebo obličeji pro trauma | 1,27171 | - | - |
| 03-I12 | 03-I12-01 | Odstranění celé příušní žlázy | 1,47265 | - | - |
| 03-I12 | 03-I12-02 | Odstranění laloku příušní žlázy | 1,22276 | - | - |
| 03-I12 | 03-I12-03 | Exstirpace podčelistní nebo podjazykové slinné žlázy | 1,01212 | - | - |
| 03-I12 | 03-I12-04 | Extrakapsulární exstirpace nebo biopsie příušní žlázy | 0,81683 | - | - |
| 03-I13 | 03-I13-00 | Jiný chirurgický výkon na hrtanu | 1,01466 | - | - |
| 03-I15 | 03-I15-00 | Chirurgický výkon pro vrozenou cystu nebo píštěl obličeje nebo krku | 0,95488 | - | - |
| 03-I16 | 03-I16-01 | Odstranění krčních mandlí pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=2-4 | 1,67388 | - | - |
| 03-I16 | 03-I16-02 | Odstranění krčních mandlí pro méně závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-1 | 0,92835 | - | - |
| 03-I17 | 03-I17-00 | Plastický nebo rekonstrukční výkon nosu, nosní přepážky nebo nosních kůstek | 0,79403 | - | - |
| 03-I18 | 03-I18-01 | Výkon na vedlejších dutinách nosních ze zevního přístupu | 1,06671 | - | - |
| 03-I18 | 03-I18-02 | Endoskopický výkon na vedlejších dutinách nosních pro zhoubný novotvar | 1,24232 | - | - |
| 03-I18 | 03-I18-03 | Endoskopický výkon na vedlejších dutinách nosních pro onemocnění mimo zhoubný novotvar | 0,79889 | - | - |
| 03-I20 | 03-I20-01 | Velký rekonstrukční výkon ucha pro poranění nebo vrozenou vadu | 1,68791 | - | - |
| 03-I20 | 03-I20-02 | Chirurgický výkon na zevním uchu u pacientů ve věku 18 a více let | 0,77959 | - | - |
| 03-I20 | 03-I20-03 | Chirurgický výkon na zevním uchu pro vrozenou vadu u dětí do 18 let věku | 0,68576 | - | - |
| 03-I20 | 03-I20-04 | Chirurgický výkon na zevním uchu pro onemocnění mimo vrozené vady u dětí do 18 let věku | 0,56249 | - | - |
| 03-I21 | 03-I21-00 | Odstranění hltanové mandle | 0,38799 | - | - |
| 03-I22 | 03-I22-01 | Endoskopický výkon na hrtanu pro novotvar | 0,61344 | - | - |
| 03-I22 | 03-I22-02 | Endoskopický výkon na hrtanu pro onemocnění mimo novotvar | 0,55552 | - | - |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část E - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------|
| 03-I23 | 03-I23-01 | Jiný endonazální výkon pro zhoubný novotvar nosu nebo nosních dutin nebo u pacientů s CC=3-4 | 1,13738 | - | - |
| 03-I23 | 03-I23-02 | Jiný endonazální výkon pro onemocnění nosu a nosních dutin mimo zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2 | 0,60407 | - | - |
| 04-C01 | 04-C01-01 | Trombolýza pomocí rt-PA pro plicní embolii u pacientů s CC=1-4 | 1,72547 | - | - |
| 04-C01 | 04-C01-02 | Trombolýza pomocí rt-PA pro plicní embolii u pacientů s CC=0 | 1,35725 | - | - |
| 04-D01 | 04-D01-00 | Srdeční katetrizace pro onemocnění dýchací soustavy | 1,95773 | - | - |
| 04-I01 | 04-I01-00 | Extrakorporální membránová oxygenace pro plicní embolii | 5,11426 | - | - |
| 04-I04 | 04-I04-00 | Výkon na cévách pro onemocnění dýchací soustavy | 2,37501 | - | - |
| 04-I07 | 04-I07-00 | Destrukční výkon pro onemocnění dýchací soustavy | 1,38747 | - | - |
| 04-R01 | 04-R01-01 | Radiochirurgie pro zhoubný novotvar plic v rámci 2 a více ozařovacích dnů | 1,74502 | - | - |
| 04-R01 | 04-R01-02 | Radiochirurgie pro zhoubný novotvar plic v rámci 1 ozařovacího dne | 1,55826 | - | - |
| 06-I02 | 06-I02-01 | Rozsáhlý výkon v dutině břišní pro zhoubný novotvar trávicí soustavy | 5,50177 | - | - |
| 06-I02 | 06-I02-02 | Rozsáhlý výkon v dutině břišní pro onemocnění trávicí soustavy mimo zhoubný novotvar | 4,10265 | - | - |
| 06-I04 | 06-I04-01 | Odstranění nebo resekce žaludku s dalším operačním výkonem v jiný den | 7,34824 | - | - |
| 06-I04 | 06-I04-02 | Odstranění nebo resekce žaludku u pacientů s CC=4 | 5,71414 | - | - |
| 06-I04 | 06-I04-03 | Odstranění nebo resekce žaludku u pacientů s CC=0-3 | 4,01890 | - | - |
| 06-I05 | 06-I05-01 | Roboticky asistované odstranění nebo resekce konečníku | 3,73095 | Rektum | 0,85 |
| 06-I05 | 06-I05-02 | Odstranění nebo resekce konečníku s dalším operačním výkonem v jiný den | 6,18152 | Rektum | 0,85 |
| 06-I05 | 06-I05-03 | Odstranění nebo resekce konečníku u pacientů s CC=3-4 | 4,57656 | Rektum | 0,85 |
| 06-I05 | 06-I05-04 | Odstranění nebo resekce konečníku u pacientů s CC=0-2 | 3,00315 | Rektum | 0,85 |
| 06-I06 | 06-I06-00 | Výkon na cévách nebo slezině pro onemocnění trávicí soustavy | 3,64627 | - | - |
| 06-I07 | 06-I07-01 | Roboticky asistovaná resekce střeva nebo peritonea pro onemocnění trávicí soustavy | 3,59899 | - | - |
| 06-I07 | 06-I07-02 | Resekce střeva nebo peritonea pro onemocnění trávicí soustavy u dětí do 2 let věku | 5,09246 | - | - |
| 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 | 7,12108 | - | - |
| 06-I07 | 06-I07-04 | Resekce střeva nebo peritonea pro onemocnění trávicí soustavy s dalším | 4,41538 | - | - |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část E - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------|
| | | 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 | | | |
| 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 | 2,57724 | - | - |
| 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 | 2,15317 | - | - |
| 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 | 4,40983 | - | - |
| 06-I12 | 06-I12-02 | Chirurgický výkon na žaludku nebo střevu mimo resekce pro závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-3 | 2,04802 | - | - |
| 06-I12 | 06-I12-03 | Chirurgický výkon na žaludku nebo střevu mimo resekce pro méně závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-3 | 1,70662 | - | - |
| 06-I13 | 06-I13-01 | Stomický výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4 | 3,48638 | - | - |
| 06-I13 | 06-I13-02 | Stomický výkon pro závažné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2 | 1,90556 | - | - |
| 06-I13 | 06-I13-03 | Stomický výkon pro méně závažné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2 | 1,37399 | - | - |
| 06-I15 | 06-I15-00 | Výkon pro brániční kýlu nebo refluxní chorobu | 1,64168 | - | - |
| 06-I18 | 06-I18-01 | Odstranění apendixu s dalším operačním výkonem v jiný den | 2,67089 | - | - |
| 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 | 2,30670 | - | - |
| 06-I18 | 06-I18-03 | Odstranění apendixu u pacientů ve věku 18-64 let pro rozsáhlý zánět nebo s CC=2-4 | 1,15230 | - | - |
| 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 | 1,09231 | - | - |
| 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 | 0,73206 | - | - |
| 06-I19 | 06-I19-00 | Uvolňování srůstů pobřišnice nebo střeva | 1,17406 | - | - |
| 06-I20 | 06-I20-01 | Jiný chirurgický výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=2-4 | 2,46660 | - | - |
| 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 | 1,31199 | - | - |
| 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 | 0,45749 | - | - |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část E - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|------------------------|---------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------------|-----------|
| 06-I21 | 06-I21-01 | Perianální výkon pro závažné onemocnění | 0,92319 | - | - |
| 06-I21 | 06-I21-02 | Perianální výkon pro méně závažné onemocnění | 0,44923 | - | - |
| 06-I22 | 06-I22-01 | Chirurgické odstranění hemoroidů staplerovou metodou | 0,53312 | - | - |
| 06-I22 | 06-I22-02 | Chirurgické odstranění hemoroidů klasickou metodou | 0,41176 | - | - |
| 06-M02 | 06-M02-00 | Výkon pro obstrukci trávicí soustavy u dětí | 0,56000 | - | - |
| 07-I05 | 07-I05-00 | Destrukční výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní | 1,36774 | - | - |
| 07-I06 | 07-I06-01 | Výkon na cévách se zavedením portosystémového shuntu pro cirhózu | 3,98727 | - | - |
| 07-I06 | 07-I06-02 | Výkon na cévách bez zavedení portosystémového shuntu pro onemocnění hepatobiliární soustavy | 1,61274 | - | - |
| 07-I07 | 07-I07-00 | Nekrektomie nebo drenážní výkon pro akutní zánět slinivky břišní | 5,08250 | - | - |
| 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 | 4,86580 | - | - |
| 07-I08 | 07-I08-02 | Spojkový nebo rekonstrukční výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=0-2 | 3,06233 | - | - |
| 07-I09 | 07-I09-00 | Výkon na nervech pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní | 0,97182 | - | - |
| 07-I10 | 07-I10-01 | Odstranění žlučníku otevřeným přístupem u pacientů s CC=3-4 | 3,39522 | - | - |
| 07-I10 | 07-I10-02 | Odstranění žlučníku laparoskopicky u pacientů s CC=3-4 | 2,29785 | - | - |
| 07-I10 | 07-I10-03 | Odstranění žlučníku otevřeným přístupem pro akutní zánět slinivky břišní nebo u pacientů s CC=1-2 | 1,78210 | - | - |
| 07-I10 | 07-I10-04 | Odstranění žlučníku otevřeným přístupem pro jiné onemocnění mimo akutní zánět slinivky břišní u pacientů s CC=0 | 1,32127 | - | - |
| 07-I10 | 07-I10-05 | Odstranění žlučníku laparoskopicky pro akutní zánět slinivky břišní nebo u pacientů s CC=1-2 | 1,23230 | - | - |
| 07-I10 | 07-I10-06 | Odstranění žlučníku laparoskopicky pro jiné onemocnění mimo akutní zánět slinivky břišní u pacientů s CC=0 | 0,85639 | - | - |
| 07-M01 | 07-M01-00 | Eliminační metody pro náhradu funkce akutně selhávajících jater | 3,36681 | - | - |
| 07-M02 | 07-M02-01 | Komplexní endoskopický výkon s dalším výkonem v jiný den pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní | 3,82003 | - | - |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část E - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|---------------------------------------|-----------|
| 07-M02 | 07-M02-02 | Komplexní endoskopický výkon pro nemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní | 1,62479 | - | - |
| 07-M02 | 07-M02-03 | Opakovaný endoskopický nebo radiologický výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní | 2,44668 | - | - |
| 07-M02 | 07-M02-04 | Endoskopický nebo radiologický výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=3-4 | 1,74212 | - | - |
| 07-M02 | 07-M02-05 | Endoskopický nebo radiologický výkon pro akutní zánět nebo zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=0-2 | 1,15460 | - | - |
| 07-M02 | 07-M02-06 | Endoskopický nebo radiologický výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní mimo akutní zánět a zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2 | 0,73987 | - | - |
| 07-R01 | 07-R01-00 | Radiochirurgie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní | 1,98676 | - | - |
| 08-C02 | 08-C02-00 | Izolovaná regionální hypertermní perfúze končetiny cytostatiky pro zhoubný novotvar kostí a měkkých tkání | 3,78058 | - | - |
| 08-I05 | 08-I05-01 | Implantace tumorózní endoprotézy kyčle | 4,01230 | - | - |
| 08-I05 | 08-I05-02 | Reimplantace endoprotézy kyčle | 3,24227 | - | - |
| 08-I05 | 08-I05-03 | Revize endoprotézy kyčle s výměnou artikulačních komponent nebo odstranění endoprotézy | 2,95857 | - | - |
| 08-I05 | 08-I05-04 | Oboustranná implantace totální endoprotézy kyčle | 2,92293 | - | - |
| 08-I05 | 08-I05-05 | Implantace necementované totální endoprotézy kyčle | 2,02529 | - | - |
| 08-I05 | 08-I05-06 | Implantace hybridní totální endoprotézy kyčle | 1,83626 | - | - |
| 08-I05 | 08-I05-07 | Implantace cementované totální endoprotézy kyčle | 1,72907 | - | - |
| 08-I05 | 08-I05-08 | Implantace cervikokapitální endoprotézy kyčle | 1,84403 | - | - |
| 08-I06 | 08-I06-01 | Implantace tumorózní endoprotézy kolene | 6,42894 | - | - |
| 08-I06 | 08-I06-02 | Reimplantace endoprotézy kolene | 3,95392 | - | - |
| 08-I06 | 08-I06-03 | Revize endoprotézy kolene s výměnou artikulačních komponent nebo odstranění endoprotézy | 3,03484 | - | - |
| 08-I06 | 08-I06-04 | Oboustranná implantace totální endoprotézy kolene | 2,67223 | - | - |
| 08-I06 | 08-I06-05 | Implantace totální endoprotézy kolene | 1,88850 | - | - |
| 08-I06 | 08-I06-06 | Implantace hemiartroplastiky kolene nebo patelo-femorální náhrady | 1,68190 | - | - |
| 08-I08 | 08-I08-01 | Implantace tumorózní endoprotézy nebo reimplantace/revize/odstranění endoprotézy ramene | 2,57432 | - | - |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část E - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|---------------------------------------|-----------|
| 08-I08 | 08-I08-02 | Implantace reverzní totální endoprotézy ramene | 2,38760 | - | - |
| 08-I08 | 08-I08-03 | Implantace anatomické totální endoprotézy ramene | 2,62438 | - | - |
| 08-I08 | 08-I08-04 | Implantace cervikokapitální endoprotézy ramene | 1,96239 | - | - |
| 08-I10 | 08-I10-01 | Implantace endoprotézy zápěstí | 0,85622 | - | - |
| 08-I10 | 08-I10-02 | Implantace ne-silikonové endoprotézy prstu | 0,93172 | - | - |
| 08-I10 | 08-I10-03 | Implantace silikonové endoprotézy prstu | 0,80631 | - | - |
| 08-I11 | 08-I11-01 | Replantace končetiny nebo její části mimo prsty | 4,61450 | - | - |
| 08-I11 | 08-I11-02 | Replantace dvou a více prstů | 2,78366 | - | - |
| 08-I11 | 08-I11-03 | Replantace jednoho prstu | 2,08349 | - | - |
| 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 | 4,17003 | - | - |
| 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 | 2,23518 | - | - |
| 08-I13 | 08-I13-03 | Operace poranění pánve v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0 | 1,81194 | - | - |
| 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 | 3,05947 | - | - |
| 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 | 1,71675 | - | - |
| 08-I13 | 08-I13-06 | Operace poranění stehenní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0 | 1,44944 | - | - |
| 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 | 2,52695 | - | - |
| 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 | 1,54365 | - | - |
| 08-I13 | 08-I13-09 | Operace poranění pánve a stehenní kosti mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0 | 1,25558 | - | - |
| 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 | 2,83988 | - | - |
| 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 | 1,21629 | - | - |
| 08-I14 | 08-I14-03 | Operace poranění jiných segmentů kostí bérce v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0 | 1,18459 | - | - |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část E - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------|
| 08-I14 | 08-I14-04 | Operace poranění česky v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,93087 | - | - |
| 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 | 2,79391 | - | - |
| 08-I14 | 08-I14-06 | Operace poranění kostí bérce mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let proximálního/distálního segmentu nebo u pacientů ve věku 75 a více let | 1,19054 | - | - |
| 08-I14 | 08-I14-07 | Operace poranění jiných segmentů kostí bérce mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0 | 1,12215 | - | - |
| 08-I14 | 08-I14-08 | Operace poranění česky mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,76153 | - | - |
| 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 | 2,13907 | - | - |
| 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 | 1,14477 | - | - |
| 08-I15 | 08-I15-03 | Operace poranění jiných kostí hlezna a zánártí v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0 | 0,80082 | - | - |
| 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 | 1,62056 | - | - |
| 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 | 1,07907 | - | - |
| 08-I15 | 08-I15-06 | Operace poranění jiných kostí hlezna a zánártí mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0 | 0,80515 | - | - |
| 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 | 2,17815 | - | - |
| 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 | 1,35060 | - | - |
| 08-I16 | 08-I16-03 | Operace poranění jiných segmentů pažní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0 | 1,06036 | - | - |
| 08-I16 | 08-I16-04 | Operace poranění pletence ramenního mimo pažní kost v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,71699 | - | - |
| 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 | 1,59319 | - | - |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část E - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|---------------------------------------|-----------|
| 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 | 1,20592 | - | - |
| 08-I16 | 08-I16-07 | Operace poranění jiných segmentů pažní kosti mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0 | 0,93111 | - | - |
| 08-I16 | 08-I16-08 | Operace poranění pletence ramenního mimo pažní kost mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,63637 | - | - |
| 08-I18 | 08-I18-01 | Násobná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,85913 | - | - |
| 08-I18 | 08-I18-02 | Izolovaná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,51856 | - | - |
| 08-I18 | 08-I18-03 | Násobná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,60127 | - | - |
| 08-I18 | 08-I18-04 | Izolovaná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,47381 | - | - |
| 08-I19 | 08-I19-01 | Operace poranění vazivového aparátu kolene v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,74651 | - | - |
| 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 | 0,78639 | - | - |
| 08-I19 | 08-I19-03 | Izolovaná operace poranění ostatních vazů, šlach a svalů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,46747 | - | - |
| 08-I19 | 08-I19-04 | Operace poranění vazivového aparátu kolene mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,69247 | - | - |
| 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 | 0,58186 | - | - |
| 08-I19 | 08-I19-06 | Izolovaná operace poranění ostatních vazů, šlach a svalů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,46072 | - | - |
| 08-I20 | 08-I20-01 | Operace poranění pánve a stehna v CVSP u dětí do 16 let | 1,72953 | - | - |
| 08-I20 | 08-I20-02 | Operace poranění bérce, hlezna a zánártí v CVSP u dětí do 16 let | 0,92521 | - | - |
| 08-I20 | 08-I20-03 | Operace poranění horní končetiny, nártu a prstů v CVSP u dětí do 16 let | 0,55424 | - | - |
| 08-I20 | 08-I20-04 | Operace poranění pánve, stehna, bérce, hlezna a zánártí mimo CVSP u dětí do 16 let | 0,83494 | - | - |
| 08-I20 | 08-I20-05 | Operace poranění horní končetiny, nártu a prstů mimo CVSP u dětí do 16 let | 0,58963 | - | - |
| 08-I21 | 08-I21-01 | Operace pánve a stehenní kosti mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu | 2,36412 | - | - |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část E - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|---------------------------------------|-----------|
| 08-I21 | 08-I21-02 | Operace pánve a stehenní kosti mimo poranění pro méně závažnou hlavní diagnózu | 1,23219 | - | - |
| 08-I22 | 08-I22-01 | Operace kostí bérce a pažní kosti mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu | 1,54185 | - | - |
| 08-I22 | 08-I22-02 | Operace kostí bérce a pažní kosti mimo poranění pro méně závažnou hlavní diagnózu | 1,07639 | - | - |
| 08-I23 | 08-I23-01 | Operace kostí hlezna a zánártí mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu | 1,48894 | - | - |
| 08-I23 | 08-I23-02 | Operace kostí hlezna a zánártí mimo poranění pro méně závažnou hlavní diagnózu | 0,91669 | - | - |
| 08-I24 | 08-I24-01 | Operace pletence ramenního, kostí předloktí a zápěstí mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu | 0,91234 | - | - |
| 08-I24 | 08-I24-02 | Operace pletence ramenního, kostí předloktí a zápěstí mimo poranění pro méně závažnou hlavní diagnózu | 0,68574 | - | - |
| 08-I25 | 08-I25-01 | Operace kostí nártu, dlaně a prstů mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu | 0,83912 | - | - |
| 08-I25 | 08-I25-02 | Operace kostí nártu, dlaně a prstů mimo poranění pro méně závažnou hlavní diagnózu | 0,56076 | - | - |
| 08-I26 | 08-I26-01 | Operace vazivového aparátu kolene mimo poranění | 1,14349 | - | - |
| 08-I26 | 08-I26-02 | Rekonstrukce nebo sutura ostatních vazů, šlach a svalů mimo poranění | 0,75254 | - | - |
| 08-I26 | 08-I26-03 | Chirurgické uvolnění svalů a šlach mimo poranění | 0,49032 | - | - |
| 08-I28 | 08-I28-01 | Krytí defektu velkým lalokem pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=2-4 | 3,77704 | - | - |
| 08-I28 | 08-I28-02 | Krytí defektu velkým lalokem pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=0-1 | 1,20877 | - | - |
| 08-I31 | 08-I31-01 | Resekce zhoubného novotvaru kostí končetin | 1,07204 | - | - |
| 08-I31 | 08-I31-02 | Resekce zhoubného novotvaru měkkých tkání | 1,07315 | - | - |
| 08-I31 | 08-I31-03 | Ostatní excize a exstirpace kostí končetin | 0,60735 | - | - |
| 08-I31 | 08-I31-04 | Ostatní excize a menší výkony na měkkých tkáních a kůži | 0,49010 | - | - |
| 08-M02 | 08-M02-00 | Miniinvazivní výkon na páteři | 0,89202 | - | - |
| 08-M03 | 08-M03-01 | Revizní nebo zvláště složitá rekonstrukční artroskopie | 0,83821 | - | - |
| 08-M03 | 08-M03-02 | Artroskopická stabilizace ramene nebo rekonstrukce rotátorové manžety | 0,72717 | - | - |
| 08-M03 | 08-M03-03 | Artroskopická dekomprese ramene | 0,56887 | - | - |
| 08-M03 | 08-M03-04 | Rekonstrukční artroskopie kloubů mimo rameno | 0,75923 | - | - |
| 08-M03 | 08-M03-05 | Složitá artroskopie | 0,41684 | - | - |
| 08-M03 | 08-M03-06 | Jednoduchá artroskopie | 0,37535 | - | - |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část E - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------|
| 08-M04 | 08-M04-00 | Nekrvavá repozice vrozených deformit kyčle | 2,95277 | - | - |
| 08-R01 | 08-R01-00 | Radiochirurgie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání | 1,87428 | - | - |
| 09-C01 | 09-C01-00 | Izolovaná regionální hypertermní perfúze končetiny cytostatiky pro melanom kůže | 3,78058 | - | - |
| 09-I04 | 09-I04-01 | Velké rekonstrukční výkony pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=2-4 | 3,98400 | - | - |
| 09-I04 | 09-I04-02 | Velké rekonstrukční výkony pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0-1 | 0,78887 | - | - |
| 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 | 1,43553 | - | - |
| 09-I10 | 09-I10-02 | Odstranění mízních uzlin pro novotvar kůže nebo prsu u pacientů s CC=0-1 | 0,79927 | - | - |
| 10-I02 | 10-I02-01 | Výkon na cévách s chirurgickým výkonem na noze pro syndrom diabetické nohy v CVSP | 3,37535 | - | - |
| 10-I02 | 10-I02-02 | Výkon na cévách s chirurgickým výkonem na noze pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP | 2,99724 | - | - |
| 10-I03 | 10-I03-01 | Výkon na cévách bez chirurgického výkonu na noze pro syndrom diabetické nohy v CVSP | 1,30325 | - | - |
| 10-I03 | 10-I03-02 | Výkon na cévách bez chirurgického výkonu na noze pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP | 1,30669 | - | - |
| 10-I04 | 10-I04-01 | Opakovaný chirurgický výkon na diabetické noze v CVSP | 2,64013 | - | - |
| 10-I04 | 10-I04-02 | Opakovaný chirurgický výkon na diabetické noze mimo CVSP | 2,09861 | - | - |
| 10-I06 | 10-I06-00 | Rekonstrukční nebo transplantační výkon na diabetické noze | 1,72634 | - | - |
| 10-I09 | 10-I09-01 | Bypass žaludku nebo biliopankreatická diverze | 2,21484 | - | - |
| 10-I09 | 10-I09-02 | Tubulizace žaludku | 1,67303 | - | - |
| 10-I09 | 10-I09-03 | Plikace žaludku | 1,75393 | - | - |
| 10-I09 | 10-I09-04 | Bandáž žaludku | 1,54966 | - | - |
| 10-I10 | 10-I10-00 | Plastický výkon pro metabolickou nebo nutriční poruchu | 1,32095 | - | - |
| 10-I12 | 10-I12-00 | Odstranění nebo resekce štítné nebo příštítné žlázy s odstraněním krčních mízních uzlin | 1,50693 | - | - |
| 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 | 1,70652 | - | - |
| 10-I13 | 10-I13-02 | Odstranění celé štítné žlázy u pacientů s CC=0-2 | 1,09735 | - | - |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část E - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------|
| 10-I13 | 10-I13-03 | Odstranění celého laloku štítné žlázy u pacientů s CC=0-2 | 0,91644 | - | - |
| 10-I13 | 10-I13-04 | Odstranění příštítných tělísek u pacientů s CC=0-2 | 0,72796 | - | - |
| 10-I14 | 10-I14-00 | Odstranění krčních mízních uzlin pro novotvar štítné žlázy | 1,13433 | - | - |
| 10-I15 | 10-I15-00 | Chirurgický výkon na štítné žláze mimo resekce | 0,89226 | - | - |
| 10-R02 | 10-R02-01 | Léčba zhoubného novotvaru štítné žlázy radiojódem | 0,49176 | - | - |
| 10-R02 | 10-R02-02 | Léčba hypertyreózy radiojódem | 0,46034 | - | - |
| 11-I09 | 11-I09-00 | Resekce močového měchýře otevřeným přístupem | 2,37158 | - | - |
| 11-I10 | 11-I10-01 | Roboticky asistovaná plastika ledvinné pánvičky | 2,29265 | - | - |
| 11-I10 | 11-I10-02 | Rekonstrukční výkon na horních cestách močových nebo močovém měchýři pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=4 | 3,81405 | - | - |
| 11-I10 | 11-I10-03 | Rekonstrukční výkon na horních cestách močových nebo močovém měchýři u pacientů s CC=0-3 | 2,34863 | - | - |
| 11-I12 | 11-I12-00 | Odstranění nebo rekonstrukce močové trubice | 1,47426 | - | - |
| 11-I13 | 11-I13-00 | Otevřený výkon pro kámen dolních cest močových | 1,29887 | - | - |
| 11-I15 | 11-I15-00 | Destrukční výkon pro novotvary vylučovací soustavy | 1,19234 | - | - |
| 11-M01 | 11-M01-01 | Embolizace pro chronické onemocnění ledvin nebo u pacientů s CC=3-4 | 2,39980 | - | - |
| 11-M01 | 11-M01-02 | Embolizace pro ostatní onemocnění vylučovací soustavy u pacientů s CC=0-2 | 1,52440 | - | - |
| 11-M03 | 11-M03-01 | Perkutánní extrakce kamene z horních cest močových u pacientů s CC=2-4 | 2,15379 | - | - |
| 11-M03 | 11-M03-02 | Perkutánní extrakce kamene z horních cest močových u pacientů s CC=0-1 | 1,38433 | - | - |
| 11-M05 | 11-M05-01 | Extrakce kamene horních cest močových flexibilním ureterorenoskopem | 0,80877 | - | - |
| 11-M05 | 11-M05-02 | Extrakce kamene horních cest močových jiným typem ureterorenoskopu | 0,59993 | - | - |
| 11-M06 | 11-M06-01 | Transuretrální resekce močového měchýře u pacientů s CC=3-4 | 1,70188 | - | - |
| 11-M06 | 11-M06-02 | Transuretrální resekce močového měchýře u pacientů s CC=1-2 | 0,81630 | - | - |
| 11-M06 | 11-M06-03 | Transuretrální resekce močového měchýře u pacientů s CC=0 | 0,57388 | - | - |
| 11-M07 | 11-M07-01 | Miniinvazivní odstranění kamene z dolních cest močových u pacientů ve věku 70 a více let | 0,76123 | - | - |
| 11-M07 | 11-M07-02 | Miniinvazivní odstranění kamene z dolních cest močových u pacientů do 70 let | 0,65923 | - | - |
| 11-M08 | 11-M08-00 | Extrakorporální litotrypse | 0,35143 | - | - |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část E - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|---------------------------------------|-----------|
| 12-I04 | 12-I04-00 | Totální amputace penisu pro onemocnění mužské reprodukční soustavy | 2,17212 | - | - |
| 12-I06 | 12-I06-00 | Parciální amputace penisu | 0,97886 | - | - |
| 12-I07 | 12-I07-01 | Rekonstrukční výkon na penisu pro zadní hypospadii nebo epispadii u dětí do 18 let věku | 1,67555 | - | - |
| 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 | 1,34639 | - | - |
| 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 | 0,88096 | - | - |
| 12-I08 | 12-I08-01 | Odstranění varlete nebo nadvarlete u pacientů s CC=3-4 | 1,92728 | - | - |
| 12-I08 | 12-I08-02 | Odstranění varlete nebo nadvarlete u pacientů s CC=1-2 | 1,01291 | - | - |
| 12-I08 | 12-I08-03 | Odstranění varlete nebo nadvarlete pro onemocnění varlat nebo nadvarlat u pacientů s CC=0 | 0,68846 | - | - |
| 12-I08 | 12-I08-04 | Odstranění varlete nebo nadvarlete pro zhoubný novotvar prostaty u pacientů s CC=0 | 0,55580 | - | - |
| 12-I09 | 12-I09-00 | Destrukční výkon pro onemocnění prostaty | 1,09675 | - | - |
| 12-I12 | 12-I12-00 | Výkon na močové trubici pro onemocnění prostaty | 0,56080 | - | - |
| 12-I14 | 12-I14-00 | Jiný chirurgický výkon na penisu | 0,44011 | - | - |
| 12-M01 | 12-M01-00 | Embolizace pro onemocnění mužské reprodukční soustavy | 1,08048 | - | - |
| 12-R01 | 12-R01-00 | Radiochirurgie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy | 1,97366 | - | - |
| 13-I09 | 13-I09-00 | Rekonstrukční výkon pro vrozenou vadu ženské reprodukční soustavy | 2,08101 | - | - |
| 13-I10 | 13-I10-01 | Transperitoneální nebo transvezikální odstranění pístěle ženské reprodukční soustavy | 2,18268 | - | - |
| 13-I10 | 13-I10-02 | Vaginální odstranění pístěle ženské reprodukční soustavy | 1,11032 | - | - |
| 13-I11 | 13-I11-01 | Roboticky asistované odstranění dělohy pro onemocnění mimo zhoubný novotvar | 2,12175 | - | - |
| 13-I11 | 13-I11-02 | Odstranění dělohy pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4 | 3,29588 | - | - |
| 13-I11 | 13-I11-03 | Odstranění dělohy pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s CC=1-2 | 1,80161 | - | - |
| 13-I11 | 13-I11-04 | Odstranění dělohy pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s CC=0 | 1,47891 | - | - |
| 13-I12 | 13-I12-00 | Jiný chirurgický výkon pro odstranění extragenitálních endometriózních ložisek | 1,39111 | Endometrioza | 0,95 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část E - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------|
| 13-I13 | 13-I13-01 | Roboticky asistovaný výkon pro sestup ženských pohlavních orgánů | 1,87170 | - | - |
| 13-I13 | 13-I13-02 | Rekonstrukční výkon pro úplný výhřez pochvy i dělohy | 1,42912 | - | - |
| 13-I13 | 13-I13-03 | Rekonstrukční výkon pro jiný sestup ženských pohlavních orgánů | 0,96043 | - | - |
| 13-I14 | 13-I14-01 | Resekční výkon na děložních adnexech pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4 | 1,86003 | - | - |
| 13-I14 | 13-I14-02 | Resekční výkon na děložních adnexech pro onemocnění mimo zhoubný novotvar otevřeným přístupem u pacientek s CC=0-2 | 1,47585 | - | - |
| 13-I14 | 13-I14-03 | Resekční výkon na děložních adnexech pro onemocnění mimo zhoubný novotvar laparoskopickým přístupem u pacientek s CC=0-2 | 0,89717 | - | - |
| 13-I15 | 13-I15-01 | Odstranění vulvy u pacientek ve věku 60 a více let | 1,01239 | - | - |
| 13-I15 | 13-I15-02 | Odstranění vulvy u pacientek do 60 let věku | 0,52144 | - | - |
| 13-I16 | 13-I16-00 | Odstranění děložního myomu | 1,10913 | - | - |
| 13-I17 | 13-I17-00 | Uvolňování pánevních peritoneálních srůstů | 0,82228 | - | - |
| 13-I19 | 13-I19-00 | Malý operační výkon pro onemocnění ženské reprodukční soustavy | 0,28498 | - | - |
| 13-M01 | 13-M01-00 | Embolizace nebo termoablace děložního myomu nebo varixů pohlavních orgánů | 1,87747 | - | - |
| 16-I01 | 16-I01-01 | Chirurgický nebo endovaskulární výkon na slezině u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-4 | 3,05775 | - | - |
| 16-I01 | 16-I01-02 | Chirurgický nebo endovaskulární výkon na slezině u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1 | 1,93169 | - | - |
| 16-I02 | 16-I02-00 | Odstranění brzlíku pro onemocnění brzlíku | 1,61213 | - | - |
| 16-I04 | 16-I04-01 | Odstranění krčních mizních uzlin pro zvětšení nebo zánět nebo odstranění mizních uzlin pro zvětšení nebo zánět u pacientů s CC=2-4 | 0,97015 | - | - |
| 16-I04 | 16-I04-02 | Odstranění mizních uzlin mimo krční pro zvětšení nebo zánět u pacientů s CC=0-1 | 0,57922 | - | - |
| 19-I03 | 19-I03-00 | Totální amputace penisu pro poruchy sexuálních funkcí | 2,15357 | - | - |
| 19-I04 | 19-I04-00 | Odstranění dělohy pro poruchy sexuálních funkcí | 1,13155 | - | - |
| 19-I05 | 19-I05-00 | Resekce prsu pro poruchy sexuálních funkcí | 0,77027 | - | - |
| 19-I06 | 19-I06-00 | Jiný chirurgický výkon pro poruchy sexuálních funkcí | 0,68273 | - | - |
| 23-I01 | 23-I01-00 | Odběr orgánů od zemřelého dárce | 1,04581 | - | - |
| 23-I02 | 23-I02-00 | Odběr jater od zdravého dárce | 4,25274 | - | - |
| 23-I03 | 23-I03-00 | Odběr ledviny od zdravého dárce | 1,93373 | - | - |
| 23-I04 | 23-I04-00 | Odběr dělohy od zdravé dárkyně | 1,53283 | - | - |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část E - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------|
| 23-I09 | 23-I09-01 | Sterilizace odstraněním vejcovodů | 0,71783 | - | - |
| 23-I09 | 23-I09-02 | Sterilizace přerušáním vejcovodů nebo chámovodů | 0,61791 | - | - |
| 23-M01 | 23-M01-00 | Odběr krvevorných buněk od zdravého dárce | 0,34274 | - | - |

Část F

Homogenní hrazené služby klasifikované doází, 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 |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|---|-----------|
| 05-I01 | 05-I01-01 | Zavedení dlouhodobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 241 a více hodin (11 a více dní) | 75,78478 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,9 |
| 05-I01 | 05-I01-02 | Zavedení dlouhodobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní) | 65,39905 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,9 |
| 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) | 53,57386 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,9 |
| 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) | 36,24071 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,9 |
| 05-I02 | 05-I02-02 | Zavedení krátkodobé až střednědobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní) | 25,39530 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,9 |
| 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) | 12,58244 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,9 |
| 05-I03 | 05-I03-01 | Zavedení jiné mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 241 a více hodin (11 a více dní) | 23,49935 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,9 |
| 05-I03 | 05-I03-02 | Zavedení jiné mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní) | 14,95882 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,9 |
| 05-I03 | 05-I03-03 | Dva operační výkony na srdci nebo aortě v různých dnech se zavedením jiné mechanické srdeční podpory | 13,86309 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,9 |
| 05-I03 | 05-I03-04 | Zavedení jiné mechanické srdeční podpory s nejvýše jedním operačním dnem na srdci nebo aortě | 6,26481 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,9 |
| 05-I14 | 05-I14-01 | Implantace kardioverteru-defibrilátoru s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 7,49177 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,9 |
| 05-I14 | 05-I14-02 | Implantace kardioverteru-defibrilátoru se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3 | 4,58975 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,9 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část F - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|---|-----------|
| 05-I14 | 05-I14-03 | Implantace dvoukomorového nebo subkutánního kardioverteru-defibrilátoru u pacientů s CC=0-3 | 4,22319 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,9 |
| 05-I14 | 05-I14-04 | Implantace dvoudutinového nebo jednodutinového kardioverteru-defibrilátoru u pacientů s CC=0-3 | 3,65896 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,9 |
| 05-I15 | 05-I15-00 | Chirurgická ablace poruchy srdečního rytmu | 6,71415 | - | - |
| 05-I17 | 05-I17-00 | Odstranění nebo chirurgická drenáž perikardu | 3,96721 | - | - |
| 05-I20 | 05-I20-01 | Opakovaný chirurgický výkon pro nemoc periferních cév v CVSP | 4,51772 | - | - |
| 05-I20 | 05-I20-02 | Opakovaný chirurgický výkon pro nemoc periferních cév mimo CVSP | 2,92018 | - | - |
| 05-I21 | 05-I21-01 | Chirurgická implantace nebo extrakce stimulačních elektrod | 4,71601 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,9 |
| 05-I21 | 05-I21-02 | Transvenózní extrakce stimulačních elektrod | 2,27458 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,9 |
| 05-I22 | 05-I22-00 | Transplantace kůže nebo krytí defektu lalokem pro nemoc periferních cév | 1,06074 | - | - |
| 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 | 3,88999 | - | - |
| 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 | 3,05619 | - | - |
| 05-I24 | 05-I24-03 | Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na periferních cévách mimo hrudní a břišní dutinu u pacientů s kritickou končetinovou ischemií nebo s CC=2-3 | 2,76178 | - | - |
| 05-I24 | 05-I24-04 | Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na periferních cévách mimo hrudní a břišní dutinu u pacientů s CC=0-1 | 1,79256 | - | - |
| 05-I25 | 05-I25-01 | Implantace kardiostimulátoru s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 2,84760 | - | - |
| 05-I25 | 05-I25-02 | Implantace dvoukomorového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3 | 2,08354 | - | - |
| 05-I25 | 05-I25-03 | Implantace dvoudutinového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3 | 1,17679 | - | - |
| 05-I25 | 05-I25-04 | Implantace jednodutinového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3 | 0,99343 | - | - |
| 05-I26 | 05-I26-01 | Trombektomie, embolektomie nebo endarterektomie centrálních a periferních cév v CVSP u pacientů s CC=1-4 | 1,96556 | - | - |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část F - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|---|-----------|
| 05-I26 | 05-I26-02 | Trombektomie, embolektomie nebo endarterektomie centrálních a periferních cév v CVSP u pacientů s CC=0 | 1,35225 | - | - |
| 05-I26 | 05-I26-03 | Trombektomie, embolektomie nebo endarterektomie centrálních a periferních cév mimo CVSP | 1,42737 | - | - |
| 05-I29 | 05-I29-01 | Vytvoření AV zkratu protézou pro onemocnění periferních tepen | 1,26728 | - | - |
| 05-I29 | 05-I29-02 | Vytvoření nebo úprava AV zkratu bez použití protézy pro onemocnění periferních tepen u pacientů s CC=2-4 | 1,00877 | - | - |
| 05-I29 | 05-I29-03 | Vytvoření nebo úprava AV zkratu bez použití protézy pro onemocnění periferních tepen u pacientů s CC=0-1 | 0,68287 | - | - |
| 05-I30 | 05-I30-01 | Operace povrchových končetinových žil s ošetřením refluxu otevřeným přístupem | 0,54098 | - | - |
| 05-I30 | 05-I30-02 | Operace povrchových končetinových žil termickými metodami | 0,37262 | - | - |
| 05-I30 | 05-I30-03 | Extirpace varikózních větví bez ošetření refluxu v žilních kmenech | 0,50747 | - | - |
| 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 | 4,49207 | - | - |
| 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 | 2,85840 | - | - |
| 05-M04 | 05-M04-03 | Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro nemoc periferních cév s mechanickou atrektomií nebo trombektomií | 2,60311 | - | - |
| 05-M04 | 05-M04-04 | Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro nemoc periferních cév bez mechanické atrektomie a trombektomie | 2,20997 | - | - |
| 05-M06 | 05-M06-01 | Angioplastika 2 a více věnčitých tepen s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 3,75802 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,75 |
| 05-M06 | 05-M06-02 | Angioplastika 1 věnčité tepny s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 3,27354 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,75 |
| 05-M06 | 05-M06-03 | Komplexní angioplastika 2 a více věnčitých tepen za použití zobrazovacích nebo rotačních technik | 2,26293 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,75 |
| 05-M06 | 05-M06-04 | Komplexní angioplastika 1 věnčité tepny za použití zobrazovacích nebo rotačních technik | 1,64290 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,75 |
| 05-M06 | 05-M06-05 | Angioplastika 2 a více věnčitých tepen při akutním infarktu myokardu | 1,85358 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,75 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část F - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|---|-----------|
| 05-M06 | 05-M06-06 | Angioplastika 1 věnčité tepny při akutním infarktu myokardu | 1,42378 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,75 |
| 05-M06 | 05-M06-07 | Angioplastika 2 a více věnčitých tepen při jiném onemocnění srdce | 1,41315 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,75 |
| 05-M06 | 05-M06-08 | Angioplastika 1 věnčité tepny při jiném onemocnění srdce | 0,98773 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,75 |
| 05-M07 | 05-M07-01 | Angioplastika centrálních a periferních cév se zavedením stentgraftu | 2,95175 | - | - |
| 05-M07 | 05-M07-02 | Angioplastika centrálních a periferních cév s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 3,05293 | - | - |
| 05-M07 | 05-M07-03 | Vícesegmentální angioplastika centrálních a periferních cév se zavedením stentu u pacientů s CC=0-3 | 1,90787 | - | - |
| 05-M07 | 05-M07-04 | Angioplastika centrálních a periferních cév se zavedením stentu u pacientů s CC=0-3 | 1,38375 | - | - |
| 05-M07 | 05-M07-05 | Vícesegmentální angioplastika centrálních a periferních cév bez zavedení stentu u pacientů s CC=0-3 | 1,51857 | - | - |
| 05-M07 | 05-M07-06 | Angioplastika centrálních a periferních cév bez zavedení stentu u pacientů s CC=0-3 | 0,98188 | - | - |
| 05-M08 | 05-M08-00 | Embolizace pro nemoc centrálních a periferních cév | 2,17282 | - | - |
| 14-I01 | 14-I01-01 | Porod císařským řezem v CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci | 1,53190 | - | - |
| 14-I01 | 14-I01-02 | Porod císařským řezem v CVSP při mnohočetném těhotenství nebo po vedení porodu vaginálně | 1,18174 | - | - |
| 14-I01 | 14-I01-03 | Porod císařským řezem mimo CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci | 1,22743 | - | - |
| 14-I01 | 14-I01-04 | Porod císařským řezem mimo CVSP při mnohočetném těhotenství nebo po vedení porodu vaginálně | 1,34041 | - | - |
| 14-I01 | 14-I01-05 | Porod jediného dítěte císařským řezem bez závažné diagnózy | 0,79729 | - | - |
| 14-I02 | 14-I02-01 | Odstranění dělohy v těhotenství, po porodu nebo po potratu | 1,76351 | - | - |
| 14-I02 | 14-I02-02 | Jiný chirurgický výkon na děloze mimo odstranění v těhotenství, po porodu nebo po potratu | 0,83485 | - | - |
| 14-I03 | 14-I03-00 | Výkon na cévách pro komplikaci v těhotenství, po potratu nebo po porodu | 2,07769 | - | - |
| 14-I04 | 14-I04-00 | Chirurgický výkon na děložních adnexech v těhotenství, po porodu nebo po potratu | 0,73090 | - | - |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část F - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|------------------------|---------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------------|-----------|
| 14-I05 | 14-I05-00 | Chirurgický výkon v dutině břišní mimo dělohu a děložní adnexa v těhotenství, po porodu nebo po potratu | 0,65294 | - | - |
| 14-I08 | 14-I08-01 | Malý operační výkon v těhotenství, po porodu nebo po potratu se závažnou diagnózou | 0,53757 | - | - |
| 14-I08 | 14-I08-02 | Umělé přerušení těhotenství v II. trimestru nebo selektivní fetocida plodu při vícečetném těhotenství | 0,31638 | - | - |
| 14-I08 | 14-I08-03 | Jiný malý operační výkon v těhotenství, po porodu nebo po potratu bez závažné diagnózy | 0,24684 | - | - |
| 14-M01 | 14-M01-01 | Vaginální porod v CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci | 0,92114 | - | - |
| 14-M01 | 14-M01-02 | Vaginální porod v CVSP při mnohočetném těhotenství nebo s revizí po porodu | 0,80913 | - | - |
| 14-M01 | 14-M01-03 | Vaginální porod mimo CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci | 0,89986 | - | - |
| 14-M01 | 14-M01-04 | Vaginální porod mimo CVSP při mnohočetném těhotenství nebo s revizí po porodu | 0,82428 | - | - |
| 14-M01 | 14-M01-05 | Vaginální porod jediného dítěte bez závažné diagnózy | 0,59690 | - | - |
| 15-I01 | 15-I01-00 | Extrakorporální membránová oxygenace novorozence | 24,22556 | - | - |
| 15-K02 | 15-K02-01 | Časně úmrtí do 2 dnů u novorozence s hmotností do 1500 g | 0,23272 | - | - |
| 15-K02 | 15-K02-02 | Novorozenci s hmotností do 1500 g a velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 30. týdne | 4,78180 | - | - |
| 15-K02 | 15-K02-03 | Novorozenci s hmotností do 1500 g bez velmi závažné diagnózy a s gestačním stářím od 31. týdne | 3,20371 | - | - |
| 15-K03 | 15-K03-01 | Novorozenci s hmotností 1500-1999 g a velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 33. týdne | 2,93088 | - | - |
| 15-K03 | 15-K03-02 | Novorozenci s hmotností 1500-1999 g a závažnou diagnózou nebo gestačním stářím od 34. do 36. týdne | 1,88912 | - | - |
| 15-K03 | 15-K03-03 | Novorozenci s hmotností 1500-1999 g bez závažné diagnózy a s gestačním stářím od 37. týdne | 1,25552 | - | - |
| 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 | 2,18868 | - | - |
| 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 | 0,99210 | - | - |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část F - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------|
| 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 | 0,72653 | - | - |
| 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 | 0,45528 | - | - |
| 15-K05 | 15-K05-01 | Novorozenci s hmotností 2500 a více g narození v daném zdravotnickém zařízení v CVSP a s velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 33. týdne | 1,21119 | - | - |
| 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 | 0,58848 | - | - |
| 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 | 0,41056 | - | - |
| 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 | 0,31887 | - | - |
| 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 | 1,72094 | - | - |
| 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 | 1,22013 | - | - |
| 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 | 0,90823 | - | - |
| 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 | 0,55434 | - | - |
| 15-K06 | 15-K06-05 | Novorozenci s hmotností 2000 a více g nenarození v daném zdravotnickém zařízení mimo CVSP | 0,53239 | - | - |

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 |
|------------------------|---------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------------|-----------|
| 00-D01 | 00-D01-01 | Kontrolní biopsie transplantovaného srdce nebo plic | 0,65719 | Trans, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 00-D01 | 00-D01-02 | Kontrolní biopsie pro transplantovanou ledvinu nebo slinivku | 0,59618 | Trans | 0,5 |
| 00-D01 | 00-D01-03 | Kontrolní biopsie transplantovaných jater | 0,31339 | Trans | 0,5 |
| 00-I01 | 00-I01-01 | Transplantace plic u pacientů s UPV 1009 a více hodin (43 a více dnů) | 87,13934 | Trans, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 00-I01 | 00-I01-02 | Transplantace plic u pacientů s UPV 241-1008 hodin (11-42 dnů) | 37,25888 | Trans, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 00-I01 | 00-I01-03 | Transplantace plic u pacientů s UPV do 240 hodin (do 10 dnů) | 24,08539 | Trans, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 00-I02 | 00-I02-01 | Transplantace srdce u pacientů s dlouhodobou srdeční podporou | 75,78478 | Trans, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 00-I02 | 00-I02-02 | Transplantace srdce u pacientů s jiným typem srdeční podpory | 55,81599 | Trans, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 00-I02 | 00-I02-03 | Transplantace srdce u pacientů bez srdeční podpory | 22,08537 | Trans, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 00-I03 | 00-I03-01 | Transplantace jater s UPV 505 a více hodin (22 a více dnů) | 56,73226 | Trans, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 00-I03 | 00-I03-02 | Transplantace jater s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů) | 31,85546 | Trans, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 00-I03 | 00-I03-03 | Transplantace jater u pacientů s CC=4 | 16,19876 | Trans, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 00-I03 | 00-I03-04 | Transplantace jater u pacientů s CC=0-3 | 12,35486 | Trans, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 00-I04 | 00-I04-00 | Transplantace slinivky | 12,77758 | Trans, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 00-I05 | 00-I05-01 | Transplantace ledviny u pacientů s CC=3-4 | 7,81056 | Trans | 0,5 |
| 00-I05 | 00-I05-02 | Transplantace ledviny u pacientů s CC=0-2 | 5,82749 | Trans | 0,5 |
| 00-M06 | 00-M06-01 | Alogenní transplantace krvevorných buněk u dětí do 18 let věku | 16,51424 | HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti | 0,5 |
| 00-M06 | 00-M06-02 | Alogenní transplantace krvevorných buněk u pacientů ve věku 18 a více let | 17,17924 | HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti | 0,5 |
| 00-M07 | 00-M07-00 | Autologní transplantace krvevorných buněk pro hematologické onemocnění vyjma mnohočetného myelomu | 7,70768 | HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti | 0,5 |
| 00-M08 | 00-M08-00 | Autologní transplantace krvevorných buněk pro mnohočetný myelom | 4,07600 | HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti | 0,5 |
| 00-M09 | 00-M09-01 | Autologní transplantace krvevorných buněk při jiném onemocnění než hematologickém u dětí do 18 let věku | 6,76154 | HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti | 0,5 |
| 00-M09 | 00-M09-02 | Autologní transplantace krvevorných buněk při jiném onemocnění než | 5,35223 | HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti | 0,5 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část G - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|---------------------------------------|-----------|
| | | hematoonkologickém u pacientů ve věku 18 a více let | | | |
| 00-M10 | 00-M10-01 | Odběr krvetvorných buněk pro autologní transplantaci při hematoonkologickém onemocnění u pacientů s CC=3-4 | 1,61908 | HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti | 0,5 |
| 00-M10 | 00-M10-02 | Odběr krvetvorných buněk pro autologní transplantaci při hematoonkologickém onemocnění u pacientů s CC=0-2 | 1,25098 | HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti | 0,5 |
| 00-M11 | 00-M11-01 | Odběr krvetvorných buněk pro autologní transplantaci při jiném onemocnění než hematoonkologickém u pacientů s CC=3-4 | 1,62302 | HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti | 0,5 |
| 00-M11 | 00-M11-02 | Odběr krvetvorných buněk pro autologní transplantaci při jiném onemocnění než hematoonkologickém u pacientů s CC=0-2 | 0,73450 | HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti | 0,5 |
| 01-I01 | 01-I01-01 | Implantace neurostimulátoru i elektrod pro hlubokou mozkovou stimulaci pro onemocnění nervové soustavy | 13,95435 | Cerebro, FarmEpilepsie, Iktus | 0,5 |
| 01-I01 | 01-I01-02 | Implantace neurostimulátoru nebo elektrod pro hlubokou mozkovou stimulaci pro onemocnění nervové soustavy | 8,82835 | Cerebro, FarmEpilepsie, Iktus | 0,5 |
| 01-I02 | 01-I02-00 | Implantace zařízení pro kortikální mozkovou stimulaci | 6,60832 | Cerebro, Iktus | 0,5 |
| 01-I03 | 01-I03-01 | Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění nervové soustavy - zkušební i definitivní období | 7,46036 | Cerebro, Iktus | 0,5 |
| 01-I03 | 01-I03-02 | Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění nervové soustavy - pouze definitivní období | 5,80496 | Cerebro, Iktus | 0,5 |
| 01-I03 | 01-I03-03 | Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění nervové soustavy - pouze zkušební období | 1,71531 | Cerebro, Iktus | 0,5 |
| 01-I04 | 01-I04-00 | Implantace elektronické lékové pumpy pro onemocnění nervové soustavy | 6,98133 | Cerebro, RS, Iktus | 0,5 |
| 01-I05 | 01-I05-00 | Implantace zařízení pro stimulaci bloudivého nervu | 4,96898 | Cerebro, FarmEpilepsie, Iktus | 0,5 |
| 01-I08 | 01-I08-01 | Kraniofaciální operace pro vrozené vady | 6,43050 | Cerebro, Iktus | 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 | 3,28960 | Cerebro, Iktus | 0,5 |
| 01-I08 | 01-I08-03 | Chirurgický výkon na úrovni lebky a tvrdé pleny u dětí do 18 let věku | 2,74174 | Cerebro, Iktus | 0,5 |
| 01-I08 | 01-I08-04 | Chirurgický výkon na úrovni lebky a tvrdé pleny u pacientů ve věku 18 a více let | 1,31178 | Cerebro, Iktus | 0,5 |
| 01-I10 | 01-I10-00 | Odstanění brzlíku pro onemocnění nervosvalového přenosu | 1,56065 | PneumoOnko | 0,75 |
| 01-M01 | 01-M01-01 | Embolizace s angioplastikou pro onemocnění nervové soustavy | 6,14663 | Cerebro, Iktus | 0,5 |
| 01-M01 | 01-M01-02 | Embolizace pro krvácení do mozku | 6,23199 | Cerebro, Iktus | 0,5 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část G - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------|
| 01-M01 | 01-M01-03 | Embolizace pro jiná onemocnění nervové soustavy | 3,49676 | Cerebro, Iktus | 0,5 |
| 03-I01 | 03-I01-01 | Oboustranná endoprotéza čelistního kloubu | 19,82861 | - | - |
| 03-I01 | 03-I01-02 | Jednostranná endoprotéza čelistního kloubu | 9,80350 | - | - |
| 03-I02 | 03-I02-01 | Zavedení oboustranného kochleárního implantátu | 17,07588 | - | - |
| 03-I02 | 03-I02-02 | Zavedení jednostranného kochleárního implantátu | 8,52280 | - | - |
| 03-I02 | 03-I02-03 | Zavedení aktivního středoušního implantátu | 5,50414 | - | - |
| 03-I02 | 03-I02-04 | Zavedení sluchového implantátu pro přímé kostní vedení | 5,19605 | - | - |
| 03-I03 | 03-I03-01 | Mikrochirurgický plastický výkon pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku | 8,87223 | OnkoDosp | 0,7 |
| 03-I03 | 03-I03-02 | Jiný plastický nebo rekonstrukční výkon kostí lebky pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku | 4,31890 | OnkoDosp | 0,7 |
| 03-I04 | 03-I04-01 | Resekce poloviny obličeje, totální resekce horní čelisti nebo jiný rozsáhlý resekcí 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 | 4,86848 | OnkoDosp | 0,7 |
| 03-I04 | 03-I04-02 | Jiný rozsáhlý resekcí výkon na čelisti nebo obličeji pro zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2 | 3,14260 | OnkoDosp | 0,7 |
| 03-I05 | 03-I05-01 | Odstranění hrtanu nebo resekcí výkon na hrtanu s odstraněním krčních mizních uzlin a se zavedením gastrostomie, umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=3-4 | 4,99173 | OnkoDosp | 0,7 |
| 03-I05 | 03-I05-02 | Odstranění hrtanu nebo resekcí výkon na hrtanu s odstraněním krčních mizních uzlin u pacientů s CC=0-2 | 4,25118 | OnkoDosp | 0,7 |
| 03-I06 | 03-I06-01 | Roboticky asistovaný resekcí výkon na hltanu | 3,51552 | OnkoDosp | 0,7 |
| 03-I06 | 03-I06-02 | Resekcí výkon na hltanu se zavedením gastrostomie, umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=3-4 | 5,20476 | OnkoDosp | 0,7 |
| 03-I06 | 03-I06-03 | Resekcí výkon na hltanu u pacientů s CC=0-2 | 3,06193 | OnkoDosp | 0,7 |
| 04-I02 | 04-I02-01 | Roboticky asistovaná anatomická resekce plic | 3,30250 | PneumoOnko | 0,75 |
| 04-I02 | 04-I02-02 | Anatomická resekce plic s dalším operačním výkonem v jiný den | 6,62117 | PneumoOnko | 0,75 |
| 04-I02 | 04-I02-03 | Anatomická resekce plic u pacientů s CC=3-4 | 4,14476 | PneumoOnko | 0,75 |
| 04-I02 | 04-I02-04 | Anatomická resekce plic provedená thorakoskopicky u pacientů s CC=0-2 | 2,78624 | PneumoOnko | 0,75 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část G - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|------------------------|---------------------------|---|--------------------------------|---|-----------|
| 04-I02 | 04-I02-05 | Anatomická resekce plic provedená otevřeným přístupem u pacientů s CC=0-2 | 2,77167 | PneumoOnko | 0,75 |
| 04-I03 | 04-I03-01 | Extraanatomická resekce plic s dalším operačním výkonem v jiný den | 6,56223 | PneumoOnko | 0,75 |
| 04-I03 | 04-I03-02 | Extraanatomická resekce plic u pacientů s CC=3-4 | 3,34028 | PneumoOnko | 0,75 |
| 04-I03 | 04-I03-03 | Extraanatomická resekce plic pro závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-2 | 2,21866 | PneumoOnko | 0,75 |
| 04-I03 | 04-I03-04 | Extraanatomická resekce plic pro méně závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-2 | 1,80025 | PneumoOnko | 0,75 |
| 04-I05 | 04-I05-01 | Velký chirurgický výkon v dutině hrudní nebo na hrudníku mimo resekce plic s dalším operačním výkonem v jiný den | 7,44090 | PneumoOnko | 0,75 |
| 04-I05 | 04-I05-02 | Velký chirurgický výkon v dutině hrudní nebo na hrudníku mimo resekce plic u pacientů s CC=3-4 | 4,41743 | PneumoOnko | 0,75 |
| 04-I05 | 04-I05-03 | Velký chirurgický výkon v dutině hrudní nebo na hrudníku mimo resekce plic u pacientů s CC=0-2 | 1,90903 | PneumoOnko | 0,75 |
| 04-I06 | 04-I06-01 | Miniinvazivní operace vpáčeného nebo ptačího hrudníku | 2,78752 | - | - |
| 04-I06 | 04-I06-02 | Operace vpáčeného nebo ptačího hrudníku otevřeným přístupem | 2,10665 | - | - |
| 04-I11 | 04-I11-00 | Odstranění dlahy po operaci vpáčeného nebo ptačího hrudníku | 0,64366 | - | - |
| 05-I04 | 05-I04-01 | Druhá a další reoperace vrozené srdeční vady na otevřeném srdci u dětí do 18 let | 8,81813 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,5 |
| 05-I04 | 05-I04-02 | První reoperace vrozené srdeční vady na otevřeném srdci u dětí do 18 let | 5,94269 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,5 |
| 05-I05 | 05-I05-01 | Primooperace vrozené srdeční vady na otevřeném srdci III-IV u dětí do 18 let | 6,03453 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,5 |
| 05-I05 | 05-I05-02 | Primooperace vrozené srdeční vady na otevřeném srdci I-II u dětí do 18 let | 4,60625 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,5 |
| 05-I06 | 05-I06-01 | Roboticky asistovaná náhrada nebo plastika 2 a více chlopní | 6,23943 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 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 | 9,23593 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 05-I06 | 05-I06-03 | Náhrada nebo plastika 2 a více chlopní se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3 | 8,21525 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 05-I06 | 05-I06-04 | Náhrada nebo plastika 2 a více chlopní u pacientů s CC=0-3 | 7,12293 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část G - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------|
| 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 | 9,70929 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 05-I07 | 05-I07-02 | Chirurgický výkon na kořeni aorty se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3 | 8,59485 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 05-I07 | 05-I07-03 | Chirurgický výkon na kořeni aorty u pacientů s CC=0-3 | 6,72127 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 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 | 9,29174 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 05-I08 | 05-I08-02 | Bypass, náhrada nebo rekonstrukce aorty mimo břišní u pacientů s CC=0-3 | 6,76181 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 05-I09 | 05-I09-00 | Chirurgický výkon na plicním řečišti | 6,77259 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 05-I10 | 05-I10-01 | Roboticky asistovaná náhrada mitrální nebo trikuspidální chlopně | 6,22849 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 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 | 9,87347 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 05-I10 | 05-I10-03 | Náhrada mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopně se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3 | 7,51058 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 05-I10 | 05-I10-04 | Náhrada mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopně u pacientů s CC=0-3 | 6,59183 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 05-I11 | 05-I11-01 | Roboticky asistovaná plastika mitrální nebo trikuspidální chlopně | 6,23417 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 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 | 8,05602 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 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 | 7,11132 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 05-I11 | 05-I11-04 | Plastika nebo jiný výkon na mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopni u pacientů s CC=0-3 | 5,94525 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 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 | 8,46860 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část G - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|---------------------------------------|-----------|
| 05-I12 | 05-I12-02 | Náhrada nebo plastika aortální chlopně se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3 | 7,55386 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 05-I12 | 05-I12-03 | Náhrada nebo plastika aortální chlopně u pacientů s CC=0-3 | 5,67173 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 05-I13 | 05-I13-01 | Roboticky asistovaný chirurgický výkon na srdečních síních nebo komorách | 6,20214 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 05-I13 | 05-I13-02 | Chirurgický výkon na srdečních síních nebo komorách s dalším provedeným výkonem v jiný den | 9,88114 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 05-I13 | 05-I13-03 | Chirurgický výkon na srdečních síních nebo komorách s ablací nebo výkonem na koronárních tepnách | 6,33038 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 05-I13 | 05-I13-04 | Chirurgický výkon na srdečních síních nebo komorách | 5,17671 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 05-I16 | 05-I16-01 | Roboticky asistovaný aortokoronární bypass | 3,51870 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 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 | 6,84724 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 05-I16 | 05-I16-03 | Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách s chirurgickou ablací u pacientů s CC=0-3 | 6,94800 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 05-I16 | 05-I16-04 | Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3 | 5,64724 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 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 | 4,85479 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 05-I16 | 05-I16-06 | Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách ze sternotomie u pacientů s CC=0-3 | 4,74619 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 05-I16 | 05-I16-07 | Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách z minitorakotomie u pacientů s CC=0-3 | 3,12755 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T | 0,5 |
| 05-I18 | 05-I18-01 | Roboticky asistovaný bypass nebo rekonstrukce na centrálních cévách v hrudní a břišní dutině | 4,68424 | - | - |
| 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 | 6,21595 | - | - |
| 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 | 3,90578 | - | - |
| 05-I18 | 05-I18-04 | Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na centrálních cévách v hrudní a břišní dutině u pacientů s CC=0-1 | 2,99968 | - | - |
| 05-I19 | 05-I19-01 | Složité korekce vrozené srdeční vady na zavřeném srdci u dětí do 18 let | 3,69323 | KompKardioDěti_T | 0,5 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část G - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|---|-----------|
| 05-I19 | 05-I19-02 | Jednoduchá korekce vrozené srdeční vady na zavřeném srdci u dětí do 18 let | 3,38470 | KompKardioDěti_T | 0,5 |
| 05-M01 | 05-M01-01 | Katetrizační implantace nebo korekce chlopni s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 10,68042 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,5 |
| 05-M01 | 05-M01-02 | Katetrizační implantace nebo korekce chlopni se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3 | 8,48852 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,5 |
| 05-M01 | 05-M01-03 | Katetrizační implantace nebo korekce chlopni u pacientů s CC=0-3 | 7,54592 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 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 | 9,79383 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,7 |
| 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 | 6,87814 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,7 |
| 05-M02 | 05-M02-03 | Endovaskulární nebo komplexní chirurgický výkon na aortě u pacientů s CC=0-3 | 5,53185 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,7 |
| 05-M03 | 05-M03-00 | Endovaskulární výkon na srdci | 2,50199 | KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti | 0,7 |
| 05-M05 | 05-M05-01 | Katetrizační ablace s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 4,12069 | - | - |
| 05-M05 | 05-M05-02 | Katetrizační ablace komplexních forem arytmií | 2,77132 | - | - |
| 05-M05 | 05-M05-03 | Katetrizační ablace jednoduchých forem arytmií | 1,52450 | - | - |
| 05-M05 | 05-M05-04 | Katetrizační ablace atrioventrikulární junkce | 1,13861 | - | - |
| 06-I01 | 06-I01-01 | Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci stolice - zkušební i definitivní období | 7,49114 | - | - |
| 06-I01 | 06-I01-02 | Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci stolice - pouze definitivní období | 5,20464 | - | - |
| 06-I01 | 06-I01-03 | Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci stolice - pouze zkušební období | 1,57749 | - | - |
| 06-I03 | 06-I03-00 | Odstranění nebo resekce jícnu | 6,50001 | Jícen | 0,85 |
| 06-I08 | 06-I08-00 | Chirurgický výkon pro vrozenou vadu jícnu nebo žaludku | 1,57489 | - | - |
| 06-I09 | 06-I09-01 | Chirurgický výkon pro vrozenou vadu tenkého nebo tlustého střeva u dětí do 18 let věku | 3,43064 | - | - |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část G - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------|
| 06-I09 | 06-I09-02 | Chirurgický výkon pro vrozenou vadu tenkého nebo tlustého střeva u pacientů ve věku 18 a více let | 1,47648 | - | - |
| 06-I10 | 06-I10-00 | Chirurgický výkon pro vrozenou vadu konečníku nebo řiti | 2,51556 | - | - |
| 06-I11 | 06-I11-00 | Chirurgický výkon na jícnu mimo resekce | 2,00230 | - | - |
| 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 | 1,77258 | - | - |
| 06-I16 | 06-I16-02 | Laparoskopický výkon pro oboustrannou tříselnou nebo stehenní kýlu u pacientů s CC=0-2 | 0,95913 | - | - |
| 06-I16 | 06-I16-03 | Laparoskopický výkon pro jednostrannou tříselnou nebo stehenní kýlu u pacientů s CC=0-2 | 0,74137 | - | - |
| 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 | 0,64870 | - | - |
| 06-I16 | 06-I16-05 | Otevřený chirurgický výkon pro tříselnou nebo stehenní kýlu u dětí do 16 let věku s CC=0-2 | 0,45521 | - | - |
| 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 | 2,50609 | - | - |
| 06-I17 | 06-I17-02 | Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu s použitím implantátu nebo korekce rozestupu přímých svalů břišních u pacientů s CC=0-2 | 0,97094 | - | - |
| 06-I17 | 06-I17-03 | Výkon pro recidivující břišní nebo pupeční kýlu u pacientů s CC=0-2 | 0,90887 | - | - |
| 06-I17 | 06-I17-04 | Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-2 | 0,47570 | - | - |
| 06-I17 | 06-I17-05 | Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu u dětí do 16 let věku s CC=0-2 | 0,37430 | - | - |
| 07-I01 | 07-I01-01 | Velká resekce slinivky břišní s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 7,89274 | HPB | 0,85 |
| 07-I01 | 07-I01-02 | Velká resekce slinivky břišní u pacientů s CC=0-3 | 4,97905 | HPB | 0,85 |
| 07-I02 | 07-I02-01 | Velká resekce jater s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 7,91376 | HPB | 0,85 |
| 07-I02 | 07-I02-02 | Velká resekce jater u pacientů s CC=0-3 | 3,21787 | HPB | 0,85 |
| 07-I03 | 07-I03-01 | Jiná resekce slinivky břišní s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=3-4 | 5,59127 | HPB | 0,85 |
| 07-I03 | 07-I03-02 | Jiná resekce slinivky břišní u pacientů s CC=0-2 | 3,21691 | HPB | 0,85 |
| 07-I04 | 07-I04-01 | Jiná resekce jater s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=3-4 | 4,12086 | HPB | 0,85 |
| 07-I04 | 07-I04-02 | Jiná resekce jater u pacientů s CC=0-2 | 1,97354 | HPB | 0,85 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část G - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------|
| 08-I01 | 08-I01-01 | Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění páteře a míchy - zkušební i definitivní období | 7,52685 | - | - |
| 08-I01 | 08-I01-02 | Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění páteře a míchy - pouze definitivní období | 6,06823 | - | - |
| 08-I01 | 08-I01-03 | Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění páteře a míchy - pouze zkušební období | 1,71483 | - | - |
| 08-I02 | 08-I02-00 | Implantace elektronické lékové pumpy pro onemocnění páteře a míchy nebo syndrom ochrnutí | 6,98133 | - | - |
| 08-I03 | 08-I03-01 | Operace páteře s instrumentací 9 a více segmentů | 7,81189 | SpondyloChir | 0,5 |
| 08-I03 | 08-I03-02 | Operace páteře s instrumentací 5 až 8 segmentů | 4,99895 | SpondyloChir | 0,5 |
| 08-I03 | 08-I03-03 | Operace páteře s instrumentací 3 až 4 segmentů pro novotvar nebo poranění mimo krční páteř | 3,67391 | SpondyloChir | 0,5 |
| 08-I03 | 08-I03-04 | Operace páteře s instrumentací 3 až 4 segmentů pro jiná onemocnění mimo krční páteř | 3,38828 | SpondyloChir | 0,75 |
| 08-I03 | 08-I03-05 | Operace páteře s instrumentací nejvýše 2 segmentů pro novotvar nebo poranění mimo krční páteř | 2,54831 | SpondyloChir | 0,75 |
| 08-I03 | 08-I03-06 | Operace páteře s instrumentací nejvýše 2 segmentů pro jiná onemocnění mimo krční páteř | 2,74629 | - | - |
| 08-I03 | 08-I03-07 | Operace páteře s instrumentací pro poranění krční páteře | 2,37776 | - | - |
| 08-I03 | 08-I03-08 | Operace páteře s instrumentací pro jiná onemocnění krční páteře | 1,76768 | - | - |
| 08-I04 | 08-I04-01 | Operace páteře bez instrumentace pro poranění nebo novotvar | 2,43182 | - | - |
| 08-I04 | 08-I04-02 | Operace páteře bez instrumentace pro jiná onemocnění u dětí do 16 let nebo u pacientů ve věku 60 a více let | 1,51235 | - | - |
| 08-I04 | 08-I04-03 | Operace páteře bez instrumentace pro jiná onemocnění u pacientů ve věku 16-59 let | 1,20310 | - | - |
| 08-I07 | 08-I07-01 | Implantace tumorózní endoprotézy nebo reimplantace/revize/odstranění endoprotézy hlezna | 1,38390 | - | - |
| 08-I07 | 08-I07-02 | Implantace totální endoprotézy hlezna | 1,38390 | - | - |
| 08-I09 | 08-I09-01 | Implantace tumorózní endoprotézy nebo reimplantace/revize/odstranění endoprotézy lokte | 2,18050 | - | - |
| 08-I09 | 08-I09-02 | Implantace totální endoprotézy lokte | 2,18050 | - | - |
| 08-I09 | 08-I09-03 | Implantace endoprotézy hlavičky radia | 1,22972 | - | - |
| 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 | 5,06288 | OnkoDosp | 0,5 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část G - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|-----------|
| | | přenosem jednoho laloku nebo kosti u pacientů s CC=2-4 | | | |
| 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 | 3,51921 | OnkoDosp | 0,5 |
| 09-I01 | 09-I01-01 | Krytí defektu volným přenosem dvou a více laloků nebo kostí pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáň a prsu nebo krytí defektu volným přenosem jednoho laloku nebo kosti u pacientů s CC=2-4 | 4,71292 | OnkoDosp | 0,5 |
| 09-I01 | 09-I01-02 | Krytí defektu volným přenosem jednoho laloku nebo kosti pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáň a prsu u pacientů s CC=0-1 | 3,38131 | OnkoDosp | 0,5 |
| 09-I03 | 09-I03-00 | Kranioplastika | 2,16802 | OnkoDosp, TraumaDosp, TraumaDěti | 0,5 |
| 09-I06 | 09-I06-01 | Resekce prsu včetně odstranění mizních uzlin a rekonstrukce implantátem obou prsů | 2,21020 | - | - |
| 09-I06 | 09-I06-02 | Resekce prsu včetně odstranění mizních uzlin a rekonstrukce implantátem jednoho prsu | 1,72733 | - | - |
| 09-I06 | 09-I06-03 | Resekce obou prsů včetně odstranění mizních uzlin nebo resekce jednoho prsu včetně odstranění mizních uzlin u pacientů s CC=1-4 v CVSP | 1,36016 | - | - |
| 09-I06 | 09-I06-04 | Resekce jednoho prsu včetně odstranění mizních uzlin v CVSP u pacientů s CC=0 | 0,87731 | - | - |
| 09-I06 | 09-I06-05 | Resekce prsu včetně odstranění mizních uzlin mimo CVSP | 0,94498 | - | - |
| 09-I07 | 09-I07-01 | Resekce prsu včetně rekonstrukce implantátem obou prsů | 1,46091 | OnkoDosp | 0,75 |
| 09-I07 | 09-I07-02 | Resekce prsu včetně rekonstrukce implantátem jednoho prsu | 1,11287 | OnkoDosp | 0,75 |
| 09-I08 | 09-I08-01 | Rekonstrukce obou prsů implantátem | 1,21989 | OnkoDosp | 0,75 |
| 09-I08 | 09-I08-02 | Rekonstrukce jednoho prsu implantátem nebo rekonstrukce obou prsů místní tkání | 1,02115 | OnkoDosp | 0,75 |
| 09-I08 | 09-I08-03 | Rekonstrukce jednoho prsu místní tkání | 0,88096 | OnkoDosp | 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 | 0,99212 | - | - |
| 09-I09 | 09-I09-02 | Resekce jednoho prsu pro zhoubný novotvar v CVSP u pacientů s CC=0 | 0,68640 | - | - |
| 09-I09 | 09-I09-03 | Resekce prsu pro zhoubný novotvar mimo CVSP | 0,70944 | - | - |
| 09-I09 | 09-I09-04 | Resekce obou prsů pro ostatní onemocnění nebo resekce jednoho prsu pro ostatní onemocnění u pacientů s CC=1-4 | 0,82903 | - | - |
| 09-I09 | 09-I09-05 | Resekce jednoho prsu pro ostatní onemocnění u pacientů s CC=0 | 0,45722 | - | - |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část G - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------|
| 10-I01 | 10-I01-00 | Transplantace pankreatických ostrůvků | 3,30139 | Trans | 0,5 |
| 10-I11 | 10-I11-00 | Chirurgický výkon pro onemocnění nadledviny | 1,83080 | OnkoUro | 0,75 |
| 11-I01 | 11-I01-01 | Roboticky asistované odstranění močového měchýře | 6,03038 | OnkoDosp, OnkoUro | 0,75 |
| 11-I01 | 11-I01-02 | Odstranění močového měchýře s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 6,11137 | OnkoDosp, OnkoUro | 0,75 |
| 11-I01 | 11-I01-03 | Odstranění močového měchýře u pacientů s CC=0-3 | 4,46858 | OnkoDosp, OnkoUro | 0,75 |
| 11-I02 | 11-I02-00 | Implantace arteficiálního sfinkteru | 4,22223 | - | - |
| 11-I03 | 11-I03-01 | Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci moči - zkušební i definitivní období | 7,49114 | - | - |
| 11-I03 | 11-I03-02 | Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci moči - pouze definitivní období | 5,43708 | - | - |
| 11-I03 | 11-I03-03 | Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci moči - pouze zkušební období | 1,70748 | - | - |
| 11-I04 | 11-I04-01 | Odstranění ledviny včetně nadledviny, močovodu nebo mizních uzlin s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 4,34479 | - | - |
| 11-I04 | 11-I04-02 | Odstranění ledviny včetně nadledviny, močovodu nebo mizních uzlin u pacientů s CC=0-3 | 2,46061 | - | - |
| 11-I05 | 11-I05-00 | Odstranění mizních uzlin pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy | 2,53582 | OnkoUro | 0,75 |
| 11-I06 | 11-I06-01 | Odstranění nebo resekce močovodu pro závažnou hlavní diagnózu nebo u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-4 | 2,43131 | - | - |
| 11-I06 | 11-I06-02 | Odstranění nebo resekce močovodu u pacientů s CC=0-1 | 2,16489 | - | - |
| 11-I07 | 11-I07-01 | Roboticky asistovaná resekce ledviny | 2,24341 | - | - |
| 11-I07 | 11-I07-02 | Resekce ledviny s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 4,13621 | - | - |
| 11-I07 | 11-I07-03 | Resekce ledviny u pacientů s CC=2-3 | 2,66267 | - | - |
| 11-I07 | 11-I07-04 | Resekce ledviny u pacientů s CC=0-1 | 1,83580 | - | - |
| 11-I08 | 11-I08-01 | Odstranění ledviny s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 4,85681 | - | - |
| 11-I08 | 11-I08-02 | Odstranění ledviny u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-3 | 2,74521 | - | - |
| 11-I08 | 11-I08-03 | Odstranění ledviny u pacientů s CC=0-1 | 1,85368 | - | - |
| 11-I14 | 11-I14-01 | Závěsná nebo slingová operace močové trubice u mužů | 1,34443 | - | - |
| 11-I14 | 11-I14-02 | Závěsná nebo slingová operace močové trubice u žen | 0,59891 | - | - |
| 12-I02 | 12-I02-01 | Roboticky asistované odstranění prostaty včetně mizních uzlin | 2,63256 | OnkoDosp, OnkoUro | 0,75 |
| 12-I02 | 12-I02-02 | Odstranění prostaty včetně mizních uzlin | 1,89792 | OnkoDosp, OnkoUro | 0,75 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část G - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------|
| 12-I03 | 12-I03-01 | Roboticky asistované odstranění prostaty bez mízních uzlin | 2,32940 | - | - |
| 12-I03 | 12-I03-02 | Odstranění prostaty bez mízních uzlin pro zhoubný novotvar | 1,89079 | - | - |
| 12-I03 | 12-I03-03 | Odstranění prostaty bez mízních uzlin pro ostatní hlavní diagnózy | 1,74436 | - | - |
| 12-I05 | 12-I05-00 | Odstranění mízních uzlin pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy | 1,90274 | OnkoUro | 0,75 |
| 12-I10 | 12-I10-01 | Laparoskopický rekonstrukční výkon pro onemocnění varlat nebo testikulárních adnex | 0,82940 | - | - |
| 12-I10 | 12-I10-02 | Rekonstrukční výkon otevřeným přístupem nebo exploratorní výkon pro onemocnění varlat nebo testikulárních adnex | 0,55452 | - | - |
| 12-I13 | 12-I13-01 | Laparoskopické odstranění varikokély nebo odstranění varikokély, hydrokély nebo spermatokély otevřeným přístupem u pacientů s CC=3-4 | 0,70201 | - | - |
| 12-I13 | 12-I13-02 | Odstranění varikokély, hydrokély a spermatokély otevřeným přístupem u pacientů s CC=0-2 | 0,51424 | - | - |
| 12-M02 | 12-M02-01 | Transuretrální odstranění prostaty u pacientů s CC=1-4 | 1,18514 | - | - |
| 12-M02 | 12-M02-02 | Transuretrální odstranění prostaty u pacientů s CC=0 | 0,95892 | - | - |
| 13-I01 | 13-I01-00 | Exenterace pánevních orgánů pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy | 5,58271 | OnkoGyn | 0,5 |
| 13-I02 | 13-I02-01 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů pro zhoubný novotvar včetně rozsáhlého resekcčního výkonu na okolních tkáních v alespoň 2 lokalizacích | 5,14675 | OnkoGyn | 0,5 |
| 13-I02 | 13-I02-02 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů pro zhoubný novotvar včetně rozsáhlého resekcčního výkonu na okolních tkáních v právě 1 lokalizaci u pacientek s CC=4 | 5,14675 | OnkoGyn | 0,5 |
| 13-I02 | 13-I02-03 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů pro zhoubný novotvar včetně rozsáhlého resekcčního výkonu na okolních tkáních v právě 1 lokalizaci u pacientek s CC=2-3 | 3,36390 | OnkoGyn | 0,5 |
| 13-I02 | 13-I02-04 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů pro zhoubný novotvar včetně rozsáhlého resekcčního výkonu na okolních tkáních v právě 1 lokalizaci u pacientek s CC=0-1 | 2,59183 | OnkoGyn | 0,5 |
| 13-I03 | 13-I03-00 | Resekční výkon na trávicí soustavě nebo ledvině pro extragenitální endometriózu nebo rektokélu | 2,81530 | Endometrioza | 0,95 |
| 13-I04 | 13-I04-01 | Roboticky asistované odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar | 2,54654 | OnkoGyn | 0,5 |
| 13-I04 | 13-I04-02 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4 | 4,23372 | OnkoGyn | 0,5 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část G - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|---------------------------------------|-----------|
| 13-I04 | 13-I04-03 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=1-2 | 2,68422 | OnkoGyn | 0,5 |
| 13-I04 | 13-I04-04 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=0 | 1,95182 | OnkoGyn | 0,5 |
| 13-I05 | 13-I05-01 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně výkonu na mizních uzlinách pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4 | 4,25937 | OnkoGyn | 0,5 |
| 13-I05 | 13-I05-02 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně výkonu na mizních uzlinách pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního u pacientek s CC=0-2 | 1,68766 | OnkoGyn | 0,5 |
| 13-I05 | 13-I05-03 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně výkonu na mizních uzlinách pro zhoubný novotvar hrdla děložního u pacientek s CC=0-2 | 1,76484 | OnkoGyn | 0,5 |
| 13-I06 | 13-I06-01 | Radikální odstranění vulvy nebo pochvy pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4 | 3,56983 | OnkoGyn | 0,5 |
| 13-I06 | 13-I06-02 | Radikální odstranění vulvy nebo pochvy pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=0-2 | 1,59501 | OnkoGyn | 0,5 |
| 13-I07 | 13-I07-01 | Odstranění mizních uzlin pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního | 2,29802 | OnkoGyn | 0,5 |
| 13-I07 | 13-I07-02 | Odstranění mizních uzlin pro zhoubný novotvar hrdla děložního | 1,63130 | OnkoGyn | 0,5 |
| 13-I07 | 13-I07-03 | Odstranění mizních uzlin pro zhoubný novotvar pochvy nebo vulvy | 1,29805 | OnkoGyn | 0,5 |
| 13-I08 | 13-I08-01 | Neradikální výkon pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního | 1,69701 | OnkoGyn | 0,5 |
| 13-I08 | 13-I08-02 | Neradikální výkon pro zhoubný novotvar hrdla děložního nebo pochvy | 1,30545 | OnkoGyn | 0,5 |
| 13-I08 | 13-I08-03 | Neradikální výkon pro novotvar in situ ženské reprodukční soustavy | 1,06066 | OnkoGyn | 0,5 |
| 14-I06 | 14-I06-01 | Intrauterinní výkon na plodu při mnohočetném těhotenství | 1,09948 | IntenzivníPerinat | 0,5 |
| 14-I06 | 14-I06-02 | Intrauterinní výkon na plodu při těhotenství jednoho dítěte | 0,67809 | IntenzivníPerinat | 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) | 33,28945 | IntenzivníPerinat | 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) | 22,64291 | IntenzivníPerinat | 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) | 13,72755 | IntenzivníPerinat | 0,5 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část G - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|---------------------------------------|-----------|
| 15-I02 | 15-I02-04 | Chirurgický výkon na oběhové soustavě, dýchací soustavě nebo na jícnu u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní) | 10,72649 | IntenzivníPerinat | 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) | 5,84208 | IntenzivníPerinat | 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) | 33,28945 | IntenzivníPerinat | 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) | 22,64291 | IntenzivníPerinat | 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) | 13,72755 | IntenzivníPerinat | 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) | 10,48403 | IntenzivníPerinat | 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) | 5,29429 | IntenzivníPerinat | 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) | 33,28945 | IntenzivníPerinat | 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) | 22,64291 | IntenzivníPerinat | 0,5 |
| 15-I04 | 15-I04-03 | Chirurgický výkon na trávicí nebo hepatobiliární soustavě u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 241-504 hodin (11-21 dní) | 13,72755 | IntenzivníPerinat | 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) | 10,26637 | IntenzivníPerinat | 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) | 4,02518 | IntenzivníPerinat | 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) | 0,61487 | IntenzivníPerinat | 0,5 |
| 15-I05 | 15-I05-00 | Chirurgický výkon na vylučovací soustavě u novorozence | 4,01710 | IntenzivníPerinat | 0,5 |
| 15-I06 | 15-I06-00 | Chirurgický výkon na pohlavních orgánech u novorozence | 1,29309 | IntenzivníPerinat | 0,5 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část G - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|-----------|
| 15-I07 | 15-I07-00 | Chirurgický výkon pro rozštěp rtu nebo vrozenou vadu nosu u novorozence | 1,76963 | IntenzivníPerinat | 0,5 |
| 15-M01 | 15-M01-01 | Umělá plicní ventilace novorozence v délce 1009 a více hodin (43 a více dní) | 27,03777 | IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat | 0,5 |
| 15-M01 | 15-M01-02 | Umělá plicní ventilace novorozence v délce 505-1008 hodin (22-42 dní) | 15,75392 | IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat | 0,5 |
| 15-M01 | 15-M01-03 | Umělá plicní ventilace novorozence v délce 241-504 hodin (11-21 dní) | 8,94923 | IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat | 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 | 6,43164 | IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat | 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 | 4,70776 | IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat | 0,5 |
| 15-M01 | 15-M01-06 | Umělá plicní ventilace v délce 25-96 hodin (2-4 dny) u novorozence s gestačním stářím do 33. týdne | 4,53593 | IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat | 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 | 2,44227 | IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat | 0,5 |
| 17-I01 | 17-I01-00 | Rozsáhlý resekční výkon v dutině břišní nebo pánevní pro onemocnění krvetvorby nebo špatně diferencované novotvary | 6,33212 | OnkoDosp | 0,7 |
| 17-I02 | 17-I02-00 | Kraniotomie pro onemocnění krvetvorby nebo špatně diferencované novotvary | 3,28990 | OnkoDosp | 0,7 |
| 17-I03 | 17-I03-00 | Instrumentace nebo resekční výkon na páteři | 5,49857 | OnkoDosp | 0,7 |
| 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 | 6,06426 | OnkoDosp | 0,7 |
| 17-I04 | 17-I04-02 | Resekční výkon na trávicí soustavě, játrech nebo odstranění omenta u pacientů s CC=0-3 | 2,89090 | OnkoDosp | 0,7 |
| 17-I05 | 17-I05-01 | Roboticky asistovaný rozsáhlý resekční výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách | 3,51552 | OnkoDosp | 0,7 |
| 17-I05 | 17-I05-02 | Rozsáhlý resekční výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách | 4,07912 | OnkoDosp | 0,7 |
| 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 | 4,44742 | OnkoDosp | 0,7 |
| 17-I06 | 17-I06-02 | Resekční výkon v retroperitoneu, pánvi, dutině hrudní nebo odstranění sleziny u pacientů s CC=0-3 | 1,95569 | OnkoDosp | 0,7 |
| 17-I07 | 17-I07-01 | Resekční výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách u pacientů s CC=3-4 | 4,00181 | OnkoDosp | 0,7 |
| 17-I07 | 17-I07-02 | Resekční výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách u pacientů s CC=0-2 | 1,91014 | OnkoDosp | 0,7 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část G - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|------------------------|---------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------------|-----------|
| 19-I01 | 19-I01-01 | Implantace neurostimulátoru i elektrod pro hlubokou mozkovou stimulaci pro nemoci a poruchy duševní | 13,95435 | - | - |
| 19-I01 | 19-I01-02 | Implantace neurostimulátoru nebo elektrod pro hlubokou mozkovou stimulaci pro nemoci a poruchy duševní | 8,82835 | - | - |
| 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 | 4,88563 | - | - |
| 19-I02 | 19-I02-02 | Rekonstrukční výkon pro poruchy sexuálních funkcí zahrnující volný přenos jednoho laloku u pacientů s CC=0-1 | 3,43678 | - | - |
| 22-I01 | 22-I01-01 | Transplantace kůže pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s 11 a více ošetřovacími dny | 18,87011 | TraumaPop, TraumaDosp, TraumaDěti | 0,5 |
| 22-I01 | 22-I01-02 | Transplantace kůže pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s 6-10 ošetřovacími dny | 7,65336 | TraumaPop, TraumaDosp, TraumaDěti | 0,5 |
| 22-I01 | 22-I01-03 | Transplantace kůže pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s 2-5 ošetřovacími dny | 3,37355 | TraumaPop, TraumaDosp, TraumaDěti | 0,5 |
| 22-I01 | 22-I01-04 | Transplantace kůže pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s nejvýše 1 ošetřovacím dnem | 2,77765 | TraumaPop, TraumaDosp, TraumaDěti | 0,5 |
| 23-I05 | 23-I05-01 | Profylaktické odstranění prsu včetně rekonstrukce autologní tkáně | 3,69899 | OnkoDosp | 0,75 |
| 23-I05 | 23-I05-02 | Profylaktické odstranění prsu včetně rekonstrukce implantátem obou prsů | 1,58034 | OnkoDosp | 0,75 |
| 23-I05 | 23-I05-03 | Profylaktické odstranění prsu včetně rekonstrukce implantátem jednoho prsu | 1,33349 | OnkoDosp | 0,75 |
| 23-I06 | 23-I06-01 | Profylaktické odstranění obou prsů bez rekonstrukce nebo profylaktické odstranění jednoho prsu u pacientek s CC=2-4 | 1,18412 | OnkoDosp | 0,75 |
| 23-I06 | 23-I06-02 | Profylaktické odstranění jednoho prsu bez rekonstrukce u pacientek s CC=0-1 | 0,73566 | OnkoDosp | 0,75 |
| 23-I07 | 23-I07-00 | Profylaktické odstranění dělohy | 1,40690 | OnkoDosp | 0,75 |
| 23-I08 | 23-I08-00 | Profylaktické odstranění děložních adnex | 0,86628 | OnkoDosp | 0,75 |
| 24-M01 | 24-M01-01 | Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 22-42 dnů po předchozí operaci páteře včetně instrumentace | 6,84166 | TraumaDosp, TraumaDěti, Cerebro | 0,5 |
| 24-M01 | 24-M01-02 | Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 22-42 dnů po předchozí operaci páteře bez instrumentace | 5,80555 | TraumaDosp, TraumaDěti, Cerebro | 0,5 |
| 24-M01 | 24-M01-03 | Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 22-42 dnů bez předchozí operace páteře | 5,38000 | TraumaDosp, TraumaDěti, Cerebro | 0,5 |
| 24-M02 | 24-M02-01 | Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 43-63 dnů po | 11,28556 | TraumaDosp, TraumaDěti, Cerebro | 0,5 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část G - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče | KC |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------|
| | | předchozí operaci páteře včetně instrumentace | | | |
| 24-M02 | 24-M02-02 | Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 43-63 dnů bez předchozí operace páteře s instrumentací | 8,05471 | TraumaDosp, TraumaDěti, Cerebro | 0,5 |
| 24-M03 | 24-M03-01 | Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 64 a více dnů po předchozí operaci páteře včetně instrumentace | 17,08131 | TraumaDosp, TraumaDěti, Cerebro | 0,5 |
| 24-M03 | 24-M03-02 | Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 64 a více dnů bez předchozí operace páteře s instrumentací | 12,15591 | TraumaDosp, TraumaDěti, Cerebro | 0,5 |
| 25-I01 | 25-I01-01 | Opakovaný chirurgický výkon při polytraumatu s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) | 8,91035 | TraumaDosp, TraumaDěti | 0,5 |
| 25-I01 | 25-I01-02 | Opakovaný chirurgický výkon při polytraumatu bez umělé plicní ventilace (nebo max. 1 den) | 6,62863 | TraumaDosp, TraumaDěti | 0,5 |
| 25-I02 | 25-I02-01 | Chirurgický výkon při polytraumatu s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) | 4,71842 | TraumaDosp, TraumaDěti | 0,5 |
| 25-I02 | 25-I02-02 | Chirurgický výkon při polytraumatu bez umělé plicní ventilace (nebo max. 1 den) | 3,18879 | TraumaDosp, TraumaDěti | 0,5 |
| 25-K01 | 25-K01-01 | Polytrauma s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) | 3,48557 | TraumaDosp, TraumaDěti | 0,5 |
| 25-K01 | 25-K01-02 | Polytrauma bez umělé plicní ventilace (nebo max. 1 den) | 1,78007 | TraumaDosp, TraumaDěti | 0,5 |

Část H

**Hrazené služby klasifikované doází, 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 | 0,85791 |
| 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 | 0,58606 |
| 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 | 0,28608 |
| 19-K02 | 19-K02-01 | Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy | 1,08978 |
| 19-K02 | 19-K02-02 | Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro vybrané hlavní diagnózy u dětí do 18 let věku | 0,54333 |
| 19-K02 | 19-K02-03 | Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro ostatní hlavní diagnózy u dětí do 18 let věku | 0,46811 |
| 19-K03 | 19-K03-01 | Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy | 1,89433 |
| 19-K03 | 19-K03-02 | Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4 | 0,91265 |
| 19-K03 | 19-K03-03 | Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1 | 0,59140 |
| 19-K04 | 19-K04-01 | Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy | 1,96141 |
| 19-K04 | 19-K04-02 | Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4 | 1,05524 |
| 19-K04 | 19-K04-03 | Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1 | 0,98581 |
| 19-K05 | 19-K05-01 | Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy | 1,96141 |
| 19-K05 | 19-K05-02 | Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4 | 1,82699 |
| 19-K05 | 19-K05-03 | Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1 | 1,38564 |
| 19-K06 | 19-K06-01 | Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy | 2,49819 |
| 19-K06 | 19-K06-02 | Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4 | 2,04105 |
| 19-K06 | 19-K06-03 | Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1 | 1,75989 |
| 19-K07 | 19-K07-01 | Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy | 2,78053 |
| 19-K07 | 19-K07-02 | Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4 | 2,58215 |
| 19-K07 | 19-K07-03 | Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1 | 2,14247 |
| 19-K08 | 19-K08-01 | Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy | 5,08037 |
| 19-K08 | 19-K08-02 | Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4 | 3,58105 |
| 19-K08 | 19-K08-03 | Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1 | 2,97563 |
| 19-M01 | 19-M01-00 | Krátkodobá neinvazivní neurostimulační terapie pro duševní onemocnění | 0,13173 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část H - CZ-DRG skupina – název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| 20-K01 | 20-K01-01 | Předčasné ukončení hospitalizace proti doporučení lékaře pro nadužívání psychoaktivních látek | 0,15684 |
| 20-K01 | 20-K01-02 | Akutní intoxikace psychoaktivními látkami u pacientů s CC=2-4 | 0,71201 |
| 20-K01 | 20-K01-03 | Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro delirium způsobené psychoaktivními látkami | 0,61570 |
| 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 | 0,45695 |
| 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 | 0,34221 |
| 20-K01 | 20-K01-06 | Akutní intoxikace alkoholem u dětí do 18 let věku s CC=0-1 | 0,33479 |
| 20-K01 | 20-K01-07 | Akutní intoxikace alkoholem u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1 | 0,21833 |
| 20-K02 | 20-K02-00 | Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog | 0,34478 |
| 20-K03 | 20-K03-00 | Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog | 0,63326 |
| 20-K04 | 20-K04-00 | Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog | 1,05999 |
| 20-K05 | 20-K05-00 | Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog | 1,44312 |
| 20-K06 | 20-K06-00 | Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog | 1,82492 |
| 20-K07 | 20-K07-00 | Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog | 2,42111 |
| 20-K08 | 20-K08-00 | Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog | 4,27943 |
| 20-M01 | 20-M01-00 | Eliminační metody krve při akutní intoxikaci psychoaktivními látkami | 1,69549 |

Výše úhrad hrazených služeb podle § 9

A) Agregovaná úhrada za registrovaného pojištěnce

1. Výše agregované úhrady za jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny poskytovateli ambulantních stomatologických služeb na kalendářní měsíc činí:
 - a) 23 Kč v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží, že registrující lékař pojištěnce je držitelem platného dokladu celoživotního vzdělávání zubních lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel do 1 měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,
 - b) 21 Kč v ostatních případech.
2. Výše agregované úhrady za jednoho registrovaného pojištěnce podle bodu 1 se navyšuje o 3 Kč za pojištěnce do dne dosažení 6 let věku, o 2 Kč za pojištěnce ve věku od 6 let do dne dosažení 12 let věku a o 1 Kč za pojištěnce ve věku od 12 let do dne dosažení 18 let věku; dosažený věk se hodnotí k poslednímu dni v kalendářním měsíci.
3. Celková výše měsíční úhrady za agregovanou úhradu se vypočte jako součin počtu registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v příslušném kalendářním měsíci hodnoceného období a agregované úhrady na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny podle bodů 1 a 2.
4. Činnostmi zahrnutými do agregované úhrady za registrovaného pojištěnce jsou:
 - provizorní výplně, zábrusy a přeleštění ostrých hran zubů a výplní, aplikace slizniční anestézie, ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (zejména parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou), konzervativní ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv,
 - lokální fluoridace s vysušením podle přílohy č. 1 k zákonu,
 - vystavení a ukončení dočasné pracovní neschopnosti,
 - odeslání pojištěnce na specializované pracoviště nebo konzultace praktického lékaře nebo specialisty všeobecné medicíny,
 - předání kopie nebo výpisu zdravotnické dokumentace při změně registrujícího lékaře,
 - poučení pojištěnce, rozhodnutí o potřebě další návštěvy.

B) Výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství a příslušná regulační omezení:

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|--|-------------|
| 00900 | <u>Komplexní vyšetření zubním lékařem při registraci pojištěnce nebo při opakovaném založení zdravotnické dokumentace</u> 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. | 639 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|---|-------------|
| | anamnézy a stanovení léčebného plánu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. Založení dokumentace se záznamem stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání včetně onkologické prohlídky, mezičelistních vztahů, anamnézy a individuálního léčebného postupu. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, profylaktické odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení). | Odbornost 014 podle seznamu výkonů. | |
| 00901 | <p><u>Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce</u></p> <p>U pojištěnců do dne dosažení 18 let výkon zahrnuje doplnění anamnézy se zvláštním zřetelem na vývoj orofaciální soustavy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a anomálií v postavení zubů a čelistí, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o významu prevence stomatologických onemocnění, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou.</p> <p>U pojištěnců nad 18 let věku výkon zahrnuje doplnění anamnézy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o správné hygieně dutiny ústní, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou.</p> <p>U těhotných žen výkon dále zahrnuje poučení o významu prevence stomatologických onemocnění v průběhu těhotenství u ženy i budoucího dítěte.</p> <p>Bez ohledu na věk pojištěnce výkon dále zahrnuje profylaktickou kontrolu ústní hygieny. Bez ohledu na věk pojištěnce výkon podle potřeby zahrnuje též nácvik ústní hygieny,</p> | <p>U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat 2 / 1 kalendářní rok na pojištěnce, a to nejdříve 3 měsíce od vykazání 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 vykazání 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 vykazání kódu 00901 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykazání kódu 00946.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů.</p> | 607 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|---|-------------|
| | interdentální hygieny a masáží, jedenkrát ročně profylaktické odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení). | | |
| 00903 | <u>Vyžádané vyšetření</u> 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, 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. | 435 Kč |
| 00904 | <u>Stomatologické vyšetření registrovaného pojištěnce do dne dosažení 10 let v rámci registrace a preventivní péče</u> | Lze vykázat pouze v souvislosti s preventivní prohlídkou v daném kalendářním roce, tj. 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 | <u>Prohlídka registrovaného pojištěnce nad 18 let věku</u> Prohlídka registrovaného pojištěnce nad 18 let navazující na provedenou a vykázanou preventivní prohlídku. Prohlídka zahrnuje orientační vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, kontrolu ústní hygieny, interdentální hygieny a motivaci pojištěnce. | Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok, ve kterém byl vykázán kód 00901 nebo 00946, a to nejdříve 5 měsíců od vykázání kódu 00901 nebo 00946; ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost 014 podle seznamu výkonů. | 150 Kč |
| 00906 | <u>Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce do dne dosažení 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce I</u> 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. Odbornost 014 podle seznamu výkonů. | 217 Kč |
| 00907 | <u>Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let I</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce. | Lze vykázat 1 / 1 den. Lze vykázat pouze v souvislosti s ošetřením hrazeným ze | 164 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|---|-------------|
| | | zdravotního pojištění. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00825 a 00976. Odbornost 014 podle seznamu výkonů. | |
| 00908 | <u>Akutní vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce – i v rámci pohotovostní služby</u> 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 v ordinaci a podobně. | Lze vykázat 1 / 1 den / 1 onemocnění. Lze vykázat samostatně nebo v kombinaci s kódy 00824, 00825, 00826, 00827, 00851, 00906, 00907, 00910, 00913, 00914, 00916, 00917, 00944 (nelze vykázat v případě, že poskytovatel vybral regulační poplatek za pohotovostní službu), 00948, 00949, 00950, 00951, 00952, 00955, 00956, 00957, 00958, 00959, 00960, 00962, 00963, 00964, 00970, 00971, 00976, 00978 a 00979. Odbornost 014 podle seznamu výkonů. | 460 Kč |
| 00909 | <u>Klinické stomatologické vyšetření</u> 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, tj. společné pracoviště fakultní nemocnice a lékařské fakulty vysoké školy podle § 111 odst. 3 zákona o zdravotních službách. Při diagnóze vyžadující opakovanou návštěvu lze vykázat jen jedenkrát, včetně rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. | 521 Kč |
| 00910 | <u>Zhotovení intraorálního rentgenového snímku</u> 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 | <u>Zhotovení karpogramu</u> 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 zhotovení snímku jiným poskytovatelem). | 275 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|---|-------------|
| 00913 | <u>Zhotovení ortopantomogramu</u> Zhotovení extraorálního panoramatického snímku nebo snímku temporomandibulárních kloubů na zubním rentgenovém zařízení. | <p>Lze vykázat 1 / 2 kalendářní roky. Lze vykázat 2 / 1 kalendářní rok</p> <p>a) v odbornosti 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PA v souvislosti s parodontologickou péčí, 2. CH v souvislosti se stomatochirurgickou péčí, 3. PE v souvislosti s pedostomatologickou péčí, <p>b) v odbornosti 015 podle seznamu výkonů v souvislosti s ortodontickou péčí.</p> <p>Lze vykázat bez omezení v případech, kdy je vyšetření vyžádáno lékařem (např. z důvodu vyloučení fokální infekce nebo předoperačního vyšetření) v souvislosti s diagnózou Z01.8 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo v souvislosti s antiresorpční léčbou (diagnóza M87.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí), a dále v rámci pohotovostní služby v oboru zubní lékařství a v případě úrazové nebo onkologické diagnózy. 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).</p> | 330 Kč |
| 00914 | <u>Vyhodnocení extraorálního rentgenového snímku</u> Vyhodnocení panoramatického rentgenového snímku zubních oblouků a skeletu čelistí nebo ostatních extraorálních snímků. Součástí výkonu je stručný popis snímku ve zdravotnické dokumentaci. | <p>Lze vykázat 1 / 1 snímek / 1 poskytovatel.</p> <p>Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p> <p>Nutno doložit vyhodnocený snímek nebo jeho čitelnou kopii. Vykazuje se vyhodnocení každého jednotlivého snímku. Vykazuje poskytovatel, jehož zubní lékař snímek vyhodnotil.</p> | 101 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|--|-------------|
| 00915 | <u>Zhotovení telerentgenového snímku lbi</u> 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. | 328 Kč |
| 00916 | <u>Anestezie injekční na foramen mandibulae a infraorbitale</u> 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. | 156 Kč |
| 00917 | <u>Anestezie injekční</u> 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 anestetizovaná oblast, nikoli počet vpichů; ve všech případech, je-li anestezie indikována zubním lékařem. | Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. | 128 Kč |
| 00919 | <u>Ošetření pacienta s vysoce rizikovou infekcí na specializovaném pracovišti</u> 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 | <u>Základní ošetření stálého zubu výplní z amalgámu v kapslové formě u pojištěnců od 18 let – do 2 plošek</u> Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití amalgámu v kapslové formě na | Lokalizace – zub. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00836, 00837 a 00838. Na zubu, na kterém byl v roce 2025 vykázán kód 00921, lze vykázat nejdříve po uplynutí 365 dní od vykázání kódu 00921. Dříve lze | 800 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|--|-------------|
| | 1 nebo 2 ploškách, bez ohledu na počet výplní. U těhotných a kojících žen a od 1. července 2026 u všech pojištěnců od 18 let lze amalgám 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. | 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. | |
| 00830 | <u>Základní ošetření stálého zubu výplní z amalgámu v kapslové formě u pojištěnců od 18 let – 3 a více plošek</u> 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. U těhotných a kojících žen a od 1. července 2026 u všech pojištěnců od 18 let lze amalgám 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. Na zubu, na kterém byl v roce 2025 vykázán kód 00921, lze vykázat nejdříve po uplynutí 365 dní od vykázání kódu 00921. Dříve 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. | 900 Kč |
| 00831 | <u>Ošetření dočasného zubu plastickou výplní</u> 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. Za vykázání kódu 00831 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykázání kódu 00922 v roce 2025. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. | 635 Kč |
| 00832 | <u>Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let – 1 ploška</u> 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 | 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 | 1 300 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|--|---|
| | fotokompozitu § 13 zákona, lze vykázat i při použití jiného materiálu výplně. | závažných celkových onemocněních. Za vykázání kódu 00832 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykázání kódů a) 00833 a 00834, b) 00920 a 00921 v roce 2025. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. | |
| 00833 | <u>Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let – 2 plošky</u> 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 a) 00832 a 00834, b) 00920 a 00921 v roce 2025. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. | 1 950 Kč |
| 00834 | <u>Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let – 3 a více plošek</u> 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 a) 00832 a 00833, b) 00920 a 00921 v roce 2025. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. | 2 350 Kč |
| 00835 | <u>Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců od 18 let</u> 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 tuhnutího 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. Na zubu, na kterém byl v roce 2025 vykázán kód 00921, lze vykázat | částečná úhrada ve výši úhrady kódu 00838 |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|--|-------------|
| | | nejdříve po uplynutí 365 dní od vykázání kódu 00921. Dříve 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. | |
| 00836 | <u>Základní ošetření stálého zubu výplní z chemicky nebo duálně tuhacího materiálu u pojištěnců od 18 let – do 2 plošek</u> Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití chemicky nebo duálně tuhacího materiálu výplně s výjimkou amalgámu na 1 nebo 2 ploškách. 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. Na zubu, na kterém byl v roce 2025 vykázán kód 00921, lze vykázat nejdříve po uplynutí 365 dní od vykázání kódu 00921. Dříve 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. | 910 Kč |
| 00837 | <u>Základní ošetření stálého zubu výplní z chemicky nebo duálně tuhacího materiálu u pojištěnců od 18 let – 3 a více plošek</u> Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití chemicky nebo duálně tuhacího 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. Na zubu, na kterém byl v roce 2025 vykázán kód 00921, lze vykázat nejdříve po uplynutí 365 dní od vykázání kódu 00921. Dříve 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. | 1 010 Kč |
| 00838 | <u>Ošetření stálého zubu nevrstvenou výplní z fotokompozitu u pojištěnců od 18 let</u> 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. Na zubu, na kterém byl v roce 2025 vykázán kód 00921, lze vykázat nejdříve po uplynutí 365 dní od vykázání kódu 00921. Dříve lze vykázat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále | 900 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|--|---|
| | | v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. | |
| 00840 | <u>Primární endodontické ošetření dočasného zubu</u> 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 | <u>Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců do dne dosažení 18 let</u> 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 | <u>Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let</u> Definitivní primární endodontické ošetření u pojištěnců od 18 let v rozsahu 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. | 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. | částečná úhrada ve výši úhrady kódu 00843 |
| 00843 | <u>Primární endodontické ošetření stálého zubu metodou centrálního čepu u pojištěnců od 18 let</u> 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 |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|---|-------------|
| 00844 | <u>Pulpotomie – dočasný zub</u> Úplné, případně částečné odstranění zubní dřeně z dřevné 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 | <u>Pulpotomie – stálý zub u pojištěnců do dne dosažení 18 let</u> Úplné nebo částečné odstranění zubní dřeně z dřevné 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 | <u>Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu v rámci pravidelné parodontologické péče</u> Odborné vyšetření parodontu, vyšetření pomocí parodontologického indexu CPITN, stanovení individuálního léčebného postupu, zahájení konzervativní léčby – odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), instruktáž a motivace orální hygieny. Součástí výkonu je parodontologický zápis do zdravotnické dokumentace. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče. | Lze vykázat 1 / 2 kalendářní roky a při změně zdravotního stavu maximálně 1 / 1 kalendářní rok. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00903, 00909 a 00932. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE. | 1 200 Kč |
| 00932 | <u>Léčba chronických onemocnění parodontu</u> Vyšetření parodontu na základě zařazení onemocnění při vyšetření pomocí indexu CPITN, kdy je stanoven index CPI 2-3, případně dalších parodontologických indexů a vyšetřovacích metod v průběhu parodontologické léčby. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče. Pokračování konzervativní léčby (fáze iniciační 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, | Lze vykázat 3 / 1 kalendářní rok. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00900, 00901, 00903, 00909, 00931 a 00946. Odstup mezi vykazáním 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 vykazání kódu v roce nutno zhodnotit léčbu pomocí indexu CPITN. Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem (kód 00938) a subgingivální ošetření (kód 00935) se vykazují zvlášť. Odbornost 014 podle seznamu výkonů. | 339 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|--|-------------|
| | odstranění lokálního dráždění parodontu. Součástí výkonu je parodontologický zápis ve zdravotnické dokumentaci. | | |
| 00933 | <u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu</u> Provedený chirurgický výkon v mukogingivální oblasti (např. 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 | <u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu</u> 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 | <u>Subgingivální ošetření</u> Instrumentální odstranění obsahu parodontálního chobotu (subgingiválního zubního kamene a plaku), odstranění nekrotického cementu, ohlazení povrchu zubního kořene a jeho kontrola u zubů s parodontálními choboty (CPI 3, 4). Lze provést ručními nástroji, ultrazvukovými nebo laserovými přístroji nebo jejich kombinací. | Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE. | 107 Kč |
| 00936 | <u>Odebrání a zajištění přenosu transplantátu</u> 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 | <u>Artikulace chrupu</u> Po provedení celkového zábrusu okluze a artikulace chrupu na podkladě funkčního vyšetření stomatognathního 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 |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|---|-------------|
| 00938 | <u>Přechodné dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem</u> 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 | <u>Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice</u> 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. | 990 Kč |
| 00941 | <u>Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice</u> Při kontrolním vyšetření v průběhu léčby. | Lze vykázat – bez omezení. Lze vykázat pouze v návaznosti na provedený kód 00940. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE a u poskytovatele poskytujícího lůžkovou zdravotní péči v oboru orální a maxilofaciální chirurgie též CH. | 368 Kč |
| 00943 | <u>Měření galvanických proudů</u> Měření galvanických proudů v dutině ústní při vyšetření slizničních změn a měření impedance. | Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE. | 125 Kč |
| 00944 | <u>Signální výkon epizody péče/kontaktu v souvislosti s vyšetřením v ordinaci zubního lékaře</u> | Lze vykázat – bez omezení, při ošetření v několika návštěvách (endodontické ošetření, zhotovení protetických náhrad a jiné) pouze jednou. Kód nelze vykázat při návštěvě, která vyplývá z plánu ošetření. Lze vykázat v kombinaci s některým z kódů 00823, 00900, 00903, 00905, 00908 (pouze za předpokladu, že poskytovatel nevybral regulační poplatek za pohotovostní službu), 00909, 00931, 00932, 00940, 00941, 00968, 00981, 00983, 00984, 00986 a v případě vyšetření zaměřeného na konkrétní obtíže registrovaného | 85 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|--|-------------|
| | | pojištěnce a v případě dohodnutých dlouhodobých zástupů registrujícího zubního lékaře ohlášených zdravotní pojišťovně. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. | |
| 00946 | <p><u>Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce – bez dokladu celoživotního vzdělávání</u></p> <p>U pojištěnců do dne dosažení 18 let výkon zahrnuje doplnění anamnézy se zvláštním zřetelem na vývoj orofaciální soustavy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a anomálií v postavení zubů a čelistí, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o významu prevence stomatologických onemocnění, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. U pojištěnců nad 18 let věku výkon zahrnuje doplnění anamnézy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o správné hygieně dutiny ústní, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou.</p> <p>U těhotných žen výkon dále zahrnuje poučení o významu prevence stomatologických onemocnění v průběhu těhotenství u ženy i budoucího dítěte.</p> <p>Bez ohledu na věk pojištěnce výkon dále zahrnuje profylaktickou kontrolu ústní hygieny. Bez ohledu na věk pojištěnce výkon podle potřeby zahrnuje též nácvik ústní hygieny, interdentální hygieny a masáží, jedenkrát ročně profylaktické odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení).</p> | <p>U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat 2 / 1 kalendářní rok na pojištěnce, a to nejdříve 3 měsíce od vykazání 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 vykazání 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 vykazání kódu 00946 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykazání kódu 00901.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p> | 509 Kč |
| 00948 | <u>Sutura lůžka</u> | <p>Lze vykázat 1 / 1 zub.</p> <p>Lokalizace – zub.</p> | 267 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|---|-------------|
| | <p>Provedení sutury s případnou aplikací lokálního hemostatika</p> <p>a) po extrakci zubu u pojištěnce s poruchou hemokoagulace, u pojištěnce na antiresorpční léčbě a u imunosuprimovaného pojištěnce,</p> <p>b) po extrakci zubu v oblasti terapeuticky ozářené čelisti,</p> <p>c) při vícečetné extrakci vedle sebe stojících zubů,</p> <p>d) při stavění pozdního poextrakčního krvácení.</p> <p>Součástí výkonu je zdůvodnění provedení sutury ve zdravotnické dokumentaci.</p> <p>Bez ohledu na použitý druh materiálu a počet stehů.</p> <p>Součástí výkonu je případné odstranění stehů.</p> | <p>Lze vykázat pouze v kombinaci s kódy 00949 nebo 00950. V případě uvedeném v popisu výkonu pod písmenem d) lze vykázat samostatně.</p> <p>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.</p> <p>Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p> | |
| 00949 | <p><u>Běžná extrakce dočasného zubu</u></p> <p>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.</p> <p>Součástí výkonu je případné odstranění stehů.</p> | <p>Lze vykázat 1 / 1 zub.</p> <p>Lokalizace – zub.</p> <p>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 fotodokumentaci ve zdravotnické dokumentaci.</p> <p>Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p> | 186 Kč |
| 00950 | <p><u>Extrakce stálého zubu nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny</u></p> <p>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.</p> <p>Součástí výkonu je případné odstranění stehů.</p> | <p>Lze vykázat 1 / 1 zub.</p> <p>Lokalizace – zub.</p> <p>U pojištěnců od 8 let lze extrakci dočasného moláru s neresorbovanými kořeny vykázat pouze při zdokumentování rentgenovým vyšetřením.</p> <p>Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p> | 445 Kč |
| 00951 | <p><u>Chirurgická extrakce zubu nebo hemiextrakce</u></p> <p>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</p> | <p>Lze vykázat 1 / 1 zub.</p> <p>Lokalizace – zub.</p> <p>Při vícečetné extrakci sousedících zubů s odklopením mukoperiostálního laloku se vykazuje pouze 1 kód 00951, zbylé extrakce jsou vykazány kódem 00950.</p> | 802 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|--|-------------|
| | <p>v podobně nepříznivých anatomických poměrech kořenů a okolní alveolární kosti</p> <p>a) s odklopením mukoperiostálního laloku,</p> <p>b) se separací kořenů vícekořenového zubu a případným odklopením mukoperiostálního laloku, nebo</p> <p>c) atraumatická s intraalveolární separací kořene.</p> <p>Hemiextrakce.</p> <p>Součástí výkonu je úprava souvisejících tvrdých a měkkých tkání, sutura a případné odstranění stehů.</p> | <p>Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací nebo implantací.</p> <p>Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00851 a 00852 ve stejné lokalizaci.</p> <p>Nelze vykázat, jde-li o chirurgickou extrakci v místě současně provedené egalizace alveolárního výběžku; chirurgická extrakce se v takovém případě vykazuje kódem 00950.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p> | |
| 00851 | <p><u>Neextrakční chirurgické výkony na tvrdých tkáních dutiny ústní malého rozsahu</u></p> <p>Egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu do jednoho sextantu nebo chirurgická revize extrakční rány.</p> <p>Součástí výkonu je úprava souvisejících měkkých tkání, sutura a případné odstranění stehů.</p> | <p>Lze vykázat – bez omezení.</p> <p>Lokalizace – zub v případě chirurgické revize extrakční rány, jinak bez lokalizace.</p> <p>Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací nebo implantací.</p> <p>Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00961 při ošetření stejné extrakční rány.</p> <p>Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00852 ve stejném kvadrantu.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p> | 802 Kč |
| 00952 | <p><u>Chirurgická extrakce zadrženého či zaklíněného zubu a další chirurgické výkony velkého rozsahu spojené s extrakcí zubu</u></p> <p>Chirurgická extrakce zubu nebo kořene zadrženého nebo zaklíněného nebo v blízkosti rizikových anatomických struktur nebo vyžadující snesení větší části kosti, extirpace cysty nad 1 cm spojená s extrakcí zubu, primární uzávěr oroantrální komunikace. Vždy s odklopením mukoperiostálního laloku. Indikace výkonu vždy na základě rentgenového vyšetření.</p> <p>Součástí výkonu je úprava souvisejících tvrdých a měkkých tkání, sutura a případné odstranění stehů.</p> | <p>Lze vykázat 1 / 1 zub.</p> <p>Lokalizace – zub.</p> <p>Při vícečetné chirurgické extrakci sousedních zubů se vykazuje pouze 1 kód 00952, zbylé extrakce jsou vykázány kódem 00950.</p> <p>Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací nebo implantací.</p> <p>V případě uzávěru oroantrální komunikace u téhož poskytovatele bezprostředně po extrakci se celé ošetření včetně extrakce vykazuje kódem 00952.</p> <p>Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00851 a 00852 ve stejné lokalizaci.</p> <p>Nelze vykázat, jde-li o chirurgickou extrakci v místě současně provedené egalizace alveolárního výběžku; extrakce se v takovém případě vykazuje kódem 00950.</p> | 1 535 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|--|-------------|
| | | Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE. | |
| 00953 | <u>Chirurgické ošetřování retence zubů otevřenými metodami</u> 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 | <u>Neextrakční chirurgické výkony na tvrdých tkáních dutiny ústní velkého rozsahu se zachováním zubu</u> 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. | 1 535 Kč |
| 00852 | <u>Neextrakční chirurgické výkony na tvrdých tkáních dutiny ústní velkého rozsahu bez vztahu k zubu</u> 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. | 1 535 Kč |
| 00955 | <u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí malého rozsahu</u> Provedení menších chirurgických výkonů, například dekapsulace, frenulektomie, odstranění rušivých vlivů vazivových pruhů, podjazyková frenulektomie, excize vlajícího hřebene – za 1 sextant, odstranění léze do 2 cm, sutura rány sliznice nebo kůže do 5 cm nebo sondáž a výplach vývodu slinné | Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat, jde-li o gingivektomii nebo o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací nebo implantací. Odbornosti 014, 015, podle seznamu výkonů. | 544 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|--|-------------|
| | žlázy, případně její náplň kontrastní látkou. Součástí výkonu je případně sutura a odstranění stehů. | | |
| 00956 | <u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí velkého rozsahu</u> 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, sialolitomie, 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 | <u>Ošetření dentoalveolárního traumatu</u> 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 | <u>Ošetření zlomeniny čelisti</u> 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 | <u>Intraorální incize nebo trepanace alveolu</u> 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 | <u>Zevní incize</u> 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 |
| 00961 | <u>Následné ošetření po chirurgických výkonech a ošetření jejich komplikací</u> Zavedení drénu nebo tamponády, přiložení plastického obvazu, výplach rány lokálním léčebným prostředkem, převaz rány, úprava nebo oprava | Lze vykázat 5 / 10 dnů. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. | 120 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|---|-------------|
| | 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. | | |
| 00962 | <u>Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch</u> 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 | <u>Injekce i. m., i. v., i. d., s. c.</u> 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 | <u>Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch specialistou chirurgem</u> Vyšetření, zdokumentování onemocnění, případná indikace a vyhodnocení cílené zobrazovací metody a konzervativní léčba temporomandibulární poruchy (např. indikace nákusné dlahy, provedení mezičelistní fixace, manuální repozice, indikace rehabilitace, cílené podání medikace). | Lze vykázat – bez omezení. Nelze 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 | <u>Stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce</u> 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 pojištěnce již kód 00968 nelze znovu vykázat. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí | 1 142 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|--|-------------|
| | | celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH. | |
| 00970 | <u>Sejmutí fixní náhrady</u> 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 | <u>Provizorní ochranná korunka</u> Adaptace a fixace konfekční korunky k ochraně preparovaného, frangovaného nebo jinak destruovaného zubu, nebo individuální ochranná korunka zhotovená razidlovou metodou v ústech pacienta. Zahrnuje i opakované nasazení. | Lze vykázat 1 / 1 zub / 730 dní. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. | 383 Kč |
| 00973 | <u>Úprava snímatelné náhrady v ordinaci</u> 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 | <u>Odevzdání stomatologického výrobku</u> 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 | <u>Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce s poruchou autistického spektra či jinou psychiatrickou diagnózou nebo psychomotorickou retardací (dětská mozková obrna)</u> 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, 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 | 678 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|---|-------------|
| | | nebo praktickým lékařem, který má v dokumentaci odpovídající zprávu od psychiatra, klinického psychologa nebo neurologa. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o absolvování kurzu ošetřování pacientů s poruchou autistického spektra a jinou psychiatrickou diagnózou v rámci systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů. | |
| 00977 | <u>Aplikace prefabrikované korunky na dočasný zub</u> Prefabrikovaná ocelová plášťová korunka na dočasný molár nebo prefabrikovaná plastová stripová korunka na dočasný řezák nebo dočasný špičák. Výkon zahrnuje tangenciální preparaci, pokud je nutná, a adaptaci a fixaci korunky včetně ceny použitého materiálu a prefabrikátu. | Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Lze vykázat u defektu na třech nebo více ploškách na zubu s diagnózou zubního kazu K02 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubu po endodontickém ošetření s diagnózou K04 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubu po provedené vitální pulpotomii s diagnózami K02 nebo K04 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u defektů souvisejících s diagnózami amelogenesis imperfecta K00.4 i K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí a dentinogenesis imperfecta K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubů po ztrátě tvrdých zubních tkání v důsledku úrazu s diagnózou S02.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubů s prokázanou ztrátou tvrdých zubních tkání v důsledku eroze nebo abraze s diagnózami K03.0, K03.1 a K03.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí a u hypomineralizace druhých dočasných molárů. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE. | 815 Kč |
| 00978 | <u>Sedace nezletilého pojištěnce midazolamem při ambulantním stomatologickém ošetření</u> 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 | 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, | 1 421 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|--|-------------|
| | pulzním oxymetrem v průběhu ošetření a zajištění případného podání antidota (flumazenil) a kyslíku. | 00953, 00954, 00955, 00957, 00959, 00960, 00962 a 00977. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00979. Lze vykázat v indikovaných případech, jde-li o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu PZL, a to poskytovatelem disponujícím prostorem s lůžkem umožňujícím monitoraci pulzním oxymetrem a tonometrem, který je schopen personálně zajistit monitorování pacienta v průběhu ošetření a na lůžku po ošetření a případné podání antidota a kyslíku. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o absolvování kurzu sedace dětských pacientů nebo s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE. | |
| 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. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00978. 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. | 1160 Kč |
| 00981 | <u>Diagnostika ortodontických anomálií</u> Zahrnuje orientační stomatologické vyšetření, komplexní ortodontické vyšetření, založení zdravotnické dokumentace. Tímto kódem se zahajuje ortodontická léčba a vykazování kódů odbornosti 015 podle seznamu výkonů. | 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. | 982 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|---|-------------|
| | Při převzetí již léčeného pojištěnce je nutné zahájit vlastní ortodontickou léčbu vstupním vyšetřením, založením vlastní dokumentace a vykázáním kódu 00981. | 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. | |
| 00982 | <u>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem nebo foliovým ortodontickým systémem (alignery) na 1 zubní oblouk II</u> 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 |
| 00983 | <u>Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu nebo foliového ortodontického systému (alignery)</u> 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 aparátu (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 | 1 277 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|---|-------------|
| | | 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. | |
| 00984 | <u>Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu nebo foliového ortodontického systému (alignerů)</u> Kontrola postupu léčby podle individuálního léčebného postupu a funkce snímacích aparátů včetně jejich úpravy. Pro sledování průběhu změn po ortodonticky indikovaných extrakcích bez aparátu. Vztahuje se na všechny kontroly snímacího aparátu v daném čtvrtletí. | Lze vykázat 1 / 1 kalendářní čtvrtletí, a to maximálně 16x na pojištěnce, u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Nelze vykázat pro léčbu ve fázi retence nebo při sledování růstu a vývoje chrupu a čelisti bez aktivní léčby. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 409 Kč |
| 00985 | <u>Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu nebo</u> | 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 | 1 128 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|---|-------------|
| | <p><u>foliového ortodontického systému (alignerů)</u></p> <p>Po ukončení léčby ortodontických anomálií sejmutí fixního ortodontického aparátu na 1 zubní oblouk, zábrus zubů, včetně případné analýzy modelů (nezahrnuje případné zhotovení a analýzu telorentgenu a ortopantomogramu). Ukončení léčby s použitím foliového ortodontického systému (alignerů).</p> | <p>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.</p> <p>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).</p> <p>Lokalizace – čelist.</p> <p>Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p> | |
| 00986 | <p><u>Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje</u></p> <p>Kontrola pojištěnce před začátkem nebo po ukončení aktivní fáze ortodontické léčby snímacími nebo fixními aparáty podle individuálního léčebného postupu. Součástí může být i použití pevných, nebo snímacích dlah, retainerů nebo jiných retenčních aparátů.</p> | <p>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.</p> <p>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).</p> <p>Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p> | 424 Kč |
| 00987 | <p><u>Stanovení fáze růstu</u></p> <p>Určení růstové fáze pojištěnce – skeletální věk, zhodnocením rentgenového snímku ruky nebo krčních obratlů.</p> | <p>Lze vykázat 2 / 1 pojištěnce.</p> <p>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</p> | 177 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|---|-------------|
| | | systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | |
| 00988 | <u>Analýza telerentgenového snímku lbi</u> Vyhodnocení profilového, eventuálně zadopředního dálkového rentgenového snímku lbi pomocí speciálních měření. | Lze vykázt 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 vykázt bez omezení. Lze vykázt pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázt 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 | <u>Analýza ortodontických modelů</u> Vyhodnocení ortodontických modelů zubních oblouků a přilehlých tkání, včetně případných dalších speciálních měření. | Lze vykázt 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 vykázt bez omezení. Lze vykázt pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázt pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 562 Kč |
| 00990 | <u>Diagnostická přestavba ortodontického modelu</u> Přestavba zubů ortodontického modelu jedné čelisti z diagnostických důvodů nebo modelová operace čelistí k chirurgickým účelům. | Lze vykázt 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 | 796 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|---|-------------|
| | | 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 hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | |
| 00991 | <u>Nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku</u> Palatinální nebo linguální expanzní nebo kotevní drátěný oblouk nebo lip-bumper, továrně zhotovené, jejich adaptace a zasazení do zařízení na kroužcích. | Lze vykázat 2 / 1 pojištěnce. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (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 hypodontií (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 hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 355 Kč |
| 00992 | <u>Nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky</u> 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 hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat | 378 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|--|-------------|
| | | <p>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).</p> <p>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).</p> <p>Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p> | |
| 00993 | <p><u>Navázání parciálního oblouku</u> Příprava a navázání částečného drátěného oblouku, nebo tvarování průběžného oblouku sloužící k segmentálnímu pohybu zubů.</p> | <p>Lze vykázat 4 / 1 kalendářní pololetí na pojištěnce.</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p> | 540 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|---|-------------|
| 00994 | <u>Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk</u> 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 hypodontií (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 | <u>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I</u> 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 hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 10 505 Kč |
| 00801 | <u>Pokračování léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I</u> Zahrnuje náklady na veškerý přímý materiál ortodontického aparátu použitý v průběhu léčby v jednom kalendářním roce s výjimkou kalendářního roku, ve kterém byl nasazen fixní ortodontický aparát. | Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok. Lze vykázat při první kontrole léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu v kalendářním roce s výjimkou kalendářního roku, ve kterém byl vykázán kód 00800, a to pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (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. | 1 827 Kč |
| 00802 | <u>Léčba ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk</u> | Lze vykázat 1 / 1 čelist. Lokalizace – čelist. | 7 878 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|---|-------------|
| | 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. | 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 hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) do dne dosažení 10 let věku pojištěnce. Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | |
| 00803 | <u>Následná ambulantní ortodontická péče na klinickém pracovišti</u> 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 | <u>Bonifikační kód za ošetření pacienta s morbidní obezitou nad 180 kg ve stomatologii</u> | Lze vykázat 1 / 1 den, max. 5 / 1 měsíc. Lze vykázat pouze u pojištěnců s diagnózou E66.8 podle mezinárodní klasifikace nemocí (morbidní obezita) a s kódy provedeného stomatologického ošetření. Podmínkou úhrady bude doložení technického vybavení pro pacienty s extrémní obezitou Odbornost 014 podle seznamu výkonů | 840 Kč |
| 00822 | <u>Aplikace prefabrikované korunky na stálý zub u pacientů do dne dosažení 18 let</u> 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 | 865 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|---|-------------|
| | | 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. | |
| 00823 | <u>Vyžádané vyšetření orálních infekčních fokusů u registrovaného pojištěnce</u> 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. | 250 Kč |
| 00824 | <u>Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce do dne dosažení 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce II</u> 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. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE. | 375 Kč |
| 00825 | <u>Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let II</u> 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 kódy 00907 a 00976. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE. | 300 Kč |
| 00826 | <u>Stomatologické ošetření pojištěnce od 15 let do dne dosažení 18 let</u> 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 | <u>Premedikace (profylaxe) před stomatologickým ošetřením</u> Aktualizace anamnézy, vysvětlení potřeby premedikace nebo profylaxe, | Lze vykázat 1 / 1 případ. Lze vykázat pouze u pojištěnce, u kterého je premedikace nebo | 170 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-----|---|---|-------------|
| | podání nebo vydání potřebné dávky léku, instruktáž podání profylaktické dávky, poučení. | profylaxe před stomatologickým ošetřením nezbytná. Odbornost 014 podle seznamu výkonů. | |

Vysvětlení zkratk:

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 | 1 730 Kč |
| 8.2. | 7080201 | POOPERAČNÍ NÁHRADA | I | 11 866 Kč |
| 8.3. | 7080301 | OBTURÁTOR | I | 13 102 Kč |
| 8.4. | 7080401 | NÁKUSNÁ DLAHA – POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÁ | I | 1 854 Kč |
| 8.4. | 7080402 | NÁKUSNÁ DLAHA – PŘI ONEMOCNĚNÍ TMK | C | 1 020 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 CELOKOVÝ | 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 | 1 730 Kč |
| 8.2. | 8080201 | POOPERAČNÍ NÁHRADA | I | 11 866 Kč |
| 8.3. | 8080301 | OBTURÁTOR | I | 13 102 Kč |
| 8.4. | 8080401 | NÁKUSNÁ DLAHA – POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÁ | I | 1 854 Kč |
| 8.4. | 8080402 | NÁKUSNÁ DLAHA – PŘI ONEMOCNĚNÍ TMK | C | 1 020 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 jím vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

Adsorpční kolony pro opakované použití, zejména:

0169494
0194428

a jím 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 kardiiovaskulární 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 kryoablaci, 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.

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:

$$Úhrada_{JP,2026} = \left(\sum_{i=1}^n Úhrada_{JP,i} * Počet_výkonů_{JP,i} \right) - EM_{JP}$$

kde:

| | |
|------------------------|---|
| $Úhrada_{JP,2026}$ | 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. |

- 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.
- Poskytovatel jednodenní péče společně s výkonem jednodenní péče vykazuje poskytnuté výkony podle seznamu výkonů a spotřebovaný zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, a to za účelem zařazení výkonu jednodenní péče podle bodu 5; úhrada těchto výkonů, materiálu a léčivých přípravků je zahrnuta v úhradě za výkon jednodenní péče podle bodu 5. Při zařazení výkonu jednodenní péče podle bodu 5 se na základě stanovené vazby na CZ-DRG skupinu přiměřeně použije Klasifikace, přičemž pokud výkon nelze takto zařadit, nelze jej uhradit jako výkon jednodenní péče podle této přílohy. V případě, že zdravotní pojišťovna vykazování podle tohoto bodu poskytovateli neumožnila, úhrada podle bodu 1 se navýší o 5 %.
- 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 |
|--------------------|------------|----------------|---|---|------------------------|
| 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 |
| 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 |

| 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 | 10406 | 07-I10-06 | 90818 | Výkon laparoskopický a torakoskopický – cholecystektomie prostá | 52 854 Kč |
| 501 | 10103 | 09-I09-05 | 51283 | Parciální mastektomie bez disekce spádových mizních 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 dle 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 uretropexie 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 |
| 603 | 10424 | 13-I14-02 | 63589 | Salpingektomie nebo adnexektomie 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 – Enukeace jednoduché cysty; resekce cysty ovaria; ovarektomie; adnexektomie; salpingektomie | 53 872 Kč |
| 603 | 10411 | 13-I16-00 | 63567 | Enukeace 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 |

| 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 | 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 |
| 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 | 10816 | 03-I14-02 | 71545; 71551 | Chirurgický výkon ve středním uchu pro onemocnění mimo novotvar u pacientů ve věku 3 a více let s CC=0-2 | 53 073 Kč |
| 701 | 10817 | 03-I17-00 | 71643; 71649; 71651 | Plastický nebo rekonstrukční výkon nosu, nosní přepážky nebo nosních kůstek | 41 485 Kč |
| 701 | 10812 | 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 | 10360 | 03-I21-00 | 71765 | Adenotomie | 25 727 Kč |
| 701 | 10440 | 03-I22-02 | 71729 | Přímá laryngoskopie s odstraněním léze | 28 267 Kč |
| 701 | 10809 | 03-I23-02 | 71619; 71635; 71639 | Jiný endonazální výkon pro onemocnění nosu a nosních dutin mimo zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2 | 26 126 Kč |
| 706 | 10830 | 11-M05-02 | 76527 | Ureterorenoskopie | 35 997 Kč |
| 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 solitérního konkrementu rázovou vlnou – medilit | 20 762 Kč |
| 706 | 10833 | 11-M08-00 | 76237 | Extrakorporální litotrypse mnohočetného či odlitkového konkrementu – medilit | 30 839 Kč |
| 706 | 10810 | 12-I08-03 | 76439; 76440; 76453 | Orchiectomie jednostranná; Orchiektomie radikální jednostranná; Epididymektomie jednostranná | 38 110 Kč |
| 706 | 10388 | 12-I10-02 | 76443 | Orchidopexie | 35 641 Kč |
| 706 | 10811 | 12-I13-02 | 76451; 76461 | Excize spermatokeley nebo operace hydrokeley 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 |

Část A

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

| CZ-DRG skupina | Název CZ-DRG skupiny | CZ-DRG jednodenní relativní váha | Podmínky jednodenní úhrady |
|-----------------------|--|---|---|
| 01-D01-03 | Jiný dlouhodobý diagnostický monitoring | 0,14179 | - |
| 05-D01-02 | Implantace arytmiického záznamníku | 1,13904 | - |
| 05-D01-03 | Elektrofyzilogické vyšetření | 0,87151 | - |
| 05-D01-07 | Invazivní diagnostika za použití doplňující zobrazovací nebo funkční vyšetřovací metody pro jinou nemoc oběhové soustavy | 0,77514 | - |
| 05-D01-08 | Invazivní diagnostika pro jinou nemoc oběhové soustavy | 0,29214 | - |
| 11-I17-03 | Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=0 | 0,3107 | 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 | 0,45012 | 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 v Kč, u nichž není výše této úhrady limitující pro úhradu hospitalizace

| CZ-DRG skupina | Název CZ-DRG skupiny | Výše jednodenní úhrady | Podmínky jednodenní úhrady |
|-----------------------|--|-------------------------------|---|
| 03-I14-02 | Chirurgický výkon ve středním uchu pro onemocnění mimo novotvar u pacientů ve věku 3 a více let s CC=0-2 | 53 073 Kč | 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 | 41 485 Kč | 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 | 39 820 Kč | 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 | 42 547 Kč | vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |

| CZ-DRG skupina | Název CZ-DRG skupiny | Výše jednodenní úhrady | Podmínky jednodenní úhrady |
|-----------------------|--|---------------------------------------|---|
| 03-I21-00 | Odstranění hltanové mandle | 25 727 Kč | vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |
| 03-I22-02 | Endoskopický výkon na hrtanu pro onemocnění mimo novotvar | 28 267 Kč | 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 | 26 126 Kč | vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |
| 06-I15-00 | Výkon pro brániční kýlu nebo refluxní chorobu | 89 864 Kč | 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 | 43 706 Kč | 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 | 52 112 Kč | vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |
| 06-I21-02 | Perianální výkon pro méně závažné onemocnění | 23 600 Kč | 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 | 52 854 Kč | 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 | 43 261 Kč | 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 | 34 387 Kč | vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |
| 08-I26-01 | Operace vazivového aparátu kolene mimo poranění | 57 313 Kč | vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |
| 08-I26-03 | Chirurgické uvolnění svalů a šlach mimo poranění | 27 570 Kč | vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |
| 08-I31-04 | Ostatní excize a menší výkony na měkkých tkáních a kůži | 26 817 Kč | vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |
| 08-M03-03 | Artroskopická dekomprese ramene | 40 153 Kč | vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |
| 08-M03-04 | Rekonstrukční artroskopie kloubů mimo rameno | 48 663 Kč | vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |
| 11-M05-02 | Extrakce kamene horních cest močových jiným typem ureterorenoskopu | 35 796 Kč | vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |

| CZ-DRG skupina | Název CZ-DRG skupiny | Výše jednodenní úhrady | Podmínky jednodenní úhrady |
|-----------------------|--|---------------------------------------|---|
| 11-M06-03 | Transuretrální resekce močového měchýře u pacientů s CC=0 | 28 707 Kč | vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |
| 11-M08-00 | Extrakorporální litotrypse | 25 107 Kč | vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |
| 12-I08-03 | Odstranění varlete nebo nadvarlete pro onemocnění varlat nebo nadvarlat u pacientů s CC=0 | 38 110 Kč | vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |
| 12-I14-00 | Jiný chirurgický výkon na penisu | 27 803 Kč | vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |
| 12-M01-00 | Embolizace pro onemocnění mužské reprodukční soustavy | 86 991 Kč | vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |
| 13-I13-03 | Rekonstrukční výkon pro jiný sestup ženských pohlavních orgánů | 46 974 Kč | 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 | 67 622 Kč | 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 | 53 872 Kč | vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |
| 13-I16-00 | Odstranění děložního myomu | 63 912 Kč | vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |
| 13-I17-00 | Uvolňování pánevních peritoneálních srůstů | 49 535 Kč | vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |
| 23-I09-02 | Sterilizace přerušením vejcovodů nebo chámovodů | 40 520 Kč | 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 v Kč, u nichž je výše této úhrady limitující pro úhradu hospitalizace

| CZ-DRG skupina | Název CZ-DRG skupiny | Výše jednodenní úhrady | Podmínky jednodenní úhrady |
|----------------|--|------------------------|---|
| 06-I22-01 | Chirurgické odstranění hemoroidů staplerovou metodou | 33 286 Kč | 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 | 23 074 Kč | nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |
| 08-M03-05 | Složitá artroskopie | 25 546 Kč | nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |
| 08-M03-06 | Jednoduchá artroskopie | 24 416 Kč | 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 | 20 863 Kč | 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 B, F a G s jednodenní úhradou stanovenou v Kč, u nichž není výše této úhrady limitující pro úhradu hospitalizace

| CZ-DRG skupina | Název CZ-DRG skupiny | Výše jednodenní úhrady | Podmínky jednodenní úhrady |
|----------------|--|------------------------|----------------------------|
| 05-I14-03 | Implantace dvoukomorového nebo subkutánního kardioverteru-defibrilátoru u pacientů s CC=0-3 | 327 226 Kč | - |
| 05-I14-04 | Implantace dvoudutinového nebo jednodutinového kardioverteru-defibrilátoru u pacientů s CC=0-3 | 281 418 Kč | - |
| 05-I25-02 | Implantace dvoukomorového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3 | 154 480 Kč | - |

| CZ-DRG skupina | Název CZ-DRG skupiny | Výše jednodenní úhrady | Podmínky jednodenní úhrady |
|-----------------------|--|---------------------------------------|---|
| 05-I25-03 | Implantace dvoudutinového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3 | 79 249 Kč | - |
| 05-I25-04 | Implantace jednodutinového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3 | 60 968 Kč | - |
| 05-M03-00 | Endovaskulární výkon na srdci | 189 123 Kč | - |
| 05-M05-02 | Katetrizační ablace komplexních forem arytmií | 212 172 Kč | - |
| 05-M05-03 | Katetrizační ablace jednoduchých forem arytmií | 118 192 Kč | - |
| 05-M05-04 | Katetrizační ablace atrioventrikulární junkce | 74 929 Kč | - |
| 05-M06-03 | Komplexní angioplastika 2 a více věnčitých tepen za použití zobrazovacích nebo rotačních technik | 168 257 Kč | - |
| 05-M06-04 | Komplexní angioplastika 1 věnčité tepny za použití zobrazovacích nebo rotačních technik | 120 030 Kč | - |
| 05-M06-07 | Angioplastika 2 a více věnčitých tepen při jiném onemocnění srdce | 109 628 Kč | - |
| 05-M06-08 | Angioplastika 1 věnčité tepny při jiném onemocnění srdce | 75 158 Kč | - |
| 05-M09-00 | Dočasná srdeční stimulace nebo úprava endokardiální elektrody | 46 290 Kč | - |
| 06-I17-02 | Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu s použitím implantátu nebo korekce rozestupu přímých svalů břišních u pacientů s CC=0-2 | 51 293 Kč | vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |
| 09-I08-02 | Rekonstrukce jednoho prsu implantátem nebo rekonstrukce obou prsů místní tkáně | 49 758 Kč | 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 | 26 978 Kč | vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |
| 11-I14-02 | Závěsná nebo slingová operace močové trubice u žen | 40 180 Kč | vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |
| 12-I10-02 | Rekonstrukční výkon otevřeným přístupem nebo exploratorní výkon pro onemocnění varlat nebo testikulárních adnex | 35 641 Kč | 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 | 31 465 Kč | 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 | 18 664 Kč | vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |

Část E

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

| CZ-DRG skupina | Název CZ-DRG skupiny | Výše jednodenní úhrady | Podmínky jednodenní úhrady |
|-----------------------|---|-------------------------------|---|
| 05-I30-01 | Operace povrchových končetinových žil s ošetřením refluxu otevřeným přístupem | 38 393 Kč | 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 | 26 134 Kč | 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 | 67 477 Kč | 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 | 51 568 Kč | 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 | 36 771 Kč | nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí |
| 06-I16-05 | Otevřený chirurgický výkon pro tříselnou nebo stehenní kýlu u dětí do 16 let věku s CC=0-2 | 29 596 Kč | 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 | 48 605 Kč | 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 | 27 247 Kč | 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 2 písm. b), c), písm. d) podbodů i. a bodu 3 písm. q) se stanoví ve výši uvedené v bodech 2 až 4.
2. 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 3, 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 3.
3. Pro léčivé přípravky podle bodu 1, neuvedené v bodě 2, 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, podpurná hematoonkologie, zhoubné imunoproliferativní nemoci, hematologie) |
| f) Imunitní systém (autoinflamatorní onemocnění, digitální ulcerace u systémové sklerodermie, polyangiitida, transplantace) |
| g) Infekce (hepatitida C) |
| h) Metabolické vady (Fabryho choroba, Gaucherova choroba, Niemann-Pickova choroba, metabolické vady) |
| i) Neurologie 1 (epilepsie, narkolepsie, migréna, Parkinsonova choroba, substituční léčba) |
| j) Neurologie 2 (roztroušená skleróza) |
| k) Oběhový systém (plicní arteriální hypertenze, amyloidóza srdce, symptomatická hypertrofická obstrukční kardiomyopatie) |

| | |
|----|---|
| l) | Oftalmologie (centrální a periferní venózní okluze, choroidální neovaskularizace, věkem podmíněná makulární degenerace, oftalmologie – diabetes mellitus, Leberova optická neuropatie, neinfekční uveitida, autologní buňky lidského rohovkového epitelu) |
| m) | Onkologie – solidní nádory (hepatocelulární karcinom, nádory hlavy a krku, nádory kolorekta, nádory ledviny, nádory močového ústrojí, nádory mozku, nádory ovarií a dělohy, nádory plic, nádory prostaty, nádory prsu, nádory slinivky, nádory štítné žlázy, nádory z embryonálních buněk, nádory žaludku, osteosarkom, neuroendokrinní tumory, sarkomy měkkých tkání, jiné nádory měkkých tkání, jiné zhoubné nádory kůže, kožní lymfomy, maligní melanom, mezoteliom pleury, hemangiom, gastrointestinální stromální tumory, neurofibrom) |
| n) | Revmatologie (Bechtěrevova choroba, artritida, systémový lupus erythematosus, psoriatická artritida) |
| o) | Trávicí soustava (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, syndrom krátkého střeva) |
| p) | Hepatologie – onemocnění jater a žlučových cest (sekundární trombocytopenie při onemocnění jater) |
| q) | Léčivé přípravky vyjmuté z metodiky výpočtu relativních vah podle Klasifikace – léčivé přípravky ATC skupin A16AB17, B01AX01, L01AB02, L01FX06, L01XL03, L01XL04, L01XL05, L01XL06, L01XL07, L01XL08 a L04AA41 |
| r) | 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:

$$\dot{U}HR_{CL,2026} = \min \left\{ \sum_{i=a}^r \text{Produkce}_{i,CL,2024} * INU_i * ICS_i ; \sum_{i=a}^r \text{Produkce}_{i,CL,2026} * ICS_i \right\} * IZP_{CL}$$

kde:

$\text{Produkce}_{i,CL,2024}$ 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.

$\text{Produkce}_{i,CL,2026}$ 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 4.

ICS_i je index cenové slevy pro léčivé přípravky zařazené do skupiny i , uvedený v bodu 4.

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

$$IZP_{CL} = \min \left\{ 1,075 ; \max \left[1 ; ARCTG \left(2,75 * \frac{\sum_{i=a}^r \text{Produkce}_{i,CL,2026} * ICS_i}{\sum_{i=a}^r \text{Produkce}_{i,CL,2024} * INU_i * ICS_i} - 1,1926 \right) \right] \right\}$$

4. Index navýšení úhrady a index cenové slevy se pro jednotlivé skupiny uvedené v bodě 3 stanoví ve výši:

| Skupina | Index navýšení úhrady | Index cenové slevy |
|-------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| a) Dermatologie | 1,25 | 0,96 |
| b) Dýchací soustava 1 | 1,70 | 1 |
| c) Dýchací soustava 2 | 1,45 | 0,87 |
| d) Endokrinologie | 1,42 | 1 |
| e) Hematoonkologie | 1,27 | 0,94 |
| f) Imunitní systém | 1,20 | 1 |
| g) Infekce | 1,11 | 1 |
| h) Metabolické vady | 1,22 | 0,98 |
| i) Neurologie 1 | 1,4 | 0,97 |
| j) Neurologie 2 | 1,10 | 0,98 |
| k) Oběhový systém | 1,62 | 1 |
| l) Oftalmologie | 1,05 | 0,99 |
| m) Onkologie – solidní nádory | 1,34 | 0,96 |
| n) Revmatologie | 1,15 | 0,90 |
| o) Trávicí soustava | 1,30 | 0,90 |
| p) Hepatologie | 1,55 | 1 |
| q) Vyjmuté z Klasifikace | 1,32 | 1 |
| r) Ostatní | 1,50 | 0,98 |