

VYHLÁŠKA

ze dne 2022

o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2023

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 2023:

- a) hodnoty bodu,
- b) výši úhrad hrazených služeb poskytovaných pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon“),
- c) výši úhrad hrazených služeb poskytovaných pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, členských států Evropského hospodářského prostoru a Švýcarské konfederace podle přímo použitelných předpisů Evropské unie upravujících koordinaci systémů sociálního 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“),
- d) regulační omezení pro úhrady uvedené v § 4 až 20, poskytované smluvními poskytovateli zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel“).

(2) Poskytovatelem je poskytovatel

- a) lůžkové péče,
- b) v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,

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

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

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

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 Irsku 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.

- c) specializované ambulantní péče, poskytovatel dialyzační zdravotní péče a poskytovatel v odbornostech 905, 919 a 927 podle vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami⁴⁾ (dále jen „seznam výkonů“),
- d) ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů,
- e) v oboru zubní lékařství,
- f) ambulantní péče v odbornostech 222, 801, 802, 806 až 810, 812 až 819 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen „vyjmenovaná odbornost“),
- g) ambulantní péče v odbornostech 914, 916, 921 a poskytovatel domácí péče v odbornostech 925 a 926 podle seznamu výkonů,
- h) ambulantní péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů,
- i) zdravotnické záchranné služby, poskytovatel přepravy pacientů neodkladné péče, poskytovatel zdravotnické dopravní služby, poskytovatel lékařské pohotovostní služby a poskytovatel pohotovostní služby v oboru zubní lékařství,
- j) lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravovna,
- k) lékárenské péče,
- l) jednodenní péče.

§ 2

(1) Referenčním obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2021 a referenčním obdobím roku 2019 se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2019. Referenčními hodnotami poskytovatele jsou hodnoty příslušných úhradových ukazatelů poskytovatele v referenčním období a referenčním období roku 2019.

(2) Hodnoceným obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2023.

(3) Do referenčního období roku 2019 jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2019, poskytovatelem vykázané do 31. března 2020 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2020. Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2021, poskytovatelem vykázané do 31. března 2022 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2022, přičemž se použije zákon, není-li dále stanoveno jinak.

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

(5) Pokud dojde v hodnoceném období ke sloučení dvou zdravotních pojišťoven, použije se pro výpočet úhrad součet údajů za referenční období nebo referenční období roku 2019 sloučených zdravotních pojišťoven.

§ 3

(1) Unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí pojištěnec zdravotní pojišťovny ošetřený poskytovatelem v konkrétní odbornosti v hodnoceném období, v referenčním období nebo v referenčním období roku 2019 alespoň jednou, s tím, že není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastních zdravotních služeb nebo zdravotních služeb vyžádaných, pokud není dále stanoveno jinak.

(2) Pokud byl unikátní pojištěnec poskytovatelem v konkrétní odbornosti ošetřen v hodnoceném období, v referenčním období nebo v referenčním období roku 2019 vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti a období pouze jednou.

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

(3) V případě sloučení zdravotních pojišťoven se pojištěnec, za kterého byly v hodnoceném období, v referenčním období nebo v referenčním období roku 2019 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 či vyžádaných zdravotních služeb v hodnoceném období, v referenčním období nebo v referenčním období roku 2019 alespoň jednou, pokud není dále stanoveno jinak.

(5) Pokud byl globální unikátní pojištěnec poskytovatelem ošetřen v hodnoceném období nebo, v referenčním období v referenčním období roku 2019 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, v referenčním období nebo v referenčním období roku 2019 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 jsou pro účely této vyhlášky ordinační hodiny sjednané ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem, kdy je na pracovišti poskytovatele pro pojištěnce dostupný alespoň jeden zdravotnický pracovník daného pracoviště se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru, s tím, že se do ordinačních hodin nezapočítává doba věnovaná návštěvní službě a administrativním činnostem.

§ 4

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

§ 5

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

(2) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli následné lůžkové péče, dlouhodobé 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.

⁵⁾ Sdělení Českého statistického úřadu č. 495/2003 Sb., o vydání Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), ve znění pozdějších aktualizací.

§ 6

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

§ 7

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

§ 8

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

§ 9

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

§ 10

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

§ 11

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

§ 12

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

§ 13

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

§ 14

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické záchranné služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,39 Kč, s výjimkou výkonů přepravy podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 1,33 Kč, a s výjimkou výkonu s bodovou hodnotou (dále jen „výkon“) č. 06714 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1,20 Kč.

(2) Úhrada podle odstavce 1 se poskytovateli zdravotnické záchranné služby navyšuje o 1 500 Kč za každou epizodu péče o pojištěnce zdravotní pojišťovny zahrnující příjem tísňové

výzvy operátorem zdravotnického operačního střediska a výjezd zdravotnické záchranné služby vykázány podle odstavce 1.

(3) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,38 Kč, s výjimkou výkonů přepravy podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 1,33 Kč, a s výjimkou výkonu č. 06714 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1,20 Kč.

§ 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 1,33 Kč,
- b) neposkytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu s hodnotou bodu ve výši 1,09 Kč.

(2) Pro výkon přepravy č. 69 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,20 Kč.

§ 16

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v rámci lékařské pohotovostní služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,12 Kč pro zdravotní výkony a výkony přepravy podle seznamu výkonů.

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

§ 17

(1) Pro komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé, děti a dorost poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za 1 den pobytu ve výši 110 % smluvně sjednané úhrady za 1 den pobytu pro rok 2022. Nebyla-li úhrada za 1 den pobytu pro rok 2022 sjednána do 31. prosince 2022 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 110 % smluvně sjednané úhrady za 1 den pobytu pro rok 2022. Nebyla-li úhrada za 1 den pobytu pro rok 2022 sjednána do 31. prosince 2022 včetně, stanoví se úhrada ve výši úhrady hrazené srovnatelným poskytovatelům.

(3) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči se stanoví úhrada 35 Kč za vykázaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů. 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 1 175 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) Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 49 Kč.

(2) Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09115 podle seznamu výkonů, vykázaný u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí, se poskytovateli navyšuje úhrada o 100 Kč, s výjimkou výkonů provedených ve vlastním sociálním prostředí pojištěnce, za které se poskytovateli navyšuje úhrada o 300 Kč. Toto navýšení úhrady se nezapočítává do výše úhrady stanovené podle příloh č. 1 až 8 k této vyhlášce.

(3) Úhrada podle odstavců 1 a 2 se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby.

(4) Odstavec 1 se nepoužije na poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče a na poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, na poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, na poskytovatele v oboru zubní lékařství a na poskytovatele ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů.

§ 19

(1) Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09552 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 24 Kč.

(2) Nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli 15 Kč za každé převedení listinného receptu do elektronické podoby, byl-li na základě tohoto receptu vydán jejímu pojištěnci léčivý přípravek hrazený z veřejného zdravotního pojištění.

§ 20

Výše úhrad za hrazené služby jednodenní péče podle zákona o zdravotních službách⁶⁾ v oboru chirurgie se stanoví v příloze č. 13 k této vyhlášce.

§ 21

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2023.

Ministr:

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

⁶⁾ § 8 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

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

A) Hrazené služby podle § 5 odst. 1

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

2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

2.1 Pokud si zdravotní pojišťovna a poskytovatel dohodnou rozdílnou výši a způsob úhrady hrazených služeb i pro hrazené služby, jež jsou zahrnuty v paušální úhradě, v úhradě vyčleněné z paušální úhrady nebo v úhradě formou případového paušálu, úhrada za tyto služby se nezapočítá do úhrady uvedené v bodech 3 až 7.

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

2.2.1 Pro onemocnění HIV/AIDS, hereditární angioedém a pro profylaxi rizikových dětí vystavených expozici respiračního syncytiálního viru se stanoví maximální úhrada na jeden podaný léčivý přípravek ve výši poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané úhrady v roce 2021.

2.2.2 Pro skupiny:

| |
|---|
| a) Dermatologie (aktinická keratóza, psoriáza těžká a jiná kožní onemocnění) |
| b) Dýchací soustava 1 (astma, CHOPN) |
| c) Dýchací soustava 2 (idiopatická plicní fibróza, intersticiální pneumonie) |
| d) Endokrinologie (akromegalie, endokrinní oftalmopatie, toxická struma štítné žlázy, růstové hormony) |
| 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 (roztřoušená skleróza) |
| k) Neurologie 3 (spinální svalová atrofie) |
| l) Oběhový systém (plicní arteriální hypertenze) |

| |
|---|
| m) Oftalmologie (centrální a periferní venózní okluze, choroidální neovaskularizace, věkem podmíněná makulární degenerace, oftalmologie – diabetes mellitus, vitreomakulární trakce, Leberova optická neuropatie, neinfekční uveitida, autologní buňky lidského rohovkového epitelu) |
| n) 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) |
| o) Revmatologie (Bechtěrevova choroba, artritida, systémový lupus erythematosus, psoriatická artritida) |
| p) Trávicí soustava (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, syndrom krátkého střeva) |
| q) Cystická fibróza |
| r) Hepatologie – onemocnění jater a žlučových cest (primární biliární cholangitida) |
| s) Ostatní – výše neuvedená onemocnění |

se stanoví maximální úhrada takto:

$$Uhr_{max,2023} = \sum_{i=a}^s Uhr_{i,2021} * IN_i$$

kde:

$Uhr_{max,2023}$ je maximální úhrada v hodnoceném období.

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

$Uhr_{i,2021}$ je celková úhrada v roce 2021 za léčbu onemocnění i .

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

Maximální úhrada je stanovena pro všechny skupiny onemocnění dohromady.

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

| Skupina | Index navýšení úhrady |
|-------------------------------|-----------------------|
| a) Dermatologie | 1,24 |
| b) Dýchací soustava 1 | 1,46 |
| c) Dýchací soustava 2 | 1,37 |
| d) Endokrinologie | 1,25 |
| e) Hematoonkologie | 1,28 |
| f) Imunitní systém | 1,21 |
| g) Infekce | 1,05 |
| h) Metabolické vady | 1,04 |
| i) Neurologie 1 | 1,62 |
| j) Neurologie 2 | 1,08 |
| k) Neurologie 3 | 1,00 |
| l) Oběhový systém | 1,01 |
| m) Oftalmologie | 1,08 |
| n) Onkologie – solidní nádory | 1,30 |
| o) Revmatologie | 0,91 |

| | |
|---------------------|------|
| p) Trávicí soustava | 1,05 |
| q) Cystická fibróza | 1,38 |
| r) Hepatologie | 1,39 |
| s) Ostatní | 1,15 |

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

3. Paušální úhrada

3.1 Paušální úhrada zahrnuje hrazené služby zařazené podle pravidel pro Klasifikaci hospitalizovaných pacientů pro rok 2023⁷⁾ (dále jen „Klasifikace“) do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

3.2 Případy hospitalizací se při výpočtu proměnných v referenčním období roku 2019 rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí Klasifikace.

3.3 Pro výkony OD 00031 a 00032 podle seznamu výkonů, vyjmuté z paušální úhrady, se stanoví paušální sazba za ošetrovací den ve výši 523 Kč.

3.4 Léčivé přípravky vyjmuté z paušální úhrady a uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2022.

3.5 Vyžádanou extramurální péčí se rozumí péče související s hospitalizací pojištěnce u poskytovatele, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji vykazuje zdravotní pojišťovně.

3.6 Výše paušální úhrady se stanoví jako $ÚHR_{PU,CZ-DR,2023}$ podle výrazu:

$$ÚHR_{PU,CZ-DR,2023} = \min \left\{ 1; \frac{CM_{red,2023,CZ-DR,A}}{0,98 * CM_{2019,CZ-DR,A}} \right\} * IPU * I_{ZP} - EM_{2023,A}$$

kde:

$CM_{2019,CZ-DRG,A}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období roku 2019, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2023 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

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

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

⁷⁾ Sdělení Českého statistického úřadu č. 302/2022 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů CZ-DRG.

a kde IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

$$(i) \quad IPU = PU_{drg,2019} * 1,384$$

kde:

$PU_{drg,2019}$ je referenční výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané služby hrazené paušální úhradou, která se vypočte následovně:

$$PU_{drg,2019} = \max\{CM_{2019,CZ-D, A-D,H} * ZS_{min,2019,PU}; \\ (CELK PU_{drg,2019} + ÚHR_{ISU}^{2019} + EM_{2019,A-D,H})\} * \left(\frac{CM_{2019,CZ-DRG,A}}{CM_{2019,CZ-DRG,A-D,H}} \right)$$

kde:

$CM_{2019,CZ-DRG,A-D,H}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období roku 2019, zařazených podle Klasifikace do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech A až D a části H k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2023 uvedenými v příloze č. 10, částech A až D a části H k této vyhlášce.

$CELK PU_{drg,2019}$ je celková výše paušální úhrady v referenčním období roku 2019 včetně příslušného navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání střídavě ve tříměnném nebo nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče.

$ZS_{min,2019,PU}$ je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 52 220 Kč pro poskytovatele, který má statut centra vysoce specializované onkologické péče a zároveň statut alespoň dvou center vysoce specializované péče z následujícího seznamu – centrum vysoce specializované cerebrovaskulární péče, centrum vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro dospělé, centrum vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče, centrum vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii, centrum vysoce specializované péče pro izolaci pacientů s podezřením na vysoce nakažlivou nemoc podle zákona o zdravotních službách. Pokud poskytovatel nespĺňuje podmínky uvedené ve větě první, ale má statut centra vysoce specializované onkologické péče a zároveň statut alespoň dvou center vysoce specializované péče z následujícího seznamu – centrum vysoce specializované cerebrovaskulární péče, centrum vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro dospělé, centrum vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče, centrum vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii, centrum vysoce specializované péče pro izolaci pacientů s podezřením na vysoce nakažlivou nemoc, centrum vysoce specializované péče o pacienty s iktem, centrum vysoce specializované kardiovaskulární péče podle zákona o zdravotních službách – minimální základní sazba se stanoví ve výši 47 250 Kč. Pro ostatní poskytovatele, kteří zajišťují péči na urgentním příjmu, se minimální základní sazba stanoví ve výši 39 790 Kč. Pro ostatní

poskytovatele, kteří nezajišťují péči na urgentním příjmu, se minimální základní sazba stanoví ve výši 32 430 Kč.

$EM_{2019,A-D,H}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací přepočtených podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období roku 2019, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze podle přílohy č. 10, částí A až D a části H k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v referenčním období roku 2019, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$ÚHR_{ISU}^{2019}$ celková úhrada poskytovateli za služby zařazené do individuálně smluvně sjednaných bází v referenčním období roku 2019.

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

(ii) $CM_{red,2023,CZ-D}$ $_{,A}$ se vypočítá následovně

a) Pokud je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací, ukončených v hodnoceném období nebo ukončených v referenčním období roku 2019 a přepočtených podle bodu 3.2, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které byly ukončeny přeložením pacienta k poskytovateli následné péče nebo na oddělení následné péče téhož poskytovatele (dále jen „kód ukončení léčení 4“) nebo přeložením pacienta k jinému poskytovateli akutní lůžkové péče (dále jen „kód ukončení léčení 5“), menší nebo roven 100 nebo pokud $PPR_{drg,A,2023,4,5} \leq 0,1 * PP_{drg,A,2023}$ nebo pokud $PPR_{drg,A,2019,4,5} \leq 0,1 * PP_{drg,A,2019}$, stanoví se redukováný casemix takto:

$$CM_{red,2023,CZ-D} \quad ,A = CM_{2023,CZ-DR} \quad ,A$$

kde:

$CM_{2023,CZ-D} \quad ,A$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2023 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

$PPR_{drg,A,2023,4,5}$ 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 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

$PPR_{drg,A,2019,4,5}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období roku 2019, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

$PP_{drg,A,2023}$ 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.

$PP_{drg,A,2019}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období roku 2019, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

b) V ostatních případech se redukovaný casemix stanoví takto:

$$CM_{red,2023,CZ-DR_{,A}} = CM_{1,2023,CZ-DRG,A} + CM_{red,4,5}$$

kde:

$CM_{1,2023,CZ-DR_{,A}}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2023 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

a kde:

$$CM_{red,4,5} = CM_{2023,CZ-DR_{,A,4,5}} * \min \left[1; \left(X * \frac{PPR_{drg,A,2019,4,5}}{PPR_{drg,A,2023,4,5}} * \frac{PP_{drg,A,2023}}{PP_{drg,A,2019}} \right) \right]$$

kde:

$CM_{2023,CZ-DRG,A,4,5}$ 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 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2023 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

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

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

$$I_{ZP} = \max \left[1; ARCTG \left(3 * \frac{CM_{red,2023,CZ-DRG,A}}{CM_{2019,CZ-DRG,A}} - 1,443 \right) \right]$$

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 až F k této vyhlášce.

4.2 Případy hospitalizací se při výpočtu proměnných v referenčním období roku 2019 rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí Klasifikace.

- 4.3 Léčivé přípravky vyjmuté z paušální úhrady a uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2022.
- 4.4 Vyžádanou extramurální péčí se rozumí péče související s hospitalizací pojištěnce u poskytovatele, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji vykazuje zdravotní pojišťovně.
- 4.5 Pro hrazené služby vyčleněné z paušální úhrady zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech C až F poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, se stanoví úhrada ve výši:

$$\dot{U}HR_{vy\check{c}l,CZ-DRG,2023} = IZS_{2023,CZ-DRG,CE} * CM_{2023,CZ-DRG,CE} + IZS_{2023,CZ-DRG,DF} * CM_{2023,CZ-DRG,DF} - EM_{2023,C-F}$$

kde:

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

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

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

$IZS_{2023,CZ-D,CE}$ je individuální základní sazba vysoce homogenních hospitalizací vypočtená následovně:

- 1) V případě, že:

$$IZS_{vstupni,2023} \geq (1 + RK_{CE,horní}) * ZS_{CZ-DRG}$$

pak:

$$IZS_{2023,CZ-DRG,CE} = TS_{CE,horní} * (1 + RK_{CE,horní}) * ZS_{CZ-DRG} + (1 - TS_{CE,horní}) * IZS_{vstupni,2023}$$

- 2) V případě, že:

$$IZS_{vstupni,2023} \leq (1 - RK_{CE,dolní}) * ZS_{CZ-DRG}$$

pak:

$$IZS_{2023,CZ-DRG,CE} = TS_{CE,dolní} * (1 - RK_{CE,dolní}) * ZS_{CZ-DRG} + (1 - TS_{CE,dolní}) * IZS_{vstupni,2023}$$

3) V ostatních případech:

$$IZS_{2023,CZ-DRG,DF} = IZS_{vstupni,2023}$$

$IZS_{2023,CZ-DRG,DF}$ je individuální základní sazba středně homogenních hospitalizací vypočtená následovně:

1) V případě, že:

$$IZS_{vstupni,2023} \geq (1 + RK_{DF,horní}) * ZS_{CZ-DRG}$$

pak:

$$IZS_{2023,CZ-DRG,DF} = TS_{DF,horní} * (1 + RK_{DF,horní}) * ZS_{CZ-DRG} + (1 - TS_{DF,horní}) * IZS_{vstupni,2023}$$

2) V případě, že:

$$IZS_{vstupni,2023} \leq (1 - RK_{DF,dolní}) * ZS_{CZ-DRG}$$

pak:

$$IZS_{2023,CZ-DRG,DF} = TS_{DF,dolní} * (1 - RK_{DF,dolní}) * ZS_{CZ-DRG} + (1 - TS_{DF,dolní}) * IZS_{vstupni,2023}$$

3) V ostatních případech:

$$IZS_{2023,CZ-DRG,DF} = IZS_{vstupni,2023}$$

kde:

$IZS_{vstupni,2023}$ je vstupní individuální základní sazba vypočtená následovně:

$$IZS_{vstupni,2023} = \frac{\left\{ (ÚHR_{vyčl,2019} + EM_{vyčl,2019}) * \left(\frac{CM_{2019,CZ-DRG,EF}}{CM_{2019,CZ-DRG,EF}} \right) + \left(\frac{CM_{2019,CZ-DRG,CD}}{CM_{2019,CZ-DRG,A}} \right) * PU_{drg,2019} \right\}}{CM_{2019,CZ-DRG,C-F}} * 1,384$$

kde:

$CM_{2019,CZ-DRG,C-F}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 4.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období roku 2019, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech C až F k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2023 uvedenými v příloze č. 10, částech C až F k této vyhlášce.

$CM_{2019,CZ-DRG,CD}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 4.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období roku 2019, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech C a D k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2023 uvedenými v příloze č. 10, částech C a D k této vyhlášce.

$CM_{2019,CZ-DRG,EF}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 4.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období roku 2019, zařazených podle

Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech E a F k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2023 uvedenými v příloze č. 10, částech E a F k této vyhlášce.

$CM_{2019,CZ-DRG,EFI}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 4.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období roku 2019, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech E, F a I k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2023 uvedenými v příloze č. 10, částech E, F a I k této vyhlášce.

$ÚHR_{vyčl,2019}$ je celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby, včetně příslušného navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče, poskytnuté během hospitalizací přepočtených podle bodu 4.2 ukončených v referenčním období roku 2019, které byly v referenčním období roku 2019 hrazeny úhradou vyčleněnou z paušální úhrady, s výjimkou úhrady za případy zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části G k této vyhlášce.

$EM_{vyčl,2019}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací přepočtených podle bodu 4.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly v referenčním období roku 2019 hrazeny úhradou vyčleněnou z paušální úhrady, s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části G k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v referenčním období roku 2019, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

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

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

kde:

NM_{CMI} je nákladový modifikátor, který se pro poskytovatele se statutem alespoň jednoho centra vysoce specializované péče stanoví ve výši 1,12 v případě, že $CMI \geq 5$, a ve výši 1,07 v případě, že $5 > CMI \geq 3$. V ostatních případech a pro poskytovatele bez statutu centra vysoce specializované péče se nákladový modifikátor stanoví ve výši 1. Proměnná CMI je casemix-index vypočtený následovně:

$$CMI = \frac{CM_{2019,CZ-D}}{\max(1; PP_{drg,2019})}$$

kde:

$CM_{2019,CZ-D}$ je počet případů hospitalizací českých i zahraničních pojištěnců přepočtených podle bodů 3.2, 4.2 a 5.3 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období roku 2019, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, vynásobených relativními váhami 2023 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$PP_{drg,2019}$ je počet případů hospitalizací českých i zahraničních pojištěnců přepočtených podle bodů 3.2, 4.2 a 5.3 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období roku 2019, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.

a kde ostatní parametry obsažené v proměnných ZS_{CZ-DRG} , $IZS_{2023,CZ-DR,CE}$ a $IZS_{2023,CZ-DRG,DF}$ jsou parametry implementace CZ-DRG s hodnotami podle následující tabulky:

| Parametr | Název parametru | Hodnota |
|-----------------|---|---------|
| CZS_{CZ-DRG} | Centrální základní sazba pro CZ-DRG | 68 460 |
| $RK_{CE,horní}$ | Horní risk-koridor pro vysoce homogenní péči | 0,1 |
| $RK_{CE,dolní}$ | Dolní risk-koridor pro vysoce homogenní péči | 0 |
| $TS_{CE,horní}$ | Horní tempo sblížování sazeb pro vysoce homogenní péči | 0,33 |
| $TS_{CE,dolní}$ | Dolní tempo sblížování sazeb pro vysoce homogenní péči | 0,66 |
| $RK_{DF,horní}$ | Horní risk-koridor pro středně homogenní péči | 0,2 |
| $RK_{DF,dolní}$ | Dolní risk-koridor pro středně homogenní péči | 0,1 |
| $TS_{DF,horní}$ | Horní tempo sblížování sazeb pro středně homogenní péči | 0,33 |
| $TS_{DF,dolní}$ | Dolní tempo sblížování sazeb pro středně homogenní péči | 0,66 |

4.6 Pro OD 00031 a 00032 se stanoví paušální sazba za ošetrovací den ve výši 523 Kč.

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, G, H a I k této vyhlášce.

5.2 Pro OD 00031 a 00032 se stanoví paušální sazba za ošetrovací den ve výši 523 Kč.

5.3 Případy hospitalizací se při výpočtu proměnných v referenčním období roku 2019 rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí Klasifikace.

5.4 Léčivé přípravky vyjmuté z úhrady případovým paušálem a uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2022.

5.5 Vyžádanou extramurální péčí se rozumí péče související s hospitalizací pojištěnce u poskytovatele, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji vykazuje zdravotní pojišťovně.

5.6 Výše úhrady formou případového paušálu se stanoví jako $ÚHR_{PP,CZ-DRG,2023}$ podle výrazu:

$$ÚHR_{PP,CZ-DRG,2023} = ZS_{CZ-DRG} * \left(\sum_{i=1}^n CM_{2023,CZ-DRG,BGI,i} * KC_{BGI,i} \right) + CM_{red,2023,CZ-DRG,H} * ZS_{CZ-D} * KP_{Trans} * KP_{Krit} - EM_{2023,BGHI}$$

kde:

$CM_{2023,CZ-DRG,BGI,i}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupiny i vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech B, G a I k této

vyhláše, vynásobených relativními váhami 2023 uvedenými v příloze č. 10, částech B, G a I k této vyhláše. Index i označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, částech B, G a I k této vyhláše.

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

$KC_{BGI,i}$ je koeficient centralizace, který se stanoví pro skupinu i vztaženou k diagnóze a uvedenou v příloze č. 10, částech B, G a I k této vyhláše, ve výši 1, pokud poskytovatel má alespoň v části hodnoceného období alespoň jeden statut centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech B, G a I k této vyhláše, a ve výši 0,75 v ostatních případech.

KP_{Trans} je koeficient plnění transformačního plánu, který nabývá hodnoty 1,1 v případě, že poskytovatel provedl restrukturalizaci lůžek podle transformačního plánu v rámci reformy psychiatrické péče, který byl schválen Ministerstvem zdravotnictví. V ostatních případech KP_{Trans} nabývá hodnoty 1.

KP_{Krit} je koeficient plnění kritérií poskytování akutní psychiatrické péče, který nabývá hodnoty 1 v případě, že poskytovatel splňuje současně všechny podmínky uvedené v bodě 5.7. V ostatních případech KP_{Krit} nabývá hodnoty 0,9.

$CM_{red,2023,CZ-DR ,H}$ je redukovaný casemix, který se vypočítá následovně:

Pokud je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 5.3, ukončených v referenčním období roku 2019 nebo hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhláše menší nebo roven 30, stanoví se redukovaný casemix následovně:

$$CM_{red,2023,CZ-DR ,H} = CM_{2023,CZ-DRG,H}$$

V ostatních případech se redukovaný casemix stanoví následovně:

$$CM_{red,2023,CZ-DRG,H} = CM_{2023,CZ-DRG,H} * \min \left\{ 1; 1,05 * X * \frac{\max(14; LOS_{2019,CZ-DR ,H}^{median})}{LOS_{2023,CZ-DR ,H}^{median}} \right\}$$

kde:

$CM_{2023,CZ-DRG,H}$ 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 vyhláše, vynásobených relativními váhami 2023 uvedenými v příloze č. 10, části H k této vyhláše.

$LOS_{2019,CZ-DRG,H}^{median}$ je medián délky hospitalizace u případů hospitalizací přepočtených podle bodu 5.3 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných,

ukončených v referenčním období roku 2019, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

$LOS_{2023,CZ-D}^{median,H}$ je medián délky hospitalizace u případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

U poskytovatele, který v referenčním období roku 2019 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 $CM_{red,2023,CZ-H}$ následující referenční hodnotu:

$$LOS_{2019,CZ-DRG,H}^{median} = 16$$

5.7 Vyhodnocení plnění následujících kritérií poskytování akutní psychiatrické péče provede zdravotní pojišťovna do 20. května 2024:

- 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 60 % 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 hrazených služeb poskytnutých zahraničním pojištěncům a dále v případě, že poskytovatel poskytne v referenčním období roku 2019 nebo hodnoceném období hrazené služby v rámci 50 a méně případů hospitalizací pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby následovně:

$$\begin{aligned} \dot{U}hr_{pod50,EU,CZ-DR}^{2023} = & CM_{pod50,EU,CZ-DR,AC-F,2023} * ZS_{pod50,EU} - EM_{pod50,EU,2023} \\ & + CM_{pod50,CZ-DRG,H,2023} * ZS_{pod50,EU} * KP_{Tran} * KP_{Krit} \\ & + CM_{EU,CZ-D,H,2023} * ZS_{pod50,EU} \\ & + ZS_{pod50,EU} * \left(\sum_{i=1}^n CM_{pod50,EU,CZ-DRG,BGI,2023,i} * KC_{BGI,i} \right) \end{aligned}$$

kde:

$CM_{pod50,EU,CZ-D,A,C-F,2023}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech A a C až F k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2023 uvedenými v příloze č. 10, částech A a C až F k této vyhlášce.

$CM_{pod50,CZ-DR,H,2023}$ je počet případů hospitalizací českých pojištěnců poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2023 uvedenými v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

$CM_{EU,CZ-DRG,H,2023}$ je počet případů hospitalizací zahraničních pojištěnců poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2023 uvedenými v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

$CM_{pod50,EU,CZ-DRG,BGI,2023,i}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupiny i vztahené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech B, G a I k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2023 uvedenými v příloze č. 10, částech B, G a I k této vyhlášce. Index i označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, částech B, G a I k této vyhlášce.

$EM_{pod50,EU,2023}$ 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 vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

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

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

kde:

$NM_{pod50,EU,CMI}$ je nákladový modifikátor, který se pro poskytovatele se statutem alespoň jednoho centra vysoce specializované péče stanoví ve výši 1,25 v případě, že $CMI \geq 5$, a ve výši 1,15 v případě, že $5 > CMI \geq 3$. V ostatních případech a pro poskytovatele bez statutu centra vysoce specializované péče se nákladový modifikátor stanoví ve výši 1. Proměnná CMI je casemix-index definovaný v bodu 4.5.

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 Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazené kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví podle přílohy č. 2 k této vyhlášce, s výjimkou navýšení úhrady uvedené v části A bodě 2 písm. a) a bodech 7 a 8 přílohy č. 2 k této vyhlášce a s výjimkou regulačních omezení uvedených v části D přílohy č. 2 k této vyhlášce, která se pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nepoužijí.
- 7.2 Pro specializovanou ambulantní péči, s výjimkou hrazených služeb uvedených v bodu 7.11 a 7.12, 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. h) a bodu 2 písm. d) přílohy č. 3 k této vyhlášce se nepoužije; dále se nepoužijí výpočet celkové úhrady podle části A bodu 3 přílohy č. 3 k této vyhlášce a regulační omezení uvedená v části B přílohy č. 3 k této vyhlášce.
- 7.3 Pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů, s výjimkou hrazených služeb uvedených v bodu 7.12 a výkonů preventivního screeningu na přítomnost SARS-CoV-2 metodou PCR v souvislosti s diagnózou U07.1, U69.75 nebo Z11.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo výkonů o průkazu antigenu SARS-CoV-2, se hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 2 a části B bodu 2 přílohy č. 5 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu uvedené v části A bodě 2 písm. b) a c), a v bodech 5, 6 a 7 a výpočet celkové úhrady podle části A bodu 4 a podle části B a bodu 3 přílohy č. 5 k této vyhlášce se nepoužijí.
- 7.4 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 přílohy č. 4 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 2 a 3 přílohy č. 4 k této vyhlášce, výpočet celkové úhrady podle části A bodu 5 přílohy č. 4 k této vyhlášce, a regulační omezení uvedená v části C přílohy č. 4 k této vyhlášce se nepoužijí. Hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám v souvislosti se zaevidováním těhotné pojištěnky k porodu a předporodní ambulantní péči ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče poskytovatele v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů uhradí zdravotní pojišťovna souhrnnou úhradou ve výši 2 138 Kč. Souhrnná úhrada je uhrazena jen poskytovateli, který pojištěnku zaevidoval k porodu na základě žádanky registrujícího poskytovatele odbornosti 603 nebo 604, 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. 63115, 63415, 63417, 09119, 63055, 63022 a 63023 podle seznamu výkonů, přičemž tyto výkony nejsou v období mezi 36. týdnem těhotenství a porodem vykazovány podle seznamu výkonů ani

- poskytovateli, který těhotnou pojištěnku zaevidoval k porodu, ani jiným poskytovatelům, 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, a dále souhrnná úhrada nevylučuje úhradu registrujícímu poskytovateli za třetí trimestr těhotenství podle části A bodu 4 písm. c) přílohy č. 4 a úhradu registrujícímu poskytovateli 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.
- 7.5 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 a 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 3 přílohy č. 6 k této vyhlášce a výpočet celkové úhrady podle části A bodu 4 přílohy č. 6 k této vyhlášce se nepoužije. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 926 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části B bodu 4 přílohy č. 6 k této vyhlášce, přičemž výpočet celkové úhrady podle části B bodu 4 přílohy č. 6 k této vyhlášce se nepoužije.
- 7.6 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 úhrady podle bodu 4 přílohy č. 7 k této vyhlášce se nepoužije.
- 7.7 Pro hrazené služby poskytované poskytovateli dialyzační péče hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodů 1 až 3 přílohy č. 8 k této vyhlášce, přičemž regulační omezení uvedená v části C přílohy č. 8 k této vyhlášce se nepoužijí. Při splnění kvalitativních ukazatelů dialyzační péče podle přílohy č. 8 k této vyhlášce se úhrada za navýšení hodnoty bodu podle části A a za hrazené služby podle části B přílohy č. 8 k této vyhlášce nezapočítá do úhrady podle bodu 7.15.
- 7.8 Výkony poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle § 15.
- 7.9 Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,06 Kč.
- 7.10 Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby, s výjimkou výkonu č. 09563 podle seznamu výkonů, se hradí podle § 16.
- 7.11 Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornostech 305, 306, 308, 309 a výkony podle kapitoly 931 seznamu výkonů poskytované poskytovateli poskytujícími hrazené služby v odbornostech 901 a 931 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. a) a h) přílohy č. 3 k této vyhlášce. Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornostech 901 podle seznamu výkonů s výjimkou výkonů podle kapitoly 931 seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. b) a h) přílohy č. 3 k této vyhlášce. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 914 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce. Pro poskytovatele splňující podmínky pro paušální bonifikaci za poskytování psychiatrické krizové péče při urgentním příjmu podle bodu 7.14 se hodnota bodu pro hrazené služby poskytované v rámci samostatné ambulance psychiatrické krizové péče nebo v rámci samostatného pracoviště psychiatrické krizové péče v odbornostech 305, 308, 901 a 914 podle seznamu výkonů stanoví ve výši 1,41 Kč

a v odbornosti 306 podle seznamu výkonů a pro výkony podle kapitoly 931 seznamu výkonů ve výši 1,58 Kč, přičemž hodnoty bodu pro tyto odbornosti podle věty první až třetí tohoto bodu se u těchto poskytovatelů a těchto služeb nepoužijí. Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornostech 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. c) a h) přílohy č. 3 k této vyhlášce. Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 006 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,16 Kč.

- 7.12 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. Výkony č. 89111 až 89131, 89663, 89664 a 89665 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 3, 5 a 6 přílohy č. 5 k této vyhlášce. Výkony č. 95198, 95199, 95201, 95202 a 95203 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 1 přílohy č. 5 k této vyhlášce. Výkony novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,31 Kč. Výkony č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445, 15446 a 15950 podle seznamu výkonů, vykázané v odbornosti 105 podle seznamu výkonů v souvislosti se screeninem karcinomu kolorekta se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. g) a h) přílohy č. 3 k této vyhlášce. Výkon screeningu č. 25507 podle seznamu výkonů, poskytovaný poskytovateli hrazených služeb 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) a h) přílohy č. 3 k této vyhlášce. Výkony č. 82301, 82302 a 82304 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 2 písm. d) přílohy č. 5 k této vyhlášce. Výkon č. 09115 podle seznamu výkonů vykázaný u pacientů s diagnózou U07.1, U69.75 nebo Z11.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 2 písm. e) přílohy č. 5 k této vyhlášce. Výkon č. 81733 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 2 písm. c) přílohy č. 5 k této vyhlášce.
- 7.13 Výkony č. 88101 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,09 a výkon č. 09563 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,13 Kč.
- 7.14 Pro hrazené služby poskytované na urgentním příjmu v odbornosti 719 podle seznamu výkonů se úhrada stanoví následovně:

$$\text{Úhr}_{Urg,2023} = \max \left\{ \min \left[\text{Úhr}_{Urg,ref} * 1,5; \max \left(\text{Úhr}_{Urg,ref} * 0,75; PB_{Urgent,2023} * HB_{Urgent} \right) \right]; \right. \\ \left. PB_{Urgent,2023} * HB_{Urgent} * 0,5 \right\} + K * CKP_{bonifikace,2023}^{paušální}$$

kde:

$PB_{Urgent,2023}$ je počet bodů za výkony č. 06720, 06726, 06727, 06728 a 06729 podle seznamu výkonů vykázané v hodnoceném období.

HB_{Urgent} je hodnota bodu pro výkony urgentního příjmu, která se stanoví ve výši 1,10 Kč.

- $\dot{U}hr_{Urg,ref}$ je navýšení úhrady za urgentní příjem, které zdravotní pojišťovna poskytovateli uhradila v referenčním období. V případě, že poskytovatel v referenčním období neposkytoval péči na urgentním příjmu, stanoví se $\dot{U}hr_{Urg,ref}$ ve výši úhrady hrazené srovnatelným poskytovatelům.
- K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu, kde je poskytován urgentní příjem, podle bodu 2 přílohy č. 9 k této vyhlášce.
- $CKP_{bonifikace,2023}^{paušální}$ je paušální bonifikace za poskytování psychiatrické krizové péče při urgentním příjmu, která se stanoví následovně:
- poskytovateli, který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé nebo pro děti podle zákona o zdravotních službách a který zajišťuje na urgentním příjmu současně poskytování psychiatrické krizové péče pro děti a dospělé v samostatné místnosti (dále jen „samostatná ambulance“) a akutní lůžkovou péči v psychiatrických lůžkových oborech, se $CKP_{bonifikace,2023}^{paušální}$ stanoví ve výši 1 000 000 Kč,
 - poskytovateli, který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé nebo pro děti podle zákona o zdravotních službách a který zajišťuje při urgentním příjmu současně poskytování psychiatrické krizové péče pro děti a dospělé na samostatném pracovišti a akutní lůžkovou péči v psychiatrických lůžkových oborech, se $CKP_{bonifikace,2023}^{paušální}$ stanoví ve výši 2 500 000 Kč.

7.14.1 Bonifikace $CKP_{bonifikace,2023}^{paušální}$ podle bodu 7.14 písm. a) náleží poskytovateli při současném splnění následujících podmínek po celé hodnocené období:

- 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,
- samostatná ambulance psychiatrické krizové péče je personálně zajištěna vyčleněným zdravotnickým pracovníkem se způsobilostí k provádění psychiatrické krizové intervence a dále stávajícími zdravotnickými pracovníky poskytovatele z pracovišť s odborností 305, 306, 308, 901 a 914 podle seznamu výkonů se způsobilostí k provádění psychiatrické krizové intervence,
- 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 Úhrada podle bodu 7.14 písm. b) náleží poskytovateli při současném splnění následujících podmínek po celé hodnocené období:

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

- c) samostatné pracoviště psychiatrické krizové péče je personálně zajištěno 7 dnů v týdnu v době od 22 hodin do 8 hodin stávajícími zdravotnickými pracovníky poskytovatele z pracovišť s odborností 305, 306, 308, 901 a 914 podle seznamu výkonů se způsobilostí k provádění psychiatrické krizové intervence,
- d) poskytovatel zajišťuje personální zabezpečení psychiatrické krizové péče na samostatném pracovišti při urgentním příjmu takovým způsobem, aby vždy bylo zároveň zajištěno minimální personální zabezpečení podle vyhlášky o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb pro ostatní hrazené služby v psychiatrických oborech.

7.15 Úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodů 7.1 až 7.10 se stanoví ve výši:

$$\begin{aligned} \text{Úhr}_{amb_{2023}} = & \max\left\{\text{Úhr}_{amb_{2023,kompl}} + \text{Úhr}_{amb_{2023,ost}}; \right. \\ & \min\left[\frac{1,21 * \text{Hodnota}_{péče_{2019,kompl}} + 1,22 * \text{Hodnota}_{péče_{2019,ost}}}{\text{Hodnota}_{péče_{2019}}}; \frac{\text{Hodnota}_{péče_{2023}} * 1,21}{\text{Hodnota}_{péče_{2019}}}\right] * \\ & \text{Úhr}_{amb_{2019}} * \frac{\text{BON}_{16/7,kompl} * \text{Hodnota}_{péče_{2019,kompl}} + \text{BON}_{16/7,ost} * \text{Hodnota}_{péče_{2019,ost}}}{\text{Hodnota}_{péče_{2019}}}; \\ & \left. \min\left[\text{Úhr}_{amb_{2019}} * \frac{1,21 * \text{BON}_{16/7,kompl} * \text{Hodnota}_{péče_{2019,kompl}} + 1,22 * \text{BON}_{16/7,ost} * \text{Hodnota}_{péče_{2019,ost}}}{\text{Hodnota}_{péče_{2019}}}; \text{Hodnota}_{péče_{2023}}\right]\right\} \end{aligned}$$

kde:

$\text{Hodnota}_{péče_{2019}}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1 až 7.10 v referenčním období roku 2019, která je vypočtena následovně:

$$\text{Hodnota}_{péče_{2019}} = \text{Hodnota}_{péče_{2019,kompl}} + \text{Hodnota}_{péče_{2019,ost}}$$

a kde:

$\text{Hodnota}_{péče_{2023}}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1 až 7.10 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$\text{Hodnota}_{péče_{2023}} = \text{Hodnota}_{péče_{2023,kompl}} + \text{Hodnota}_{péče_{2023,ost}}$$

a kde:

$\text{Úhr}_{amb_{2019}}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období roku 2019 podle bodů 7.1 až 7.10, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

$\text{Úhr}_{amb_{2023,kompl}}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodu 7.3, která se stanoví ve výši:

$$\begin{aligned} \text{Úhr}_{amb_{2023,kompl}} = & \max\left\{\min\left[\text{Úhr}_{amb_{2019,kompl}} * 1,21 * \text{BON}_{16/7,kompl}; \text{Hodnota}_{péče_{2023,kompl}}\right]; \right. \\ & \left. \min\left[1,21; \frac{\text{Hodnota}_{péče_{2023,kompl}} * 1,21}{\text{Hodnota}_{péče_{2019,kompl}}}\right] * \text{Úhr}_{amb_{2019,kompl}} * \text{BON}_{16/7,kompl}\right\} \end{aligned}$$

kde:

$\text{Úhr}_{amb_{2019,kompl}}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období roku 2019 podle bodu 7.3, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39

odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce, která je vypočtená takto:

$$\dot{U}hr_amb_{2019,kompl} = \dot{U}hr_amb_{2019} * \frac{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2019,kompl}}{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2019}}$$

kde:

Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2019,kompl} je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.3 v referenčním období roku 2019, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2019,kompl} = (\sum_{i=1}^n \{PB_{i,2019,kompl} * HB_{i,2023}\} + KP_{2019,kompl}) * BON_{16/7,kompl}$$

kde:

PB_{i,2019,kompl} je počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodu 7.3 poskytnuté v referenčním období roku 2019, kde $i=1$ až n , kde n je počet výkonů podle bodu 7.3, přičemž se použijí bodové hodnoty výkonů podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2023.

HB_{i,2023} je hodnota bodu příslušící danému výkonu i ve výši hodnoty bodu podle § 15 a 16, podle bodu 7.9 a podle příloh č. 2 až 8 k této vyhlášce, kde $i=1$ až m , kde m je počet výkonů podle bodů 7.1. až 7.10.

KP_{2019,kompl} je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období roku 2019 podle bodu 7.3, včetně úhrady za metody hrazené v roce 2019 za sjednanou cenu (dvě trombomutace společně, tři trombomutace společně, pět trombomutací společně, cystická fibróza 36/50 mutací, Bechtěrev HLA B27, BRCA komplet).

BON_{16/7,kompl} je bonifikace za prodloužený provozní režim, která nabývá hodnoty 1,16 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby nepřetržitě alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom ambulancním pracovišti v laboratoři a zároveň alespoň na jednom ambulancním radiodiagnostickém pracovišti, a hodnoty 1 v ostatních případech.

a kde:

Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2023,kompl} je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.3 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2023,kompl} = (\sum_{i=1}^n \{PB_{i,2023,kompl} * HB_{i,2023}\} + KP_{2023,kompl}) * BON_{16/7,kompl}$$

kde:

PB_{i,2023,kompl} 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 7.3.

KP_{2023,kompl} je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodu 7.3.

a kde:

$\dot{U}hr_amb_{2023,ost}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10, která se stanoví ve výši:

$$\dot{U}hr_amb_{2023,ost} = \begin{matrix} \max\{ \min[\dot{U}hr_amb_{2019,ost} * 1,22 * BON_{16/7,ost}; Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2023,ost}]; \\ \min \left[1,22; \frac{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2023,ost} * 1,21}{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2019,ost}} \right] * I_{zp_amb} * \dot{U}hr_amb_{2019,ost} * BON_{16/7,ost} \} \end{matrix}$$

kde:

I_{zp_amb} je index změny produkce vypočtený takto:

$$I_{zp_amb} = \max \left\{ 1; 1 + IZ_{GAUP} * \left[ARCTG \left(2,5 * \frac{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2023,ost} * 1,04}{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2019,ost}} - 1,118 \right) - 1 \right] \right\}$$

a kde:

$\dot{U}hr_amb_{2019,ost}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období roku 2019 podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a s výjimkou léčivých přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce, která je vypočtená takto:

$$\dot{U}hr_amb_{2019,ost} = \dot{U}hr_amb_{2019} * \frac{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2019,ost}}{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2019}}$$

kde:

$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2019,ost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10 v referenčním období roku 2019, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2019,ost} = \left(\sum_{i=1}^n \{ PB_{i,2019,ost} * HB_{i,2023} \} + KP_{2019,ost} \right) * BON_{16/7,ost}$$

kde:

$PB_{i,2019,ost}$ je počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté v referenčním období roku 2019, kde $i=1$ až n , kde n je počet výkonů podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10, přičemž se použijí bodové hodnoty výkonů podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2023.

$KP_{2019,ost}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období roku 2019 podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10.

$BON_{16/7,ost}$ je bonifikace za prodloužený provozní režim, která nabývá hodnoty 1,15 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby nepřetržitě alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na dvou specializovaných ambulantních pracovištích, včetně příjmových ambulancí, a hodnoty 1 v ostatních případech.

a kde:

$Hodnota_péče_{2023,ost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2023,ost} = \left(\sum_{i=1}^n \{PB_{i,2023,ost} * HB_{i,2023}\} + KP_{2023,ost} \right) * BON_{16/7,ost}$$

kde:

$PB_{i,2023,ost}$ 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 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10.

$KP_{2023,ost}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10.

a kde:

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

a) Pokud $\frac{Hodnota_péče_{2023,ost}}{Hodnota_péče_{2019,ost}} \neq 1$, potom:

$$IZ_{GAUP} = \max \left[0; \min \left(1; \frac{\left(\frac{GAUP_{2023}}{GAUP_{2019}} - 1 \right)}{0,5 * \left(\frac{Hodnota_péče_{2023,ost}}{Hodnota_péče_{2019,ost}} - 1 \right)} \right) \right]$$

b) Pokud $\frac{Hodnota_péče_{2023,ost}}{Hodnota_péče_{2019,ost}} = 1$, potom $IZ_{GAUP} = 1$.

kde:

$GAUP_{2023}$ je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v hodnoceném období vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10.

$GAUP_{2019}$ je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v referenčním období roku 2019 vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10.

7.16 Léčivé přípravky uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich jednotkové ceny v roce 2022.

7.17 V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním období roku 2019 nebo hodnoceném období hrazené služby uvedené v bodech 7.1 až 7.15 zahraničním pojištěncům nebo 50 a méně unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,47 Kč.

8. Ostatní úhrady

8.1 Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 78890 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 10 000 Kč.

8.2 Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 005 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,16 Kč.

8.3 Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09564 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 1 200 Kč.

- 8.4 Poskytovateli, který zajišťuje po celé hodnocené období paliativní péči prostřednictvím samostatného konziliárního týmu paliativní péče v rozsahu minimálně 0,5 úvazku lékaře se 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 specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, 1,0 úvazku všeobecné sestry, z toho minimálně 0,2 úvazku dětské sestry v případě paliativních 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 $K \times 2\,966\,760$ 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 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 specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, 0,5 úvazku všeobecné sestry, z toho minimálně 0,2 úvazku dětské sestry v případě paliativních 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 $K \times 1\,483\,920$ Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce. V případě, že poskytovatel má statut centra vysoce specializované onkologické péče, pojišťovna uhradí činnost až dvou konziliárních týmů paliativní péče.
- 8.5 Poskytovateli, který zajišťuje urgentní příjem a zároveň zajišťuje společně s urgentním příjmem i přidružený provoz lékařské pohotovostní služby, se zvýší úhrada o $K \times 2\,700\,000$ Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese, kde je poskytován urgentní příjem, podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce.
- 8.6 Nejpozději do 180 dnů po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli 1,70 Kč za každou uznanou položku na receptu, který vystavil v elektronické podobě v hodnoceném období, na jejímž základě došlo k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění.
- 8.7 Poskytovateli, který je v hodnoceném období součástí referenční sítě poskytovatelů akutní lůžkové péče podle § 41a zákona, se úhrada navyšuje následovně:

$$\text{Úhrada}_{\text{refsitDRG}} = K * 1000000 + 90 * \text{PočetHP}_{\text{validní,2019}}$$

kde:

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

$\text{PočetHP}_{\text{validní,2019}}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem v referenčním období roku 2019 zdravotní pojišťovně vykázaných a dle metodik Klasifikace validně sestavených, které byly použity pro výpočet relativních vah Klasifikace.

9. Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím roku 2019 se dohodnou ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.

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

B) Hrazené služby podle § 5 odst. 2

1. Úhrada následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, péče ošetrovacího dne 00005 a zvláštní lůžkové péče hospicového typu podle § 22a zákona

- a) Paušální sazba za jeden 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, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, výkony, kterými se vyazuje příjmové a propouštěcí vyšetření, a výkony agregované do ošetrovacího dne podle seznamu výkonů.
- b) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období, s výjimkou dnů hospitalizace OD 00031, 00032, 00098 a 00099, se stanoví ve výši:

$$PS_{OD,2023} = (1,1 + KN) * PS_{OD,2022}$$

kde:

$PS_{OD,2022}$ je paušální sazba za jeden den hospitalizace v roce 2022 bez navýšení úhrady plynoucích z plnění kvalitativních kritérií a restrukturalizace lůžek v roce 2022.

- c) KN je koeficient navýšení, který se stanoví součtem hodnot navýšení podle kritérií definovaných v písmenech d) a e).
- d) KN se navýší o 0,003 pro daný typ OD za každé kritérium, které poskytovatel v hodnoceném období splňuje. Zdravotní pojišťovna vyhodnotí plnění kvalitativního kritéria po skončení hodnoceného období. Jedná se o následujících 7 kritérií vázaných na daný typ OD:
- 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 a 00030,
 - (2) Nutriční terapeut – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00027, 00028 a 00030,
 - (3) Ergoterapeut – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek, pro OD 00024 a 00005,
 - (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 a 00030.
- ii. Technické vybavení:
- (1) Průměrný počet lůžek na pokoji – nejvýše 2,5 lůžka na pokoj u OD 00005, 00022, 00023 a 00024,
 - (2) Vybavení oddělení elektricky polohovatelnými lůžky – alespoň 75 % elektricky polohovatelných lůžek doložených protokolem o bezpečnostně technické kontrole u OD 00005, 00022, 00023 a 00024.

- e) U poskytovatele, který provedl nejpozději v hodnoceném období restrukturalizaci lůžek v rámci reformy psychiatrické péče podle plánu restrukturalizace, který byl schválen Ministerstvem zdravotnictví, se KN dále navýší o 0,03 pro OD 00021 a OD 00026 u kategorií pacienta 1, 2, 3 a 4 podle seznamu výkonů, vykázané do stodvacátého dne hospitalizace. Počet dní hospitalizace bude počítán od prvního dne přijetí na lůžko poskytovatele, včetně propustek. V případě, že hospitalizace započala před 1. lednem 2023, bude délka hospitalizace počítána od 1. ledna 2023.
- f) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace OD 00031, 00032, 00098 a 00099 se stanoví v hodnoceném období ve výši, která byla sjednána na rok 2022, navýšené o 8 %.
- g) V případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům se nepoužije koeficient navýšení KN podle písmen d) a e) a úhrada za OD 00021, 00026 se stanoví podle písmene b).

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 1,46 Kč pro OD 00015, 1,43 Kč pro OD 00017 a 1,41 Kč pro OD 00020.
- b) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce nad 18 let věku maximálně 90 OD 00017, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko následné intenzivní péče (dále jen „NIP“), včetně překladů na jiné pracoviště NIP poskytovatele nebo jiného poskytovatele NIP.
- c) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce do 18 let věku maximálně 365 OD 00017, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko NIP, včetně překladů na jiné pracoviště NIP poskytovatele nebo jiného poskytovatele NIP. Překročení maximálního počtu hrazených OD 00017 na jednoho unikátního pojištěnce do 18 let věku je možné jen s předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny.
- d) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce maximálně 190 OD 00020, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko dlouhodobé intenzivní 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.
- e) OD 00033 a 00035 jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,18 Kč.
- f) Výkony, kterými se vykazují příjmové a propouštěcí vyšetření budou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,42 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 1,28 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 – 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:

$$\max \{ PMUP_{ref} * \left(\sum_{j=1...m} PUM_{ho,j} \right) * 1,20 * KN; PB_{ho} * HB_{min} + KP_{ho} \}$$

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 – I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, a hodnoty 1 v ostatních případech.

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

HB_{min} je minimální hodnota bodu, která se stanoví ve výši 1,03 Kč.

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

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

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

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

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

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 poskytované 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 120 % 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 2023 hodnotu vyžádané extramurální péče v referenčním období roku 2019 oceněnou hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v referenčním období roku 2019, a zároveň
- b) pokud zdravotní pojišťovna oznámila poskytovateli nejpozději týden před započítáním revize, jestli se bude jednat o revizi náhodného vzorku případů či o revizi vybraných jednotlivých případů.

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

- a) na případy v DRG bázi, v níž poskytovatel vykázal 10 či 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:

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

nebo

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

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

nebo

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

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

kde:

CM base je součet relativních vah nebo úhradových tarifů příslušné DRG báze.

DRG base 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 2023 tyto hodnoty referenčního období roku 2019, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:

- celkovou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období roku 2019,
- celkovou úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období roku 2019, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem,

- c) počet globálních unikátních pojištěnců ošetřených v odbornostech uvedených v části A bodu 7.1, 7.2, 7.4 a 7.10.
- 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 ATC skupiny H01AC01 léčba růstovým hormonem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) vyšší než 115 % průměrné úhrady v referenčním období roku 2019 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 odbornostmi uvedenými v bodě 2.1 písm. c), indikovanou při poskytování ambulantních služeb, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem a vyžádané péče za výkony č. 82301, 82302 a 82304 podle seznamu výkonů, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) vyšší než 115 % 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 roku 2019, 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 a novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období roku 2019 ocení součinem bodové hodnoty podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2023 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 a 2 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 12 a indexů podle bodu 12. Základní kapitační sazba se stanoví ve výši:
 - a) 65 Kč pro pracoviště poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a pracoviště poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, 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) 59 Kč pro pracoviště poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, 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) 53 Kč pro pracoviště poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, který na tomto pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a) nebo b),
 - d) 58 Kč pro pracoviště poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, který na daném pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a).
2. Základní kapitační sazba:
 - a) podle bodu 1 se navýší o 1,00 Kč v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2023 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 celý rok 2023; 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 2023 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) 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. 12. 2023 a celková částka odpovídající navýšení kapitační sazby dle 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 rokem 2023 nebo předloží v průběhu roku 2023 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, praktické lékařství, pediatrie, dětské lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost a zároveň doloží, že školí lékaře (školence) v rámci vzdělávacího programu. Navýšení kapitační platby se provede od prvního dne měsíce, ve kterém došlo k písemnému oznámení o školení lékaře včetně doložení potvrzení o zařazení tohoto školence do vzdělávacího programu, nejpozději však do konce roku 2023.
3. Poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost, který do 15. března 2024 předloží zdravotní pojišťovně potvrzení poskytovatele, který zajišťuje lékařskou pohotovostní službu, že se prostřednictvím všeobecných praktických lékařů nebo praktických lékařů pro děti a dorost, kteří u něj působí jako nositelé výkonů odbornosti 001 nebo 002 podle seznamu výkonů, v hodnoceném období účastnil alespoň 10 služeb v rámci lékařské pohotovostní služby podle zákona o zdravotních službách se zvýší roční úhrada o $K \times 40\,000$ Kč, přičemž tato částka bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období,

kde:

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

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

| | | | | | | | |
|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Ústecký | 0,7 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Zlínský | 0,6 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,1 |

4. 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 BÉRCOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BÉREC) |
| 71511 | VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU |
| 71611 | VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ |

5. 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 |

6. Pro výkony nezahrnuté do kapitační platby se hodnota bodu stanoví takto:
- pro výkony č. 01021, 01022, 02021, 02022, 02031 a 02032 podle seznamu výkonů poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,40 Kč,
 - pro výkony č. 01201, 01204, 01186, 01188, 02037, 02039, 09532, 02100, 02105, 02125, 02130, 02160, 02161, 15118 a 15119 podle seznamu výkonů poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,30 Kč;
 - pro ostatní výkony nezahrnuté do kapitační platby a pro výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,26 Kč.
7. Hodnota bodu uvedená v bodě 6 se navýší o 0,04 Kč v případě, že poskytovatel příslušné zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2023 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 celý rok 2023.
8. Hodnota bodu uvedená v bodě 6 se navýší o 0,06 Kč pro pracoviště poskytovatele v případě, že poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost 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 dva dny v týdnu.
9. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,50 Kč.
10. Pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,11 Kč.

11. Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt u pacientů v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci praktického lékaře nebo praktického lékaře pro děti a dorost se stanoví úhrada ve výši 76 Kč.
12. Věkové skupiny a indexy, které vyjadřují poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let, jsou stanoveny takto:

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

13. Nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli 1,70 Kč za každou uznanou položku na receptu, který vystavil v elektronické podobě v hodnoceném období, na jejímž základě došlo k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

B) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

1. Kapitační platbu s dorovnáním kapitace tvoří kapitační platba ve výši stanovené podle bodu 1 a 2 části A a dorovnání kapitace podle bodu 2 a 3.
2. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství nebo poskytovatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost registruje v hodnoceném období, s ohledem na geografické podmínky, menší počet registrovaných přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven, než je 70 % celostátního průměrného počtu těchto pojištěnců, a poskytování hrazených služeb tímto poskytovatelem je nezbytné ke splnění povinností zdravotních pojišťoven podle § 46 odst. 1 zákona; celostátní průměrný počet přepočtených registrovaných pojištěnců pro daný kalendářní rok se stanoví podle údajů centrálního registru pojištěnců.
3. Výše dorovnání kapitace pro poskytovatele podle bodu 2 se stanoví výpočtem níže. Na úhradě dorovnání kapitace se podílí zdravotní pojišťovny, s nimiž má poskytovatel uzavřenou smlouvu, přičemž výše poměrné části dorovnání kapitace je stanovena podle poměru přepočtených registrovaných pojištěnců těchto zdravotních pojišťoven.

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

kde:

- PJP** je počet přepočtených registrovaných pojištěnců daného poskytovatele.
- CPPJP** je celostátní průměrný počet přepočtených registrovaných pojištěnců vztažený na úvazek lékaře 1,00.
- KS** je základní kapitační sazba poskytovatele podle části A bodu 1 a 2.
- DK** je dorovnávací koeficient, který se stanoví následovně:

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

4. Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se body 6 až 11 a 13 části A použijí obdobně.

C) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

Pro hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,09 Kč; pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,11 Kč.

D) Regulační omezení

1. Pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost se stanoví regulační omezení uvedená v bodech 1.1 až 1.4.
 - 1.1 Pokud průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona. Zdravotní pojišťovna při určení výše regulační srážky podle první věty přihlédne k případům, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.
 - 1.2 Pokud průměrná úhrada za zdravotnické prostředky pro inkontinentní, předepsané poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 20 % celostátní průměrné úhrady za zdravotnické prostředky pro inkontinentní, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
 - 1.3 Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů a za výkony č. 02230, 01443, 01146, 01147, 01148 a 02220 podle seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 20 % 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 a screeningu včasného záchytu karcinomu plic podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu, a dále se do vyžádané péče nezahrnují výkony č. 82301, 82302 a 82304 podle seznamu výkonů.

- 1.4 Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 20 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
2. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.
3. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní předepsané v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2023 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
4. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za zdravotnické prostředky pro inkontinentní předepsané v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2023 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
5. Regulační omezení podle bodu 1.3 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2023 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
6. Regulační omezení podle bodu 1.4 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2023 podle zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
7. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud poskytovatel v hodnoceném období registroval 50 a méně pojištěnců zdravotní pojišťovny, nebo jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.
8. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodu 1 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za kapitální platbu a výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v hodnoceném období.

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 7

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši:
 - a) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 305, 308 a 309 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,10 Kč. Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 306 podle seznamu výkonů a dále pro výkony podle kapitoly 931 seznamu výkonů poskytované poskytovateli poskytujícími hrazené služby v odbornostech 901 a 931 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 1,30 Kč.
 - b) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 901 podle seznamu výkonů s výjimkou výkonů kapitoly 931 seznamu výkonů a pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 305, 308 a 309 podle seznamu výkonů vykázané v souvislosti s výkony odbornosti 910 podle seznamu výkonů společně s OD 00041 a 00042 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,12 Kč.
 - c) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,09 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 0,84 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 1,21 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 0,85 Kč.
 - g) Pro výkony č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 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 1,30 Kč. Pro výkon č. 15446 podle seznamu výkonů, vykázaný v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta podle seznamu výkonů, poskytovaný poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 105 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,12 Kč. Pro výkony screeningů 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 1,09 Kč. Pro výkon č. 25507 podle seznamu výkonů, poskytovaný poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 205 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,09 Kč.
 - h) Hodnota bodu uvedená v písm. a) až g) se dále při splnění následujících podmínek navýší o:
 - i. 0,04 Kč, pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2023 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 jednoho měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,

- ii. 0,05 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 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“), přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek,
 - iii. 0,02 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců, u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v období od 1. ledna 2020 do 31. prosince 2022 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů, a pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav.
 - iv. 0,06 Kč pro odbornost 306 podle seznamu výkonů a pro výkony podle kapitoly 931 seznamu výkonů poskytované poskytovateli odbornosti 901 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.
 - v. 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. Do počtu ošetřených pojištěnců se nezapočítávají pojištěnci, na které byl v hodnoceném období vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
- i) Vypočtená částka odpovídající navýšení hodnoty bodu podle písm. h) bodů iii. a v. bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

2. Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní péči neuvedenou v bodě 1 se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši:
- a) Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní péči v operačních oborech podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,11 Kč.
 - b) Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní péči v odbornostech č. 105, 106, 107, 201, 205, 302, 402, 403 a 705 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,11 Kč.
 - c) Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní péči neuvedenou v písm. a) a b) se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč.
 - d) Hodnota bodu uvedená v písm. a) až c) se dále při splnění následujících podmínek navýší o:
 - i. 0,04 Kč, pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2023 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 jednoho měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů.
 - ii. 0,05 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek.
 - iii. 0,02 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců, respektive u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v období od 1. ledna 2020 do 31. prosince 2022 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů, a pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav.
3. Celková výše úhrady poskytovateli uvedenému v bodě 2 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$(1,16 + KN) * (POPzpoZ * PURO_0 + \max[PURO_0 * POPzpoMh; UHRMh - UHRMr])$$

kde:

POP_{zpoZ} 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.

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, 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.

PUR₀ 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:

$$PUR_{0} = \max \left\{ \frac{UHR_{ref}}{POP_{ref}}; \frac{(PB_{ref} + ZUM_{ROo} + ZULP_{ROo})}{POP_{ref}} \right\}$$

Kde:

UHR_{ref} je celková výše úhrady poskytovatele poskytujícího hrazené služby v odbornostech podle seznamu výkonů uvedených v bodě 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 vykazané a zdravotní pojišťovnou uznané výkony v dané odbornosti poskytnuté v referenčním období podle seznamu výkonů.

- ZUM_{ROo}** je úhrada za zvlášť účtovaný materiál v dané odbornosti za referenční období.
- ZULP_{ROo}** je úhrada za zvlášť účtované léčivé přípravky v dané odbornosti za referenční období.
- UHRMh** je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za mimořádně nákladné unikátní pojištění zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištění 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 pojištění zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištění 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) 0,04 – pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději 31. ledna 2023 doloží, 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 období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel do jednoho měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,
 - b) 0,05 – pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny

v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek,

c) 0,04 – pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců, respektive u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v období od 1. ledna 2020 do 31. prosince 2022 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů, a pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav,

d) 0,10 – pro odbornost 903 podle seznamu výkonů v případě, že v hodnoceném období 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.

4. U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou nebo neposkytoval péči v dané odbornosti, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce hodnoty za referenční období srovnatelných poskytovatelů v dané odbornosti.
5. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 3 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.
6. Výpočet celkové výše úhrady v dané odbornosti podle bodu 3 se nepoužije v případě poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 100 a méně unikátních pojištěnců při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
7. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu pro jednotlivé výkony a odbornosti ve výši podle bodů 1 a 2, přičemž podmínky pro navýšení úhrady uvedené v bodu 1 písm. h) a bodu 2 písm. d) se pro tyto služby považují za splněné a výpočet celkové výše úhrady podle bodu 3 se pro tyto služby nepoužije.
8. Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon klinického vyšetření podle seznamu výkonů u dětí ve věku od 6 do 18 let se navýší úhrada o 49 Kč. Tato úhrada se nezapočítává do výpočtu celkové výše úhrady dle bodu 3.

9. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 116 % úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.
10. Nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli 1,70 Kč za každou uznanou položku na receptu, který vystavil v elektronické podobě v hodnoceném období, na jejímž základě došlo k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

B) Regulační omezení

1. Regulační omezení uvedená v bodech 2 až 4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2023 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 zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;
 - b) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
 - c) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.
2. Pokud poskytovatel poskytující hrazené služby uvedené v části A bodu 1 dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 110 % 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 vykázan pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázan 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, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu, a dále se do vyžádané péče nezahrnují výkony č. 82301, 82302 a 82304 podle seznamu výkonů. 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 2023 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
5. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.
6. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů.
7. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny poskytovatelům specializované ambulantní péče za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období nepřevyší u této zdravotní pojišťovny součet úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
8. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2023 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
9. Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2023 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
10. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
11. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví; ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech.
12. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval nebo neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna pro účely

uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.

13. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 100 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 2 až 4. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
14. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí v případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům.
15. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
16. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodů 2 až 4 zdravotní pojišťovna vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 8

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,16 Kč.
2. Hodnota bodu uvedená v bodě 1 se dále navýší o:
 - a) 0,01 Kč, pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2023 doloží, že nejméně 50 % lékařů, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání lékařů se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období, tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel doloží zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů.
 - b) 0,01 Kč, pokud poskytovatel alespoň na jednom pracovišti poskytovatele (IČP) poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin.
 - c) 0,01 Kč, pokud poskytovatel doloží příslušné zdravotní pojišťovně do 31. prosince 2023 rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a porodnictví podle zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, které je platné po celé hodnocené období,
 - d) 0,01 Kč, pokud poskytovatel doloží certifikát ISO 9001, který je platný po celé hodnocené období.
3. V případě, že poskytovatel provedl za hodnocené období preventivní prohlídku vykázanou výkonem č. 63050 nebo č. 63021 podle seznamu výkonů alespoň u 50 % pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny, které jsou u něj registrovány k 31. prosinci 2023, bude mu úhrada za výkon č. 63021 podle seznamu výkonů vynásobena koeficientem navýšení 1,50 a úhrada za výkon č. 63050 podle seznamu výkonů vynásobena koeficientem navýšení 1,25.
4. Pro hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám se stanovuje úhrada ve výši podle písmen a) až c) a to za podmínek stanovených v písmenech d) až i):
 - a) Úhrada za hrazené služby v prvním trimestru těhotenství ve výši 1 778 Kč.
 - b) Úhrada za hrazené služby v druhém trimestru těhotenství ve výši 2 963 Kč.
 - c) Úhrada za hrazené služby v třetím trimestru těhotenství ve výši 4 149 Kč.
 - d) V případě ukončení těhotenství umělým nebo spontánním potratem bez následného provedení revize poskytovatel vykazuje signální výkon ukončení těhotenství potratem a v případě ukončení těhotenství porodem mimo zdravotnické zařízení

poskytovatel vykazuje signální výkon ukončení těhotenství mimo zdravotnické zařízení.

- e) Poskytovatel vykazuje kontakt s těhotnou pojištěnkou prostřednictvím výkonů č. 63053, 63055, 63411 nebo 63413 podle seznamu výkonů, jejichž úhrada je součástí úhrad podle písmen a) až c) a které slouží pouze jako signální výkony pro vykazování kontaktu těhotné pojištěnky s registrujícím poskytovatelem a provedení screeningového ultrazvukového vyšetření registrujícím poskytovatelem.
 - f) Podmínkou úhrady hrazených služeb podle písmen a) až c) je registrace pojištěnky u daného poskytovatele v odbornosti 603 podle seznamu výkonů a nahlášení této registrace zdravotní pojišťovně nejpozději zároveň s vykázáním těchto hrazených služeb.
 - g) U těhotných pojištěnek, u nichž se úhrada za hrazené služby stanoví podle písmen a) až c), poskytovatel v průběhu těhotenství nevykazuje výkony č. 09115, 09119, 09123, 09133, 09215, 09219, 09223, 09511, 09513, 09523, 09532, 63021, 63022, 63023, 63115, 63417 a 63532 podle seznamu výkonů, úhrada za tyto výkony je zahrnuta v úhradě podle písmen a) až c). Výkon č. 09215 podle seznamu výkonů poskytovatel vykazuje tehdy, pokud jej poskytnul v souvislosti s aplikací imunoglobulinu anti-D jako zvlášť účtovaného léčivého přípravku, jinak je též zahrnut v úhradě podle písmen a) až c).
 - h) Výkony č. 32410 a 63415 podle seznamu výkonů jsou poskytovateli v odbornosti 603 podle seznamu výkonů hrazeny s hodnotou bodu dle bodů 1 a 2, pokud byly výkony provedeny a vykázány nebo vyžádány registrujícím poskytovatelem. Pokud tyto výkony podle seznamu výkonů vykáže neregistrující poskytovatel odbornosti 603 podle seznamu výkonů bez žádanky registrujícího poskytovatele, jsou hrazeny s hodnotou bodu ve výši 0,58 Kč.
 - i) V případě, že neregistrující poskytovatel v odbornosti 603 podle seznamu výkonů vykáže v průběhu těhotenství některý z výkonů uvedených v písmenu e) a g), jsou tyto výkony hrazeny s hodnotou bodu ve výši 0,58 Kč a zároveň se tato péče odečte z celkové úhrady registrujícímu poskytovateli s hodnotou bodu ve výši 0,58 Kč. To neplatí u výkonů č. 63411 a 63413 podle seznamu výkonů, které jsou neregistrujícímu poskytovateli hrazeny s hodnotou bodu ve výši 1,16 Kč, pokud již nebyly provedeny a vykázány registrujícím poskytovatelem. Jsou-li výkony č. 63411 a 63413 podle seznamu výkonů hrazeny neregistrujícímu poskytovateli podle předchozí věty, jsou zároveň odečteny registrujícímu poskytovateli s hodnotou bodu ve výši 1,16 Kč. První věta dále neplatí u výkonů č. 63022, 63023 nebo 63417 podle seznamu výkonů, které je neregistrující poskytovatel oprávněn vykázat jako nepravidelnou péči o těhotnou pojištěnku a které jsou v takovém případě hrazeny neregistrujícímu poskytovateli s hodnotou bodu podle odstavců 1 a 2 a jejich úhrada nevstupuje do hodnoty extramurální péče registrujícího poskytovatele.
5. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornosti 603 nebo 604 podle seznamu výkonů podle bodů 1 až 4 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\text{Celková výše úhrady} = \text{NPURO}_{2021} * \text{UOP}_{2023} * (1,18 + F_{(t)} + \text{IGV} + \text{IUUV}) - \text{EM}_{2023}$$

kde:

NPURO₂₀₂₁ je průměrná úhrada za zdravotní výkony, s výjimkou úhrady za výkon č. 09543 podle seznamu výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál

a zvláště účtované léčivé přípravky a individuálně smluvně sjednaných úhrad, pokud byly v referenčním období sjednány, na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze výkony č. 09513 nebo 09511 podle seznamu výkonů.

UOP₂₀₂₃ je počet unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze výkony č. 09513 nebo 09511 podle seznamu výkonů.

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

Za těhotnou pojištěnku se pro účely vyhodnocení IGV považuje pojištěnka, na kterou byly v hodnoceném období vykázány výkony č. 63053 a 63055 podle seznamu výkonů nebo úhrada podle bodu 4 písm. a), b) nebo c). V případě, že měl poskytovatel v hodnoceném období ve své péči méně těhotných pojištěnek, než odpovídá 1,5 % z počtu RUOP₂₀₂₃ příslušné zdravotní pojišťovny, IGV se při výpočtu úhrady nepoužije.

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

Za těhotnou pojištěnku se pro účely vyhodnocení IUV považuje pojištěnka, na kterou byly v hodnoceném období vykázány výkony č. 63053 a 63055 podle seznamu výkonů nebo úhrada podle bodu 4 písm. a), b) nebo c). V případě, že měl poskytovatel v hodnoceném období ve své péči méně těhotných pojištěnek, než odpovídá 1,5 % z počtu RUOP₂₀₂₃ příslušné zdravotní pojišťovny, IUV se při výpočtu úhrady nepoužije.

EM₂₀₂₃ je celková hodnota extramurální péče o těhotné pojištěnky vypočtené podle bodu 4 písm. i). Extramurální péče bude odečtena ve výši maximálně 25 % celkové úhrady podle bodu 4 písm. a) až c).

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

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

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

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

kde:

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

$$K_{(t)} = \frac{PTEH_{2023}}{RUOP_{2023}},$$

kde:

$PTEH_{2023}$ je počet registrovaných unikátních těhotných pojištěnek, na které byl vykázán alespoň jeden z výkonů č. 63053, 63055, 63897, 63898 nebo 63899 podle seznamu výkonů nebo hrazené služby podle bodu 4 písm. a), b) nebo c).

$RUOP_{2023}$ je počet unikátních vyšetřených pojištěnek registrovaných u poskytovatele alespoň jeden den v roce 2023.

6. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,20 Kč. Pro stanovení úhrady podle první věty se body 1 až 5 nepoužijí.
7. U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
8. U poskytovatele, u kterého oproti referenčnímu období dojde v důsledku změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 5 navýší o hodnotu poskytovatelem vykazaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky vykazané k těmto výkonům. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu 1,09 Kč.
9. Zdravotní pojišťovna dále zohlední případy, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změny struktury ošetřených pojištěnců.
10. Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt u pacientů v souvislosti s klinickým vyšetřením nebo výkonů č. 63050, 63053 a 63055 podle seznamu výkonů v ordinaci poskytovatele v odbornosti 603 nebo 604 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 76 Kč.
11. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb minimálně 30 ordinálních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 5. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinálních hodin týdně se limit 50

ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.

12. Měsíční předběžná úhrada bude stanovena ve výši jedné dvanáctiny 115 % úhrady referenčního období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.
13. Nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli 1,70 Kč za každou uznanou položku na receptu, který vystavil v elektronické podobě v hodnoceném období, na jejímž základě došlo k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

B) Úhrada služeb asistované reprodukce (výkony IVF)

1. Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 613 podle seznamu výkonů jsou hrazeny podle bodu 2.
2. Pro níže uvedené hrazené služby se stanovuje úhrada ve výši:
 - a) IVF cyklus přerušovaný před odběrem oocytů 1 606 Kč,
 - b) IVF cyklus s odběrem oocytů k in vitro fertilizaci bez přenosu embryí 18 652 Kč,
 - c) Kompletní IVF cyklus s transferem embryí 38 801 Kč,
 - d) Kompletní IVF cyklus s transferem pouze jednoho embrya 38 801 Kč,
 - e) Použití darovaných oocytů při IVF cyklu 12 878 Kč,
 - f) Použití darovaných spermií při IVF cyklu a IUI 1 628 Kč,
 - g) Intrauterinní inseminace (IUI) 4 205 Kč.
 - h) Odběr a uchování zárodečných buněk – oocytů – u indikovaných pacientů 26 378 Kč,
 - i) Odběr a uchování zárodečných buněk – spermií – u indikovaných pacientů 5 488 Kč.
3. Léčivé přípravky spotřebované při poskytování hrazených služeb uvedených v bodě 1 hradí zdravotní pojišťovna jako zvlášť účtované léčivé přípravky.

C) Regulační omezení

1. Regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech je uvedena v bodech 1.1 a 1.2.
 - 1.1 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.
 - 1.2 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení

uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a výkony č. 95201, 95202 a 95203 podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2023 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

2. Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1 nebo 1.2.
3. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 přiměřeně upraví.
4. V případě, že poskytovatel v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, zdravotní pojišťovna použije pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
5. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2023 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
6. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2023 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
7. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordináčních hodin týdně, regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužije. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordináčních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců podle první věty přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
8. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 25 % úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony, snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
9. Pokud poskytovatel vykáže zdravotnický prostředek s úhradou vyšší než 15 000 Kč schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se tato úhrada do výpočtu regulačních omezení podle bodu 1.1.
10. Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí v případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 10

A. Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v segmentu radiodiagnostiky

1. Pro nasmlouvané výkony odbornosti 806 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,25 Kč.
2. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s následující hodnotou bodu:
 - 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 1,47 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,55 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 1,33 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,55 Kč.
 - b) Pro výkony č. 89611 až 89619 podle seznamu výkonů odbornosti 809 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,65 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,44 Kč. V případě, že poskytovatel doloží do 31. ledna 2024, že je po celé hodnocené období zapojen do systému elektronické distribuce obrazových dat, stanoví se hodnota bodu pro výkony podle první věty ve výši 0,67 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,44 Kč.
 - c) Pro výkony č. 89711 až 89725 podle seznamu výkonů odbornosti 809 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,65 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,44 Kč. V případě, že poskytovatel doloží do 31. ledna 2024, že je po celé hodnocené období zapojen do systému elektronické distribuce obrazových dat, stanoví se hodnota bodu pro výkony podle první věty ve výši 0,67 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,44 Kč.
 - d) Pro výkon č. 89312 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,09 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,46 Kč.
3. Pro výkony č. 89111 až 89131 podle seznamu výkonů je stanovena hodnota bodu ve výši 1,47 Kč, přičemž úhrada za tyto výkony nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4. Pro výkony č. 89663, 89664 a 89665 podle seznamu výkonů poskytnuté v odbornosti 809 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,11 Kč, přičemž úhrada za tyto výkony nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4.
4. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornostech uvedených v bodě 2 písm. a) až d) se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu. Výsledná hodnota bodu je součtem variabilní složky úhrady a fixní složky úhrady, a stanoví se pro každou odbornost a výkony uvedené v bodě 2 písm. a) až d) samostatně:

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

kde:

- HB_{red}** je výsledná hodnota bodu, která je použita v hodnoceném období pro ocenění poskytnutých výkonů.
- FS** je fixní složka úhrady podle bodu 2 písm. a) až d).
- VS** je variabilní složka úhrady, která se stanoví podle vzorce:

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

kde:

- HB** je hodnota bodu podle bodu 2 písm. a) až d) navýšená podle bodů 5 až 7.
- KN** je koeficient navýšení, který se stanoví ve výši 1,02 pro hrazené služby podle bodu 2 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 2023. Do celkového počtu bodů se nezapočítávají počty bodů za výkony č. 89111 až 89131 a 89663 až 89665 podle seznamu výkonů.
- PB_{ho}** je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období. Do celkového počtu bodů se nezapočítávají počty bodů za výkony č. 89111 až 89131 a 89663 až 89665 podle seznamu výkonů.
- UOP_{ref}** je počet unikátních pojištěnců v referenčním období, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze některý z výkonů č. 89111 až 89131 a 89663 až 89665 podle seznamu výkonů.
- UOP_{ho}** je počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze některý z výkonů č. 89111 až 89131 a 89663 až 89665 podle seznamu výkonů.

5. Hodnoty bodu uvedené v bodě 2 písm. a) a v první větě bodu 3 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 v druhé větě bodu 3 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. Hodnoty bodu uvedené v bodě 2 písm. 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.
8. Zdravotní pojišťovna sdělí poskytovatelům hrazeným podle bodu 2 písm. a) do 30. dubna 2023 následující hodnoty referenčního období:
 - a) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za výkony uvedené v bodu 3,
 - b) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za jiné výkony než výkony uvedené v bodu 3,
 - c) celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem vstupujících do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4.

9. 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.
10. Pro hrazené služby podle bodu 2 písm. a) až d) poskytované zahraničním pojištěncům a pro poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 4 nepoužije.
11. Pro hrazené služby podle bodu 2 písm. a) a d) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,49 Kč, pro hrazené služby podle bodu 2 písm. b) a c) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 0,68 Kč.
12. 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 2 písm. a) až d).
13. Měsíční předběžná úhrada za hrazené služby podle bodu 2 písm. a) až d) se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 116 % úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.

B. Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v segmentu laboratoří

1. Pro nasmlouvané výkony č. 95198, 95199, 95201, 95202 a 95203 screeningu děložního hrdla podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,24 Kč.
2. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s následující hodnotou bodu:
 - a) Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 807, 808, 812 až 815, 817 a 823 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,84 Kč pro poskytovatele, kteří jsou držiteli Osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II NASKL, nebo NASKL R3, v hodnoceném období. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 802 a 818 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,97 Kč pro poskytovatele, kteří jsou držiteli Osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II NASKL, nebo NASKL R3, v hodnoceném období. Osvědčení pro hodnocené období předloží poskytovatel nejpozději do 31. prosince 2023, přičemž hodnota bodu podle věty první nebo druhé mu bude stanovena po dobu platnosti osvědčení. Pro hrazené služby v odbornostech podle věty první a druhé poskytované poskytovateli, kteří nesplňují podmínky podle tohoto písmene, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,43 Kč. Pro výkony č. 81021, 81022 a 81023 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu 1,11 Kč a pro výkony č. 81772, 87446, 87700, 87701, 96898 a 96899 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu 1 Kč; hodnota bodu podle věty první až třetí se pro tyto výkony nepoužije.

- b) Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 816 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč. Pro výkony č. 94297 a 94298 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu 1 Kč a hodnota bodu podle věty první se nepoužije.
- c) Pro výkon č. 81733 podle seznamu výkonů je stanovena hodnota bodu ve výši 1,24 Kč, přičemž úhrada za tento výkon nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 3.
- d) Pro výkony č. 82301, 82302 a 82304 podle seznamu výkonů je stanovena hodnota bodu ve výši 1,09 Kč, přičemž úhrada za tyto výkony a za výkony preventivního screeningu na přítomnost SARS-CoV-2 metodou PCR v souvislosti s diagnózou U07.1, U69.75 nebo Z11.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí a za výkony o průkazu antigenu SARS-CoV-2 nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 3.
- e) Pro výkony podle kapitol 819 a 999 seznamu výkonů je stanovena hodnota bodu ve výši 1,26 Kč, přičemž úhrada za tyto výkony nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 3.
3. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornostech podle bodu 2 písm. a) a b) nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$POP_{icz} \times PURO_{icz} \times 1,14$$

kde:

POP_{icz} je počet unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny ošetřených poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. a) nebo b) v hodnoceném období, přičemž se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl v hodnoceném období vykázan pouze výkon podle kapitol 819 nebo 999 seznamu výkonů, a kromě pojištěnců, na které byly vykázány pouze výkony č. 09115, 82301, 82302 nebo 82304 podle seznamu výkonů v souvislosti s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí. Dále se nezahrnou pojištěnci, na které byl v hodnoceném období vykázan pouze výkon screeningového RT-PCR testování na COVID-19 v souvislosti s diagnózou U07.1, U69.75 nebo Z11.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo výkony o průkazu antigenu SARS-CoV-2.

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. a) nebo b) v referenčním období. Do PURO_{icz} se nezapočítává úhrada za výkony č. 09115, 82301, 82302 nebo 82304 podle seznamu výkonů a výkony screeningového RT-PCR testování na COVID-19 v souvislosti s diagnózou U07.1, U69.75 nebo Z11.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo výkony o průkazu antigenu SARS-CoV-2 v referenčním období.

- a) U poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornostech uvedených v bodě 2 písm. a), 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. a) stanovená takto:

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

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

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

$PB_{ref,a}$ je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v odbornostech uvedených v bodě 2 písm. a) v referenčním období.

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

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

kde:

$UHR_{ref,a}$ je celková výše úhrady poskytovatele poskytujícího hrazené služby v odbornostech uvedených v bodě 2 písm. a) v referenčním období.

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

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

kde:

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

$HB_{min,b}$ je minimální hodnota bodu stanovená ve výši 70 % hodnoty bodu odbornosti uvedené v bodě 2 písm. b) v referenčním období.

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

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

4. U odborností uvedených v bodě 2 písm. a) a b), 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. a) a b) do 30. června 2023 následující hodnoty referenčního období:
 - a) průměrnou úhradu 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. a) a b),
 - b) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů,
 - c) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za výkony podle kapitol 819 a 999 seznamu výkonů,
 - d) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v odbornostech 802 a 818 podle seznamu výkonů mimo výkony podle kapitol 819 a 999 seznamu výkonů,
 - e) celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. a) a b).
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 Osvědčení o auditu II NASKL, nebo NASKL R3, ale pro hodnocené období předloží alespoň jedno z těchto osvědčení, provede zdravotní pojišťovna přepočítání PURO_{ICZ} s použitím hodnoty bodu 0,72 Kč pro hrazené služby poskytované v odbornostech uvedených ve větě první v bodě 2 písm. a), a s použitím hodnoty bodu 0,85 Kč pro odbornosti uvedené ve větě druhé bodu 2 písm. a).
7. Pro hrazené služby podle bodu 2 písm. a) až e) poskytované zahraničním pojištěncům a pro poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 2, písm. e) a podle bodu 3 nepoužije.
8. Pro hrazené služby podle bodu 2 písm. a) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 0,97 Kč, pro hrazené služby podle bodu 2 písm. b) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč, pro hrazené služby podle bodu 2 písm. c) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,24 Kč, pro hrazené služby podle bodu 2 písm. d) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,09 Kč, pro hrazené služby podle bodu 2 písm. e) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,26 Kč.
9. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 3 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých

přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnot bodu podle bodu 2 písm. a) až e).

10. Měsíční předběžná úhrada za hrazené služby podle bodu 2 písm. a) až e) se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 116 % úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.

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 1,12 Kč.
2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby podle seznamu výkonů se pro výkony neuvedené v bodě 1 stanoví hodnota bodu ve výši:
 - a) 1,15 Kč pro odbornost 914 podle seznamu výkonů,
 - b) 1,15 Kč pro odbornost 925 podle seznamu výkonů,
 - c) 1,05 Kč pro odbornosti 916 a 921 podle seznamu výkonů.
3. V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s hlavní nebo vedlejší diagnózou C00 až C97, G09 až G99, F00 až F99, I60 až I69, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, L88, L89, L93 nebo L97 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 35 %, navyšuje se hodnota bodu pro odbornost 925 podle seznamu výkonů, která je uvedena v bodě 2, o 0,07 Kč.
4. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů celková výše úhrady poskytovateli v dané odbornosti, mimo úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$(1,19 + KN) \times POPzpoZ \times PUROo + (1,19 + KN) \times \max [PUROo \times POPzpoMh; (UHRMh - UHRMr)],$$

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 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 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 vykázán výkon č. 06349 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 vykázán výkon č. 06349 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 vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů.

KN je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

a) 0,03 – v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s vykázáním výkonem č. 06135 nebo 06137 podle seznamu výkonů na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období je alespoň 25 %,

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

c) 0,15 – 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 %.

5. Pro hrazené služby poskytované pojištěncům, na které byl poskytovatelem hrazených služeb vykázán výkon č. 06349 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 nebo v případě splnění podmínek uvedených v bodě 3 hodnotou bodu uvedenou v bodě 3.
6. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných v odbornosti 914 podle seznamu výkonů se výpočet výše úhrady dle bodu 4 a 5 nepoužije. Zdravotní služby odbornosti 914 podle seznamu výkonů jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2.
7. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu PUROo podle bodu 4 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
8. Výpočet celkové výše úhrady dle bodu 4 se nepoužije v případě poskytovatele, který ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 50 a méně unikátních pojištěnců.
9. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům se výpočet výše úhrady dle bodů 3, 4 a 5 nepoužije. Zdravotní služby poskytované zahraničním pojištěncům jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu pro výkony přepravy v návštěvní službě 1,12 Kč, a dále zdravotní výkony u odbornosti 925 ve výši 1,22 Kč a pro ostatní odbornosti dle bodu 2.
10. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši hodnoty poskytovatelem vykazaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2.
11. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.

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

1. Domácí specializovanou paliativní péčí lze vykazovat výhradně na pojištěnce v terminálním stavu.
2. Poskytovatel v odbornosti 926 podle seznamu výkonů zajistí pojištěnci veškeré potřebné hrazené služby po dobu 24 hodin 7 dní v týdnu.
3. Hrazené služby v odbornosti 926 podle seznamu výkonů poskytnuté v průběhu jednoho dne (24 hodin) jsou vykazovány agregovanými výkony č. 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů.
4. Hodnota bodu odbornosti 926 podle seznamu výkonů se stanoví ve výši 1,18 Kč, přičemž celková výše úhrady 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 v hodnoceném období.

HB je hodnota bodu odbornosti 926 podle seznamu výkonů, která činí 1,18 Kč.

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

5. 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.
6. Úhrada jiných poskytnutých hrazených služeb, 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 byl vykázan některý z výkonů č. 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů a současně byly na tyto pojištěnce vykázané 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, nebudou tyto jiné hrazené služby odečteny z úhrady poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů,
 - b) z úhrady poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů nebudou odečteny následující hrazené služby:
 - i. kapitační platba registrujícímu praktickému lékaři,
 - ii. poskytnutá stomatologická péče,
 - iii. zdravotnický materiál a léčivé přípravky, které byly předepsány před datem přijetí pacienta do péče poskytovatele,
 - iv. prohlídka zemřelého a přeprava lékaře k tomuto výkonu,
 - v. další výkony provedené na zemřelém pacientovi.
7. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům se výpočet výše úhrady podle bodů 4, 5 a 6 nepoužije. Zdravotní služby poskytované zahraničním pojištěncům jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu 1,18 Kč.
8. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc s hodnotou bodu ve výši 1,18 Kč.
9. Měsíční předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po 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 1,11 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 0,88 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:

$$(1,18 + KN) \times POPzpoZ \times PUROo + \max[(1,18 + KN) \times PUROo \times POPzpoMh; (UHRMh - UHRMr)],$$

kde:

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

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

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

poskytovatelem v referenčním období; do výpočtu PUROo nevstupují pojištěnci, na které byly vykázány v referenčním období hrazené služby s hlavní nebo vedlejší diagnózou C50, E83, F84, G20, G21, G22, G23.1 až G23.9, G35, G51 až G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90 podle mezinárodní klasifikace nemocí, dále do výpočtu PUROo nevstupuje úhrada za tyto pojištěnce v referenčním období a úhrada za výkony přepravy v návštěvní službě v referenčním období, vypočtené na základě skutečné hodnoty bodu HB_{skut} za výkony, které byly v referenčním období součástí limitace úhrady.

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 ošetřené 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 ošetřené 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 ošetřené 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 ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

KN je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

a) 0,02 – v případě, že je v hodnoceném období podíl součtu počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 21113, 21115 a 21315 podle seznamu výkonů z celkového počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů odbornosti 902 podle seznamu výkonů menší než 50 %,

b) 0,02 – v případě, že je v hodnoceném období podíl součtu počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 21221 a 21415 podle seznamu výkonů na celkovém počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů odbornosti 902 podle seznamu výkonů větší než 14 %.

c) 0,10 – v případě, že v hodnoceném období podíl počtu ošetřených 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 v hodnoceném období překročí 5 %.

d) 0,02 – v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2023 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 Unie fyzioterapeutů České republiky, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období.

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 služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady,

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

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

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

5. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že vznikl v průběhu referenčního období, nebo u poskytovatele, který ošetřil v referenčním období 50 a méně pojištěnců, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce podle bodu 4 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
6. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu podle bodů 1 a 2. Pro stanovení úhrady u zahraničních pojištěnců se body 3, 4 a 5 nepoužijí.
7. Hrazené služby poskytnuté pojištěncům, na které byly vykázány v hodnoceném období hrazené služby s hlavní nebo vedlejší diagnózou C50, E83, F84, G20, G21, G22, G23.1 až G23.9, G35, G51 až G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90 podle mezinárodní klasifikace nemocí, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2. Výše úhrady za tyto služby se nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4.

8. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 117 % úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 13

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Pro poskytovatele poskytující dialyzační péči se hodnota bodu stanoví ve výši 1,17 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 18530 a 18550 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,92 Kč.
2. Hodnota bodu podle bodu 1 se dále navýší za podmínek uvedených v písmenech a) až d) v případě, že poskytovatel čtvrtletně referuje výsledky jím poskytované dialyzační léčby.
 - a) V případě, že poskytovatel referoval data o dialyzační léčbě již za rok 2022, zdravotní pojišťovna navýší hodnotu bodu podle bodu 1 o 0,02 Kč od 1. ledna 2023.
 - b) Pokud poskytovatel za období před 1. lednem 2023 výsledky jím poskytované dialyzační léčby nereferoval, zdravotní pojišťovna mu částku odpovídající navýšení hodnoty bodu podle pravidel uvedených v písmenu a) uhradí, pokud referoval data čtvrtletně v roce 2023. Vypočtenou částku navýšení úhrady zdravotní pojišťovna poskytovateli uhradí nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.
 - c) Pokud je poskytovateli navýšena hodnota bodu podle písmene a) a poskytovatel data v roce 2023 přestal referovat, je zdravotní pojišťovna oprávněna mu úhradu podle písmene a) zpětně snížit.
 - d) Poskytovatel doložil zdravotním pojišťovnám splnění podmínek uvedených v písmenu a) nejpozději do 31. ledna 2023 a splnění podmínek uvedených v písmenu b) nejpozději do 31. ledna 2024.
3. Zdravotní pojišťovna nejpozději do 31. března 2024 vyhodnotí dohodnutá kvalitativní kritéria stanovená v části D za jednotlivá pracoviště poskytovatele. Hodnota bodu podle bodu 1 se poskytovateli v případě, že plní podmínky podle bodu 2 a dohodnutá kvalitativní kritéria, navýší o další 0,05 Kč tímto způsobem:

$$\text{Navýšení HB} = 0,05 \text{ Kč} \times \text{Ip}$$

kde:

Navýšení HB je výsledné navýšení hodnoty bodu u poskytovatele, které může dosáhnout maximální hodnoty ve výši 0,05 Kč,

IP je index produkce, který může nabývat hodnoty od 0 do 1 a který se vypočte jako:

$$\text{Ip} = \frac{\sum P_{SPL}}{\sum P_{ALL}},$$

$\sum P_{SPL}$ je součet bodů za výkony č. 18511, 18513, 18515, 18521, 18522, 18523, 18530 a 18550 podle seznamu výkonů za všechna pracoviště poskytovatele (IČP), u kterých došlo ke splnění kvalitativních kritérií, v hodnoceném období,

$\sum P_{ALL}$ je součet bodů za výkony č. 18511, 18513, 18515, 18521, 18522, 18523, 18530 a 18550 podle seznamu výkonů za všechna pracoviště poskytovatele (IČP) v hodnoceném období.

4. Vypočtenou částku navýšení úhrady podle bodu 3 zdravotní pojišťovna poskytovateli uhradí nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.
5. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se úhrada stanoví podle bodu 1.

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

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

- ii. Podmínka úhrady: Vykazuje poskytovatel v případě, že indikuje vhodného dárce ledviny.
2. Pravidla pro vykazování a úhradu hrazených služeb uvedených v bodě 1:
- a) Minimálním rozsahem péče při vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny se rozumí soubor vyšetření provedený v souladu s doporučeným postupem České transplantální 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 2023 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 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a úhrady za zvlášť účtovaný materiál vykázaný v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se

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

4. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Do vyžádané péče se dále nezahrnou náklady na pojištěnce zdravotní pojišťovny, na které byly poskytovatelem vykázány hrazené služby podle části B bodu 1 písm. a), b) nebo e). Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2023 hodnotou bodu účinnou v hodnoceném období.
5. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.
6. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny poskytovatelům specializované ambulantní péče za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období nepřevýší u příslušné zdravotní pojišťovny součet úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
7. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2023 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
8. Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužijí, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2023 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
9. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
10. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely přiměřeně upraví; ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech.
11. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových práv

vztahujících se k poskytování podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.

12. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužije, jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům, nebo pokud poskytovatel v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb pro danou odbornost.
13. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.

D) Kvalitativní kritéria poskytované dialyzační péče a jejich vyhodnocení

1) Parametry předávaných údajů

- a) Poskytovatel referuje výsledky jím poskytované pravidelné dialyzační péče za jednotlivá pracoviště (dialyzační střediska) v průběhu roku 2023 čtvrtletně, a to vždy po ukončení daného čtvrtletí. Data za poslední 3 měsíce roku 2023 referuje poskytovatel nejpozději do 31. ledna 2024.
- b) Poskytovatel referuje minimálně 90 % pojištěnců ošetřených na daném pracovišti, kteří splnili podmínky pravidelného dialyzačního léčení.
- c) Za pacienta v pravidelném dialyzačním léčení se považuje pojištěnec, u kterého jsou pravidelně prováděny výkony dialyzačních nebo hemoelimačních metod nebo peritoneální dialýzy podle seznamu výkonů, a to alespoň do 90 dní od prvního dne jejich vykázání.
- d) Poskytovatel referuje zdravotní pojišťovně informace a data o průběhu dialyzační léčby.

2) Parametry kvality léčby v pravidelném dialyzačním léčení

- a) Dohodnuté parametry kvality:

| Parametr kvality dialyzační léčby | Minimální procento referovaných pojištěnců ošetřených na pracovišti poskytovatele plnících daný parametr kvality |
|--|--|
| Hodnota Hb > 100 g/l | 70 % |
| Hodnota P < 1,8 mmol/l | 50 % |
| Hodnota KtV > 1,2 | 70 % |
| Počet transplantovaných pojištěnců a pojištěnců zařazených do čekací listiny | 7 % |

- b) Do vyhodnocení kvalitativních kritérií jsou zahrnuti pojištěnci, jimž byly poskytnuty pouze hrazené služby vykázané výkony peritoneální dialýzy podle seznamu výkonů, přičemž u těchto pojištěnců není hodnocen parametr „Hodnota KtV“.

Koeficienty poměru počtu pojištěnců

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

| OKRES | VZP | VoZP | ČPZP | OZP | ZPŠ | ZPMV | RBP |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| BENEŠOV | 0,625 | 0,065 | 0,025 | 0,081 | 0 | 0,203 | 0 |
| BEROUN | 0,448 | 0,049 | 0,335 | 0,084 | 0 | 0,083 | 0 |
| BLANSKO | 0,633 | 0,045 | 0,020 | 0,027 | 0 | 0,275 | 0,001 |
| BRNO-MĚSTO | 0,554 | 0,099 | 0,071 | 0,060 | 0 | 0,207 | 0,009 |
| BRNO-VENKOV | 0,571 | 0,082 | 0,095 | 0,047 | 0 | 0,202 | 0,003 |
| BRUNTÁL | 0,393 | 0,082 | 0,165 | 0,056 | 0 | 0,234 | 0,07 |
| BŘECLAV | 0,570 | 0,049 | 0,147 | 0,037 | 0 | 0,193 | 0,005 |
| ČESKÁ LÍPA | 0,652 | 0,123 | 0,083 | 0,040 | 0,017 | 0,084 | 0,001 |
| ČESKÉ BUDĚJOVICE | 0,568 | 0,160 | 0,032 | 0,055 | 0 | 0,185 | 0 |
| ČESKÝ KRUMLOV | 0,647 | 0,119 | 0,031 | 0,034 | 0 | 0,168 | 0 |
| DĚČÍN | 0,606 | 0,059 | 0,155 | 0,055 | 0,001 | 0,118 | 0,006 |
| DOMAŽLICE | 0,757 | 0,064 | 0,027 | 0,041 | 0 | 0,111 | 0 |
| FRÝDEK- MÍSTEK | 0,293 | 0,009 | 0,440 | 0,015 | 0 | 0,049 | 0,195 |
| HAVLÍČKŮV BROD | 0,651 | 0,048 | 0,169 | 0,038 | 0 | 0,093 | 0 |
| HODONÍN | 0,441 | 0,030 | 0,224 | 0,025 | 0 | 0,153 | 0,127 |
| HRADEC KRÁLOVÉ | 0,521 | 0,176 | 0,049 | 0,058 | 0,002 | 0,194 | 0 |
| CHEB | 0,648 | 0,101 | 0,071 | 0,053 | 0 | 0,127 | 0 |
| CHOMUTOV | 0,720 | 0,036 | 0,130 | 0,025 | 0 | 0,081 | 0,008 |
| CHRUDIM | 0,723 | 0,067 | 0,064 | 0,050 | 0 | 0,096 | 0 |
| JABLONEC NAD NISOU | 0,807 | 0,060 | 0,005 | 0,036 | 0,004 | 0,087 | 0 |
| JESENÍK | 0,480 | 0,054 | 0,349 | 0,018 | 0 | 0,091 | 0,007 |
| JIČÍN | 0,684 | 0,043 | 0,029 | 0,039 | 0,062 | 0,144 | 0 |
| JIHLAVA | 0,799 | 0,042 | 0,052 | 0,033 | 0 | 0,074 | 0 |
| JINDŘICHŮV HRADEC | 0,699 | 0,119 | 0,037 | 0,028 | 0 | 0,118 | 0 |
| KARLOVY VARY | 0,693 | 0,076 | 0,058 | 0,073 | 0 | 0,100 | 0 |
| KARVINÁ | 0,253 | 0,008 | 0,231 | 0,011 | 0 | 0,059 | 0,439 |
| KLADNO | 0,411 | 0,034 | 0,424 | 0,055 | 0 | 0,075 | 0,001 |
| KLATOVY | 0,626 | 0,091 | 0,142 | 0,043 | 0 | 0,097 | 0 |
| KOLÍN | 0,691 | 0,051 | 0,035 | 0,081 | 0,002 | 0,139 | 0,001 |
| KROMĚŘÍŽ | 0,431 | 0,044 | 0,089 | 0,032 | 0 | 0,129 | 0,275 |
| KUTNÁ HORA | 0,468 | 0,126 | 0,272 | 0,044 | 0,001 | 0,089 | 0 |
| LIBEREC | 0,713 | 0,125 | 0,011 | 0,061 | 0,005 | 0,085 | 0 |
| LITOMĚŘICE | 0,702 | 0,095 | 0,010 | 0,064 | 0 | 0,128 | 0 |

| | | | | | | | |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| LOUNY | 0,770 | 0,067 | 0,035 | 0,033 | 0 | 0,093 | 0,002 |
| MĚLNÍK | 0,651 | 0,048 | 0,039 | 0,124 | 0,014 | 0,123 | 0 |
| MLADÁ BOLESLAV | 0,234 | 0,013 | 0,004 | 0,017 | 0,709 | 0,022 | 0 |
| MOST | 0,822 | 0,011 | 0,032 | 0,025 | 0 | 0,095 | 0,015 |
| NÁCHOD | 0,654 | 0,076 | 0,082 | 0,039 | 0,003 | 0,147 | 0 |
| NOVÝ JIČÍN | 0,338 | 0,019 | 0,211 | 0,017 | 0 | 0,071 | 0,344 |
| NYMBURK | 0,608 | 0,055 | 0,067 | 0,084 | 0,052 | 0,133 | 0 |
| OLOMOUC | 0,220 | 0,154 | 0,434 | 0,035 | 0 | 0,148 | 0,009 |
| OPAVA | 0,347 | 0,017 | 0,298 | 0,029 | 0 | 0,084 | 0,225 |
| OSTRAVA | 0,217 | 0,009 | 0,392 | 0,024 | 0 | 0,090 | 0,267 |
| PARDUBICE | 0,671 | 0,100 | 0,066 | 0,057 | 0,001 | 0,106 | 0 |
| PELHŘIMOV | 0,795 | 0,037 | 0,033 | 0,035 | 0 | 0,099 | 0 |
| PÍSEK | 0,691 | 0,090 | 0,043 | 0,049 | 0 | 0,126 | 0 |
| PLZEŇ - JIH | 0,522 | 0,095 | 0,118 | 0,083 | 0 | 0,182 | 0 |
| PLZEŇ - MĚSTO | 0,522 | 0,095 | 0,118 | 0,083 | 0 | 0,182 | 0 |
| PLZEŇ - SEVER | 0,522 | 0,095 | 0,118 | 0,083 | 0 | 0,182 | 0 |
| PRAHA- HL.MĚSTO | 0,606 | 0,057 | 0,014 | 0,211 | 0,001 | 0,110 | 0,001 |
| PRAHA- VÝCHOD | 0,558 | 0,066 | 0,035 | 0,219 | 0,003 | 0,119 | 0,001 |
| PRAHA-ZÁPAD | 0,589 | 0,058 | 0,026 | 0,211 | 0,001 | 0,115 | 0 |
| PRACHATICE | 0,599 | 0,144 | 0,073 | 0,036 | 0 | 0,148 | 0 |
| PROSTĚJOV | 0,289 | 0,071 | 0,553 | 0,018 | 0 | 0,063 | 0,006 |
| PŘEROV | 0,572 | 0,100 | 0,085 | 0,038 | 0 | 0,158 | 0,047 |
| PŘÍBRAM | 0,726 | 0,063 | 0,038 | 0,052 | 0 | 0,121 | 0 |
| RAKOVNÍK | 0,566 | 0,042 | 0,221 | 0,047 | 0 | 0,123 | 0 |
| ROKYCANY | 0,522 | 0,095 | 0,118 | 0,083 | 0 | 0,182 | 0 |
| RYCHNOV NAD KNĚŽNOU | 0,563 | 0,091 | 0,020 | 0,036 | 0,154 | 0,135 | 0 |
| SEMILY | 0,745 | 0,045 | 0,016 | 0,047 | 0,062 | 0,084 | 0 |
| SOKOLOV | 0,610 | 0,068 | 0,166 | 0,050 | 0 | 0,107 | 0 |
| STRAKONICE | 0,662 | 0,118 | 0,039 | 0,050 | 0 | 0,132 | 0 |
| SVITAVY | 0,794 | 0,041 | 0,034 | 0,029 | 0 | 0,102 | 0 |
| ŠUMPERK | 0,462 | 0,029 | 0,379 | 0,029 | 0 | 0,099 | 0,001 |
| TÁBOR | 0,483 | 0,155 | 0,141 | 0,073 | 0 | 0,147 | 0 |
| TACHOV | 0,636 | 0,137 | 0,055 | 0,043 | 0 | 0,129 | 0 |
| TEPLICE | 0,714 | 0,083 | 0,059 | 0,045 | 0 | 0,094 | 0,004 |
| TRUTNOV | 0,446 | 0,049 | 0,118 | 0,054 | 0,145 | 0,189 | 0 |
| TŘEBÍČ | 0,707 | 0,063 | 0,121 | 0,019 | 0 | 0,089 | 0 |
| UHERSKÉ HRADIŠTĚ | 0,558 | 0,036 | 0,133 | 0,029 | 0 | 0,241 | 0,002 |
| ÚSTÍ NAD LABEM | 0,369 | 0,158 | 0,023 | 0,160 | 0 | 0,283 | 0,007 |
| ÚSTÍ NAD ORLICÍ | 0,529 | 0,084 | 0,112 | 0,042 | 0,002 | 0,230 | 0 |

| | | | | | | | |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|---|-------|-------|
| VSETÍN | 0,604 | 0,021 | 0,096 | 0,020 | 0 | 0,062 | 0,199 |
| VYŠKOV | 0,525 | 0,131 | 0,098 | 0,049 | 0 | 0,192 | 0,004 |
| ZLÍN | 0,754 | 0,019 | 0,144 | 0,036 | 0 | 0,041 | 0,006 |
| ZNOJMO | 0,540 | 0,052 | 0,133 | 0,018 | 0 | 0,254 | 0,002 |
| ŽDÁR NAD SÁZAVOU | 0,633 | 0,027 | 0,125 | 0,022 | 0 | 0,193 | 0 |

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

| Region | VZP | VoZP | ČPZP | OZP | ZPŠ | ZPMV | RBP |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Jihočeský kraj | 0,606 | 0,136 | 0,055 | 0,050 | 0,000 | 0,153 | 0,000 |
| Jihomoravský kraj | 0,548 | 0,075 | 0,106 | 0,043 | 0,000 | 0,207 | 0,021 |
| Plzeňský kraj + Karlovarský kraj | 0,596 | 0,091 | 0,103 | 0,067 | 0,000 | 0,143 | 0,000 |
| Královehradecký kraj + Pardubický kraj | 0,613 | 0,088 | 0,067 | 0,047 | 0,033 | 0,152 | 0,000 |
| Středočeský kraj + Praha | 0,572 | 0,055 | 0,070 | 0,154 | 0,038 | 0,110 | 0,001 |
| Kraj Vysočina | 0,712 | 0,043 | 0,103 | 0,029 | 0,000 | 0,112 | 0,000 |
| Liberecký kraj | 0,723 | 0,098 | 0,027 | 0,049 | 0,017 | 0,085 | 0,000 |
| Moravskoslezský kraj | 0,286 | 0,017 | 0,314 | 0,022 | 0,000 | 0,084 | 0,278 |
| Olomoucký kraj | 0,365 | 0,099 | 0,368 | 0,031 | 0,000 | 0,122 | 0,014 |
| Ústecký kraj | 0,666 | 0,073 | 0,066 | 0,059 | 0,000 | 0,129 | 0,006 |
| Zlínský kraj | 0,611 | 0,028 | 0,120 | 0,030 | 0,000 | 0,111 | 0,101 |

Skupiny vztahované k diagnóze podle Klasifikace s relativními váhami těchto skupin

Seznam zkratk pro části B, G a I

| 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 traumatologické 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 pro dospělé | KardioDosp |
| Centrum vysoce specializované kardiovaskulární péče pro děti | KardioDěti |

Část A

Heterogenní hrazené služby klasifikované do bází, které byly v referenčním období roku 2019 hrazeny paušální úhradou a v hodnoceném období jsou hrazeny rovněž paušální úhradou

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|-------------------|----------------------|--|-------------------------|
| 00-M01 | 00-M01-01 | Velký kardiochirurgický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitty s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů) | 16,0651 |
| 00-M01 | 00-M01-02 | Velký chirurgický výkon vyjma kardiochirurgického s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů) | 13,5434 |
| 00-M01 | 00-M01-03 | Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů) | 10,3605 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|
| 00-M01 | 00-M01-04 | Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů) | 7,2367 |
| 00-M02 | 00-M02-01 | Velký kardiologický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitty s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů) | 22,6501 |
| 00-M02 | 00-M02-02 | Velký chirurgický výkon vyjma kardiologického s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů) | 19,7581 |
| 00-M02 | 00-M02-03 | Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů) | 16,0107 |
| 00-M02 | 00-M02-04 | Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů) | 12,3385 |
| 00-M03 | 00-M03-01 | Velký kardiologický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitty s UPV 505–1008 hodin (22–42 dnů) | 32,1870 |
| 00-M03 | 00-M03-02 | Velký chirurgický výkon vyjma kardiologického s UPV 505–1008 hodin (22–42 dnů) | 28,8231 |
| 00-M03 | 00-M03-03 | Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 505–1008 hodin (22–42 dnů) | 25,5773 |
| 00-M03 | 00-M03-04 | Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 505–1008 hodin (22–42 dnů) | 24,5054 |
| 00-M04 | 00-M04-01 | Velký kardiologický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitty s UPV 1009–1800 hodin (43–75 dnů) | 57,1334 |
| 00-M04 | 00-M04-02 | Velký chirurgický výkon vyjma kardiologického s UPV 1009–1800 hodin (43–75 dnů) | 46,9543 |
| 00-M04 | 00-M04-03 | Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 1009–1800 hodin (43–75 dnů) | 45,4506 |
| 00-M04 | 00-M04-04 | Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 1009–1800 hodin (43–75 dnů) | 38,4419 |
| 00-M05 | 00-M05-01 | Velký kardiologický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitty s UPV 1801 a více hodin (76 a více dnů) | 63,1213 |
| 00-M05 | 00-M05-02 | Velký chirurgický výkon vyjma kardiologického s UPV 1801 a více hodin (76 a více dnů) | 63,1213 |
| 00-M05 | 00-M05-03 | Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 1801 a více hodin (76 a více dnů) | 63,1213 |
| 00-M05 | 00-M05-04 | Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 1801 a více hodin (76 a více dnů) | 63,1213 |
| 01-C01 | 01-C01-01 | Aplikace více než 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy | 5,9937 |
| 01-C01 | 01-C01-02 | Aplikace 90 až 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy | 3,5868 |
| 01-C01 | 01-C01-03 | Aplikace 45 až 90 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy | 1,6600 |
| 01-C01 | 01-C01-04 | Aplikace 25 až 45 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy | 0,9052 |
| 01-C01 | 01-C01-05 | Aplikace 15 až 25 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy | 0,8292 |
| 01-C01 | 01-C01-06 | Aplikace méně než 15 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy | 0,7777 |
| 01-C02 | 01-C02-01 | Trombolýza pomocí rt-PA v komplexním CVSP u pacientů s CC=1-4 | 2,5163 |
| 01-C02 | 01-C02-02 | Trombolýza pomocí rt-PA v komplexním CVSP u pacientů s CC=0 | 1,6685 |
| 01-C02 | 01-C02-03 | Trombolýza pomocí rt-PA mimo komplexní CVSP u pacientů s CC=1-4 | 1,9196 |
| 01-C02 | 01-C02-04 | Trombolýza pomocí rt-PA mimo komplexní CVSP u pacientů s CC=0 | 1,4347 |
| 01-C03 | 01-C03-01 | Cílená léčba pro novotvary nervové soustavy | 0,3346 |
| 01-C03 | 01-C03-02 | Chemoterapie pro novotvary nervové soustavy | 1,0333 |
| 01-C04 | 01-C04-01 | Cílená léčba pro autoimunitní onemocnění nervové soustavy | 0,2271 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|
| 01-C04 | 01-C04-02 | Chemoterapie pro autoimunitní onemocnění nervové soustavy | 0,2936 |
| 01-D01 | 01-D01-01 | Dlouhodobý EEG video monitoring pro epilepsii v CVSP | 1,1859 |
| 01-D01 | 01-D01-02 | Dlouhodobý EEG video monitoring mimo CVSP | 0,4462 |
| 01-D01 | 01-D01-03 | Jiný dlouhodobý diagnostický monitoring | 0,1620 |
| 01-I13 | 01-I13-00 | Chirurgické uvolnění mononeuropatie horní končetiny | 0,3840 |
| 01-K01 | 01-K01-01 | Autoimunitní onemocnění centrální nervové soustavy u pacientů s CC=1-4 | 0,9234 |
| 01-K01 | 01-K01-02 | Autoimunitní onemocnění centrální nervové soustavy u pacientů s CC=0 | 0,4439 |
| 01-K02 | 01-K02-01 | Bakteriální neuroinfekce nebo herpetická meningoencefalitida u pacientů s CC=2-4 | 2,7972 |
| 01-K02 | 01-K02-02 | Bakteriální neuroinfekce nebo herpetická meningoencefalitida u pacientů s CC=0-1 | 2,0105 |
| 01-K02 | 01-K02-03 | Jiná infekční onemocnění nervové soustavy u pacientů s CC=2-4 | 2,1115 |
| 01-K02 | 01-K02-04 | Jiná infekční onemocnění nervové soustavy u pacientů s CC=0-1 | 1,2504 |
| 01-K03 | 01-K03-01 | Epilepsie v CVSP u pacientů s CC=3-4 | 2,4579 |
| 01-K03 | 01-K03-02 | Epilepsie v CVSP u pacientů s CC=1-2 | 1,4059 |
| 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 | 0,9507 |
| 01-K03 | 01-K03-04 | Epilepsie v CVSP u pacientů ve věku 18-74 let s CC=0 | 0,5793 |
| 01-K03 | 01-K03-05 | Epilepsie mimo CVSP u pacientů s CC=3-4 | 1,6965 |
| 01-K03 | 01-K03-06 | Epilepsie mimo CVSP u pacientů s CC=1-2 | 0,8566 |
| 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 | 0,6000 |
| 01-K03 | 01-K03-08 | Epilepsie mimo CVSP u pacientů ve věku 18-74 let s CC=0 | 0,3843 |
| 01-K04 | 01-K04-01 | Neurodegenerativní onemocnění u pacientů s CC=1-4 | 1,1131 |
| 01-K04 | 01-K04-02 | Neurodegenerativní onemocnění u pacientů s CC=0 | 0,8021 |
| 01-K05 | 01-K05-01 | Hydrocefalus u pacientů s CC=1-4 | 0,9038 |
| 01-K05 | 01-K05-02 | Hydrocefalus u pacientů s CC=0 | 0,5794 |
| 01-K06 | 01-K06-00 | Poruchy spánku | 0,1536 |
| 01-K07 | 01-K07-01 | Poruchy mozkových nervů u dětí do 18 let věku | 1,3153 |
| 01-K07 | 01-K07-02 | Poruchy mozkových nervů u pacientů ve věku 18 a více let nebo jiná bolest hlavy u pacientů s CC=1-4 | 0,6387 |
| 01-K07 | 01-K07-03 | Jiné bolesti hlavy u pacientů s CC=0 | 0,4885 |
| 01-K08 | 01-K08-01 | Neuropatie a onemocnění motoneuronu u pacientů s CC=1-4 | 1,2397 |
| 01-K08 | 01-K08-02 | Neuropatie a onemocnění motoneuronu (mimo mononeuropatie horní končetiny) u pacientů s CC=0 | 0,6116 |
| 01-K08 | 01-K08-03 | Mononeuropatie horní končetiny u pacientů s CC=0 | 0,3914 |
| 01-K09 | 01-K09-01 | Onemocnění nervosvalového přenosu u pacientů s CC=1-4 | 1,3915 |
| 01-K09 | 01-K09-02 | Onemocnění nervosvalového přenosu u pacientů s CC=0 | 0,6429 |
| 01-K10 | 01-K10-01 | Mozkový infarkt v komplexním CVSP u pacientů s CC=3-4 | 2,6548 |
| 01-K10 | 01-K10-02 | Mozkový infarkt v komplexním CVSP u pacientů s CC=1-2 | 1,6200 |
| 01-K10 | 01-K10-03 | Mozkový infarkt v komplexním CVSP u pacientů s CC=0 | 1,0443 |
| 01-K10 | 01-K10-04 | Mozkový infarkt v CVSP u pacientů s CC=3-4 | 1,8692 |
| 01-K10 | 01-K10-05 | Mozkový infarkt v CVSP u pacientů s CC=1-2 | 1,2456 |
| 01-K10 | 01-K10-06 | Mozkový infarkt v CVSP u pacientů s CC=0 | 0,8091 |
| 01-K10 | 01-K10-07 | Mozkový infarkt mimo CVSP | 0,7300 |
| 01-K11 | 01-K11-01 | Netraumatické intrakraniální krvácení v komplexním CVSP u pacientů s CC=3-4 | 3,2582 |
| 01-K11 | 01-K11-02 | Netraumatické intrakraniální krvácení v komplexním CVSP u pacientů s CC=1-2 | 2,2850 |
| 01-K11 | 01-K11-03 | Netraumatické intrakraniální krvácení v komplexním CVSP u pacientů s CC=0 | 1,6459 |
| 01-K11 | 01-K11-04 | Netraumatické intrakraniální krvácení v CVSP u pacientů s CC=3-4 | 2,9128 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|
| 01-K11 | 01-K11-05 | Netraumatické intrakraniální krvácení v CVSP u pacientů s CC=1-2 | 1,8258 |
| 01-K11 | 01-K11-06 | Netraumatické intrakraniální krvácení v CVSP u pacientů s CC=0 | 1,5367 |
| 01-K11 | 01-K11-07 | Netraumatické intrakraniální krvácení mimo CVSP | 1,1706 |
| 01-K12 | 01-K12-01 | Jiná cévní onemocnění mozku a míchy v komplexním CVSP | 0,7378 |
| 01-K12 | 01-K12-02 | Jiná cévní onemocnění mozku a míchy v CVSP | 0,5129 |
| 01-K12 | 01-K12-03 | Jiná cévní onemocnění mozku a míchy mimo CVSP | 0,3983 |
| 01-K13 | 01-K13-01 | Novotvary mozku a mozkových plen v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,1158 |
| 01-K13 | 01-K13-02 | Novotvary mozku a mozkových plen v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,7390 |
| 01-K13 | 01-K13-03 | Novotvary mozku a mozkových plen mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,9022 |
| 01-K13 | 01-K13-04 | Novotvary mozku a mozkových plen mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,6273 |
| 01-K14 | 01-K14-00 | Novotvary periferních nervů | 1,3366 |
| 01-K15 | 01-K15-00 | Vrozené vady nervové soustavy | 0,6167 |
| 01-K16 | 01-K16-01 | Závažná kraniocerebrální poranění v CVSP u pacientů s CC=3-4 | 2,5273 |
| 01-K16 | 01-K16-02 | Závažná kraniocerebrální poranění v CVSP u pacientů s CC=0-2 | 1,0113 |
| 01-K16 | 01-K16-03 | Závažná kraniocerebrální poranění mimo CVSP u pacientů s CC=3-4 | 1,9238 |
| 01-K16 | 01-K16-04 | Závažná kraniocerebrální poranění mimo CVSP u pacientů s CC=0-2 | 0,8041 |
| 01-K16 | 01-K16-05 | Zlomeniny lebky | 0,6265 |
| 01-K16 | 01-K16-06 | Otřes mozku | 0,2726 |
| 01-K17 | 01-K17-00 | Poranění periferních nervů | 0,6474 |
| 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 | 3,0190 |
| 01-K18 | 01-K18-02 | Jiná onemocnění a poruchy nervové soustavy u pacientů s CC=3 | 1,8125 |
| 01-K18 | 01-K18-03 | Jiná onemocnění a poruchy nervové soustavy u pacientů s CC=1-2 | 0,9426 |
| 01-K18 | 01-K18-04 | Jiná onemocnění a poruchy nervové soustavy u pacientů s CC=0 | 0,5488 |
| 01-M04 | 01-M04-00 | Léčebná výměnná plazmaferéza pro onemocnění nervové soustavy | 4,0046 |
| 01-R02 | 01-R02-01 | Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT | 6,1184 |
| 01-R02 | 01-R02-02 | Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT | 5,2055 |
| 01-R02 | 01-R02-03 | Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT | 3,3482 |
| 01-R02 | 01-R02-04 | Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT | 2,9695 |
| 01-R02 | 01-R02-05 | Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 2,2343 |
| 01-R02 | 01-R02-06 | Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,8378 |
| 01-R02 | 01-R02-07 | Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 1,6893 |
| 01-R02 | 01-R02-08 | Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,3533 |
| 02-C01 | 02-C01-00 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar oka a očních adnex | 0,8991 |
| 02-I09 | 02-I09-01 | Filtrační operace pro glaukom u dětí do 18 let | 1,7458 |
| 02-I09 | 02-I09-02 | Implantace drenážního implantátu pro glaukom u pacientů ve věku 18 a více let | 0,9864 |
| 02-I09 | 02-I09-03 | Filtrační operace pro glaukom u pacientů ve věku 18 a více let | 0,8909 |
| 02-I12 | 02-I12-01 | Jiný chirurgický výkon na oku nebo očnici pro zánět nebo u dětí do 6 let | 1,4637 |
| 02-I12 | 02-I12-02 | Jiný chirurgický výkon na oku pro jiné hlavní diagnózy u pacientů ve věku 6 a více let | 0,8103 |
| 02-I13 | 02-I13-01 | Malý chirurgický výkon na očních adnexech se závažnou hlavní diagnózou nebo u dětí do 6 let | 0,6406 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|
| 02-I13 | 02-I13-02 | Malý chirurgický výkon na očních adnexech pro jiné hlavní diagnózy u pacientů ve věku 6 a více let | 0,4260 |
| 02-K01 | 02-K01-01 | Zánětlivá onemocnění oka u pacientů s CC=2-4 | 1,2590 |
| 02-K01 | 02-K01-02 | Zánětlivá onemocnění oka u pacientů s CC=0-1 | 0,9115 |
| 02-K02 | 02-K02-01 | Závažná zánětlivá onemocnění očních adnex a očníce | 0,9170 |
| 02-K02 | 02-K02-02 | Ostatní zánětlivá onemocnění očních adnex a očníce | 0,6495 |
| 02-K03 | 02-K03-00 | Funkční poruchy rohovky | 0,5894 |
| 02-K04 | 02-K04-00 | Funkční poruchy čočky | 0,3780 |
| 02-K05 | 02-K05-01 | Funkční poruchy sklivce, sítnice a cévnatky u dětí do 18 let nebo sítnicové cévní uzávěry | 0,6902 |
| 02-K05 | 02-K05-02 | Ostatní funkční poruchy sklivce, sítnice a cévnatky u pacientů ve věku 18 a více let | 0,4171 |
| 02-K06 | 02-K06-01 | Glaukom u dětí do 18 let | 0,6405 |
| 02-K06 | 02-K06-02 | Glaukom u pacientů ve věku 18 a více let | 0,3343 |
| 02-K07 | 02-K07-01 | Paralytický strabismus | 0,7812 |
| 02-K07 | 02-K07-02 | Ostatní funkční poruchy očních adnex | 0,5574 |
| 02-K08 | 02-K08-00 | Novotvary oka, očních adnex a očníce | 0,5630 |
| 02-K09 | 02-K09-00 | Oční traumata | 0,4926 |
| 02-K10 | 02-K10-00 | Vrozené vady oka, očních adnex a očníce | 0,4589 |
| 02-K11 | 02-K11-01 | Onemocnění zrakového nervu a zrakových drah | 0,8764 |
| 02-K11 | 02-K11-02 | Jiné onemocnění oka, očních adnex nebo očníce | 0,5680 |
| 02-M01 | 02-M01-01 | Laserová a koagulační léčba u dětí do 18 let | 0,7180 |
| 02-M01 | 02-M01-02 | Laserová a koagulační léčba u pacientů ve věku 18 a více let | 0,6317 |
| 02-R03 | 02-R03-01 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT | 6,1184 |
| 02-R03 | 02-R03-02 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT | 5,1394 |
| 02-R03 | 02-R03-03 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT | 3,3998 |
| 02-R03 | 02-R03-04 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT | 2,7991 |
| 02-R03 | 02-R03-05 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 2,3582 |
| 02-R03 | 02-R03-06 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,9003 |
| 02-R03 | 02-R03-07 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 1,6324 |
| 02-R03 | 02-R03-08 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,1862 |
| 03-C01 | 03-C01-01 | Cílená léčba pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku | 0,4381 |
| 03-C01 | 03-C01-02 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku | 0,4580 |
| 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 | 1,9895 |
| 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 | 1,0794 |
| 03-I19 | 03-I19-01 | Jiný výkon v ústní dutině, hltanu nebo na čelisti u pacientů s CC=3-4 | 2,5439 |
| 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 | 0,7134 |
| 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 | 0,5342 |
| 03-I21 | 03-I21-00 | Odstranění hltanové mandle | 0,4245 |
| 03-I22 | 03-I22-01 | Endoskopický výkon na hrtanu pro novotvar | 0,6249 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|
| 03-I22 | 03-I22-02 | Endoskopický výkon na hrtanu pro onemocnění mimo novotvar | 0,4981 |
| 03-I23 | 03-I23-01 | Jiný endonazální výkon pro zhoubný novotvar nosu nebo nosních dutin nebo u pacientů s CC=3-4 | 1,0173 |
| 03-I23 | 03-I23-02 | Jiný endonazální výkon pro onemocnění nosu a nosních dutin mimo zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2 | 0,5861 |
| 03-I24 | 03-I24-00 | Extrakce zubu nebo preprotetická úprava alveolu | 0,4090 |
| 03-I25 | 03-I25-00 | Tracheostomie | 1,5998 |
| 03-K01 | 03-K01-01 | Záněty ucha mimo nehnisavý zánět středního ucha | 0,6077 |
| 03-K01 | 03-K01-02 | Nehnisavý zánět středního ucha | 0,3737 |
| 03-K02 | 03-K02-01 | Záněty horních cest dýchacích a hrtanu s CC=3-4 | 1,2104 |
| 03-K02 | 03-K02-02 | Záněty horních cest dýchacích a hrtanu u pacientů ve věku 65 a více let nebo s CC=1-2 | 0,5854 |
| 03-K02 | 03-K02-03 | Záněty horních cest dýchacích a hrtanu u pacientů do 65 let věku s CC=0 | 0,3405 |
| 03-K03 | 03-K03-01 | Záněty úst, ústní dutiny a čelisti u pacientů s CC=2-4 | 1,5464 |
| 03-K03 | 03-K03-02 | Záněty úst, ústní dutiny a čelisti u pacientů s CC=0-1 | 0,5195 |
| 03-K04 | 03-K04-01 | Funkční a strukturální poruchy ucha u pacientů ve věku 18 a více let | 0,4665 |
| 03-K04 | 03-K04-02 | Funkční a strukturální poruchy ucha u dětí do 18 let věku | 0,4965 |
| 03-K05 | 03-K05-00 | Funkční a strukturální poruchy nosu a nosních dutin | 0,3500 |
| 03-K06 | 03-K06-01 | Akutní záněty krčních mandlí | 0,4713 |
| 03-K06 | 03-K06-02 | Nemoci mandlí a adenoidní tkáně mimo akutní záněty | 0,3262 |
| 03-K07 | 03-K07-00 | Funkční a strukturální poruchy hrtanu | 0,3927 |
| 03-K08 | 03-K08-00 | Nezánětlivé nemoci úst, ústní dutiny a čelisti | 0,4564 |
| 03-K09 | 03-K09-01 | Zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní a krku v CVSP | 0,5825 |
| 03-K09 | 03-K09-02 | Zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní a krku mimo CVSP | 0,4034 |
| 03-K10 | 03-K10-01 | Novotvary ucha, nosu, dutiny ústní a krku mimo zhoubné | 0,4666 |
| 03-K10 | 03-K10-02 | Polypy nosu a hrdla | 0,3548 |
| 03-K11 | 03-K11-00 | Vrozené vady ucha, nosu, dutiny ústní a krku | 0,4456 |
| 03-K12 | 03-K12-01 | Traumata ucha, nosu, dutiny ústní a krku v CVSP | 0,3714 |
| 03-K12 | 03-K12-02 | Traumata ucha, nosu, dutiny ústní a krku mimo CVSP | 0,3383 |
| 03-K13 | 03-K13-01 | Jiné nemoci ucha, nosu, dutiny ústní a krku u pacientů s CC=1-4 | 0,5904 |
| 03-K13 | 03-K13-02 | Jiné nemoci ucha, nosu, dutiny ústní a krku u pacientů s CC=0 | 0,2461 |
| 03-R01 | 03-R01-01 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT | 6,5094 |
| 03-R01 | 03-R01-02 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT | 5,1779 |
| 03-R01 | 03-R01-03 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT | 3,6974 |
| 03-R01 | 03-R01-04 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT | 2,7326 |
| 03-R01 | 03-R01-05 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 2,4363 |
| 03-R01 | 03-R01-06 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,8582 |
| 03-R01 | 03-R01-07 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 1,6560 |
| 03-R01 | 03-R01-08 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,0805 |
| 03-R02 | 03-R02-01 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ústní dutiny, hltanu nebo nosohltanu v rámci 2 a více ozařovacích dnů | 2,0904 |
| 03-R02 | 03-R02-02 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ústní dutiny, hltanu nebo nosohltanu v rámci 1 ozařovacího dne | 0,4526 |
| 04-C01 | 04-C01-01 | Trombolýza pomocí rt-PA pro plicní embolii u pacientů s CC=1-4 | 1,9531 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|
| 04-C01 | 04-C01-02 | Trombolýza pomocí rt-PA pro plicní embolii u pacientů s CC=0 | 1,3447 |
| 04-C02 | 04-C02-01 | Cílená léčba pro zhoubný novotvar dýchací soustavy | 0,2603 |
| 04-C02 | 04-C02-02 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy | 0,3607 |
| 04-I08 | 04-I08-01 | Opakovaná hrudní drenáž nebo hrudní drenáž u pacientů s CC=4 | 3,0463 |
| 04-I08 | 04-I08-02 | Hrudní drenáž otevřeným přístupem nebo thorakoskopicky u pacientů s CC=0-3 | 2,0313 |
| 04-I08 | 04-I08-03 | Klasická nebo perkutánní hrudní drenáž u pacientů s CC=1-3 | 1,6777 |
| 04-I08 | 04-I08-04 | Klasická nebo perkutánní hrudní drenáž u pacientů s CC=0 | 0,9080 |
| 04-I09 | 04-I09-01 | Diagnostický chirurgický výkon nebo odstranění mizních uzlin pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=1-4 | 2,6951 |
| 04-I09 | 04-I09-02 | Diagnostický chirurgický výkon nebo odstranění mizních uzlin pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=0 | 0,8908 |
| 04-I10 | 04-I10-01 | Chirurgický výkon pro ošetření tracheostomie bez jejího uzavření | 1,0882 |
| 04-I10 | 04-I10-02 | Chirurgický výkon pro ošetření tracheostomie s jejím uzavřením | 0,6702 |
| 04-K01 | 04-K01-01 | Tuberkulóza u dětí do 18 let věku nebo u pacientů s CC=1-4 | 1,3352 |
| 04-K01 | 04-K01-02 | Tuberkulóza u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0 | 0,5868 |
| 04-K02 | 04-K02-01 | Časně úmrtí do 2 dnů pro zánět plic | 0,1798 |
| 04-K02 | 04-K02-02 | Záněty plic u pacientů s CC=4 nebo s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) | 2,8617 |
| 04-K02 | 04-K02-03 | Záněty plic u pacientů s CC=2-3 | 1,2980 |
| 04-K02 | 04-K02-04 | Záněty plic u pacientů s CC=0-1 | 0,8210 |
| 04-K03 | 04-K03-01 | Záněty průdušnice, průdušek a průdušinek u pacientů s CC=3-4 | 1,3734 |
| 04-K03 | 04-K03-02 | Záněty průdušnice, průdušek a průdušinek u pacientů s CC=1-2 | 0,8081 |
| 04-K03 | 04-K03-03 | Záněty průdušnice, průdušek a průdušinek u pacientů s CC=0 | 0,5651 |
| 04-K04 | 04-K04-01 | Astma u pacientů s CC=2-4 | 1,0286 |
| 04-K04 | 04-K04-02 | Astma u pacientů s CC=0-1 | 0,5239 |
| 04-K05 | 04-K05-01 | Časně úmrtí do 2 dnů pro plicní embolii | 0,4176 |
| 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) | 1,4464 |
| 04-K05 | 04-K05-03 | Plicní embolie v CVSP u pacientů bez akutního cor pulmonale s CC=0-2 | 0,7404 |
| 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) | 1,0978 |
| 04-K05 | 04-K05-05 | Plicní embolie mimo CVSP u pacientů bez akutního cor pulmonale s CC=0-2 | 0,6096 |
| 04-K06 | 04-K06-01 | Chronická obstrukční plicní nemoc u pacientů s CC=4 | 2,1379 |
| 04-K06 | 04-K06-02 | Chronická obstrukční plicní nemoc u pacientů s CC=2-3 | 1,0128 |
| 04-K06 | 04-K06-03 | Chronická obstrukční plicní nemoc u pacientů s CC=0-1 | 0,6319 |
| 04-K07 | 04-K07-01 | Intersticiální plicní nemoc u pacientů s CC=4 | 2,1056 |
| 04-K07 | 04-K07-02 | Intersticiální plicní nemoc u pacientů s CC=2-3 | 1,1276 |
| 04-K07 | 04-K07-03 | Intersticiální plicní nemoc u pacientů s CC=0-1 | 0,6214 |
| 04-K08 | 04-K08-01 | Časně úmrtí do 2 dnů pro respirační selhání | 0,5196 |
| 04-K08 | 04-K08-02 | Respirační selhání u pacientů s CC=4 | 2,8220 |
| 04-K08 | 04-K08-03 | Respirační selhání u pacientů s CC=2-3 | 1,8479 |
| 04-K08 | 04-K08-04 | Respirační selhání u pacientů s CC=0-1 | 0,8919 |
| 04-K09 | 04-K09-01 | Časně úmrtí do 2 dnů pro zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku | 0,1289 |
| 04-K09 | 04-K09-02 | Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,1550 |
| 04-K09 | 04-K09-03 | Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,6560 |
| 04-K09 | 04-K09-04 | Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,9721 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|
| 04-K09 | 04-K09-05 | Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,5160 |
| 04-K10 | 04-K10-01 | Novotvary dýchací soustavy mimo zhoubné u pacientů s CC=2-4 | 0,7847 |
| 04-K10 | 04-K10-02 | Novotvary dýchací soustavy mimo zhoubné u pacientů s CC=0-1 | 0,4190 |
| 04-K11 | 04-K11-01 | Cystická fibróza u pacientů ve věku 16 a více let | 1,7440 |
| 04-K11 | 04-K11-02 | Cystická fibróza u dětí do 16 let věku | 1,5955 |
| 04-K12 | 04-K12-00 | Vrozené vady dýchací soustavy mimo cystickou fibrózu | 0,4820 |
| 04-K13 | 04-K13-01 | Trauma dýchací soustavy a hrudníku v CVSP | 0,6992 |
| 04-K13 | 04-K13-02 | Trauma dýchací soustavy a hrudníku mimo CVSP | 0,4565 |
| 04-K14 | 04-K14-01 | Pneumotorax a hemotorax u pacientů s CC=3-4 | 2,1053 |
| 04-K14 | 04-K14-02 | Pneumotorax a hemotorax u pacientů s CC=1-2 | 1,1142 |
| 04-K14 | 04-K14-03 | Pneumotorax a hemotorax u pacientů s CC=0 | 0,7665 |
| 04-K15 | 04-K15-01 | Jiné nemoci dýchací soustavy u pacientů s CC=4 | 2,5967 |
| 04-K15 | 04-K15-02 | Plicní edém nebo jiné nemoci dýchací soustavy u pacientů s CC=2-3 | 1,1830 |
| 04-K15 | 04-K15-03 | Jiné nemoci dýchací soustavy u pacientů s CC=0-1 | 0,4979 |
| 04-M01 | 04-M01-01 | Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 1801 a více hodin (76 a více dní) | 63,1213 |
| 04-M01 | 04-M01-02 | Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 1009-1800 hodin (43-75 dní) | 38,4419 |
| 04-M01 | 04-M01-03 | Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 505-1008 hodin (22-42 dní) | 18,1923 |
| 04-M01 | 04-M01-04 | Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 241-504 hodin (11-21 dní) | 10,9516 |
| 04-M01 | 04-M01-05 | Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 97-240 hodin (5-10 dní) | 6,4522 |
| 04-M01 | 04-M01-06 | Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 25-96 hodin (2-4 dny) u pacientů s CC=3-4 | 3,6739 |
| 04-M01 | 04-M01-07 | Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 25-96 hodin (2-4 dny) u pacientů s CC=0-2 | 3,2717 |
| 04-M02 | 04-M02-01 | Endoskopické zavedení endobronchiální chlopně pro chronickou obstrukční plicní nemoc | 5,3639 |
| 04-M02 | 04-M02-02 | Endoskopická dilatace stenóz pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=1-4 | 2,1416 |
| 04-M02 | 04-M02-03 | Endoskopický výkon mimo dilatace pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=1-4 | 1,4714 |
| 04-M02 | 04-M02-04 | Endoskopický výkon pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=0 | 0,8470 |
| 04-R02 | 04-R02-01 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT | 6,0732 |
| 04-R02 | 04-R02-02 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT | 5,1438 |
| 04-R02 | 04-R02-03 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT | 3,3015 |
| 04-R02 | 04-R02-04 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT | 2,3214 |
| 04-R02 | 04-R02-05 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 2,2791 |
| 04-R02 | 04-R02-06 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,5455 |
| 04-R02 | 04-R02-07 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 1,4739 |
| 04-R02 | 04-R02-08 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,0724 |
| 04-R03 | 04-R03-01 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů | 1,8782 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|
| 04-R03 | 04-R03-02 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v rámci 1 ozařovacího dne | 0,4832 |
| 05-D01 | 05-D01-01 | Elektrofyzilogické vyšetření nebo implantace arytmiického záznamníku se srdeční katetrizací | 2,3754 |
| 05-D01 | 05-D01-02 | Implantace arytmiického záznamníku | 1,6551 |
| 05-D01 | 05-D01-03 | Elektrofyzilogické vyšetření | 1,0057 |
| 05-D01 | 05-D01-04 | Jiná invazivní diagnostika pro srdeční zástavu nebo šok nebo u pacientů s CC=3-4 | 2,6102 |
| 05-D01 | 05-D01-05 | Jiná invazivní diagnostika pro závažné onemocnění oběhové soustavy mimo zástavu nebo šok u pacientů s CC=2 | 1,4167 |
| 05-D01 | 05-D01-06 | Jiná invazivní diagnostika pro závažné onemocnění oběhové soustavy mimo zástavu nebo šok u pacientů s CC=0-1 | 0,7571 |
| 05-D01 | 05-D01-07 | Jiná invazivní diagnostika pro jinou nemoc oběhové soustavy u pacientů s CC=2 | 0,5930 |
| 05-D01 | 05-D01-08 | Jiná invazivní diagnostika pro jinou nemoc oběhové soustavy u pacientů s CC=0-1 | 0,4316 |
| 05-I20 | 05-I20-01 | Opakovaný chirurgický výkon pro nemoc periferních cév v CVSP u pacientů s CC=1-4 | 5,1656 |
| 05-I20 | 05-I20-02 | Opakovaný chirurgický výkon pro nemoc periferních cév v CVSP u pacientů s CC=0 | 3,7752 |
| 05-I20 | 05-I20-03 | Opakovaný chirurgický výkon pro nemoc periferních cév mimo CVSP | 3,6438 |
| 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 | 4,0898 |
| 05-I23 | 05-I23-02 | Amputace části končetiny mimo prsty pro nemoc periferních cév v CVSP u pacientů s CC=0-2 | 2,4088 |
| 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 | 2,6448 |
| 05-I23 | 05-I23-04 | Amputace části končetiny mimo prsty pro nemoc periferních cév mimo CVSP u pacientů s CC=0-2 | 1,6861 |
| 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 | 1,8437 |
| 05-I27 | 05-I27-02 | Jiný chirurgický výkon pro nemoc oběhové soustavy v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 1,0731 |
| 05-I27 | 05-I27-03 | Jiný chirurgický výkon pro nemoc oběhové soustavy mimo CVSP | 1,1786 |
| 05-I28 | 05-I28-01 | Amputace prstů nebo záprstí pro nemoc periferních cév v CVSP | 0,9818 |
| 05-I28 | 05-I28-02 | Amputace prstů nebo záprstí pro nemoc periferních cév mimo CVSP | 0,9638 |
| 05-K01 | 05-K01-01 | Nemoci myokardu u pacientů s CC=3-4 | 1,8303 |
| 05-K01 | 05-K01-02 | Nemoci myokardu u pacientů s CC=1-2 | 0,9172 |
| 05-K01 | 05-K01-03 | Nemoci myokardu u pacientů s CC=0 | 0,7354 |
| 05-K02 | 05-K02-01 | Nemoci perikardu v CVSP u pacientů s CC=1-4 | 1,7470 |
| 05-K02 | 05-K02-02 | Nemoci perikardu v CVSP u pacientů s CC=0 | 0,7741 |
| 05-K02 | 05-K02-03 | Nemoci perikardu mimo CVSP | 0,6141 |
| 05-K03 | 05-K03-01 | Akutní koronární syndrom v CVSP u pacientů s CC=3-4 | 1,7866 |
| 05-K03 | 05-K03-02 | Akutní koronární syndrom v CVSP u pacientů s CC=1-2 | 0,8900 |
| 05-K03 | 05-K03-03 | Akutní koronární syndrom v CVSP u pacientů s CC=0 | 0,4819 |
| 05-K03 | 05-K03-04 | Akutní koronární syndrom mimo CVSP u pacientů s CC=3-4 | 1,3315 |
| 05-K03 | 05-K03-05 | Akutní koronární syndrom mimo CVSP u pacientů s CC=1-2 | 0,6440 |
| 05-K03 | 05-K03-06 | Akutní koronární syndrom mimo CVSP u pacientů s CC=0 | 0,3180 |
| 05-K04 | 05-K04-01 | Chronická ischemická choroba srdeční v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,9383 |
| 05-K04 | 05-K04-02 | Chronická ischemická choroba srdeční v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,3947 |
| 05-K04 | 05-K04-03 | Chronická ischemická choroba srdeční mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,6549 |
| 05-K04 | 05-K04-04 | Chronická ischemická choroba srdeční mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,2989 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|
| 05-K05 | 05-K05-01 | Poruchy srdečního rytmu v CVSP u pacientů s CC=3-4 | 1,9391 |
| 05-K05 | 05-K05-02 | Poruchy srdečního rytmu v CVSP u pacientů s CC=1-2 | 0,9235 |
| 05-K05 | 05-K05-03 | Poruchy srdečního rytmu mimo CVSP u pacientů s CC=3-4 | 1,4428 |
| 05-K05 | 05-K05-04 | Poruchy srdečního rytmu mimo CVSP u pacientů s CC=1-2 | 0,6103 |
| 05-K05 | 05-K05-05 | Poruchy srdečního rytmu u pacientů s CC=0 | 0,3579 |
| 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) | 3,1059 |
| 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) | 1,9272 |
| 05-K06 | 05-K06-03 | Časné úmrtí do 2 dnů pro srdeční zástavu nebo šok | 0,4118 |
| 05-K06 | 05-K06-04 | Srdeční zástava a šok v CVSP u pacientů s CC=0-3 | 1,2875 |
| 05-K06 | 05-K06-05 | Srdeční zástava a šok mimo CVSP u pacientů s CC=0-3 | 1,1854 |
| 05-K07 | 05-K07-01 | Srdeční selhání s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) | 3,5926 |
| 05-K07 | 05-K07-02 | Časné úmrtí do 2 dnů pro srdeční selhání | 0,2435 |
| 05-K07 | 05-K07-03 | Srdeční selhání v CVSP u pacientů s CC=3-4 | 1,8048 |
| 05-K07 | 05-K07-04 | Srdeční selhání v CVSP u pacientů s CC=1-2 | 1,0760 |
| 05-K07 | 05-K07-05 | Srdeční selhání v CVSP u pacientů s CC=0 | 0,7514 |
| 05-K07 | 05-K07-06 | Srdeční selhání mimo CVSP u pacientů s CC=3-4 | 1,2585 |
| 05-K07 | 05-K07-07 | Srdeční selhání mimo CVSP u pacientů s CC=1-2 | 0,7296 |
| 05-K07 | 05-K07-08 | Srdeční selhání mimo CVSP u pacientů s CC=0 | 0,5235 |
| 05-K08 | 05-K08-01 | Záněť endokardu v CVSP u pacientů s CC=3-4 | 4,7703 |
| 05-K08 | 05-K08-02 | Záněť endokardu v CVSP u pacientů s CC=0-2 | 2,4141 |
| 05-K08 | 05-K08-03 | Záněť endokardu mimo CVSP | 2,3753 |
| 05-K09 | 05-K09-01 | Funkční a strukturální poruchy chlopní u pacientů s CC=3-4 | 1,2565 |
| 05-K09 | 05-K09-02 | Funkční a strukturální poruchy chlopní u pacientů s CC=1-2 | 0,5988 |
| 05-K09 | 05-K09-03 | Funkční a strukturální poruchy chlopní u pacientů s CC=0 | 0,4024 |
| 05-K10 | 05-K10-00 | Funkční a strukturální poruchy aorty | 0,5261 |
| 05-K11 | 05-K11-01 | Funkční a strukturální poruchy plicní cirkulace u pacientů s CC=1-4 | 0,9536 |
| 05-K11 | 05-K11-02 | Funkční a strukturální poruchy plicní cirkulace u pacientů s CC=0 | 0,6511 |
| 05-K12 | 05-K12-01 | Funkční a strukturální poruchy tepen mimo aortu u pacientů s CC=3-4 | 1,2442 |
| 05-K12 | 05-K12-02 | Funkční a strukturální poruchy tepen mimo aortu u pacientů s CC=0-2 | 0,5029 |
| 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 | 1,2131 |
| 05-K13 | 05-K13-02 | Jiné nemoci žil v CVSP u pacientů s CC=0-2 | 0,5808 |
| 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 | 0,8671 |
| 05-K13 | 05-K13-04 | Jiné nemoci žil mimo CVSP u pacientů s CC=0-2 | 0,3911 |
| 05-K14 | 05-K14-01 | Hypertenze se selháním srdce nebo ledvin v CVSP | 1,1520 |
| 05-K14 | 05-K14-02 | Hypertenze v CVSP u pacientů s CC=1-4 | 0,9211 |
| 05-K14 | 05-K14-03 | Hypertenze v CVSP u pacientů s CC=0 | 0,3997 |
| 05-K14 | 05-K14-04 | Hypertenze se selháním srdce nebo ledvin mimo CVSP | 0,7102 |
| 05-K14 | 05-K14-05 | Hypertenze mimo CVSP u pacientů s CC=1-4 | 0,4658 |
| 05-K14 | 05-K14-06 | Hypertenze mimo CVSP u pacientů s CC=0 | 0,2768 |
| 05-K15 | 05-K15-01 | Hypotenze a kolaps v CVSP u pacientů s CC=1-4 | 0,8529 |
| 05-K15 | 05-K15-02 | Hypotenze a kolaps v CVSP u pacientů s CC=0 | 0,4557 |
| 05-K15 | 05-K15-03 | Hypotenze a kolaps mimo CVSP u pacientů s CC=1-4 | 0,4552 |
| 05-K15 | 05-K15-04 | Hypotenze a kolaps mimo CVSP u pacientů s CC=0 | 0,3024 |
| 05-K16 | 05-K16-00 | Vrozené vady oběhové soustavy | 0,7674 |
| 05-K17 | 05-K17-00 | Traumata oběhové soustavy | 0,8016 |
| 05-K18 | 05-K18-01 | Infekční a zánětlivé komplikace umělých náhrad | 1,6745 |
| 05-K18 | 05-K18-02 | Jiné komplikace umělých náhrad | 0,5908 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|
| 05-K19 | 05-K19-01 | Jiné nemoci a poruchy oběhové soustavy v CVSP | 0,3778 |
| 05-K19 | 05-K19-02 | Jiné nemoci a poruchy oběhové soustavy mimo CVSP | 0,2275 |
| 05-M09 | 05-M09-00 | Dočasná srdeční stimulace nebo úprava endokardiální elektrody | 1,2278 |
| 05-M10 | 05-M10-00 | Elektrická kardioverse | 0,2037 |
| 06-C01 | 06-C01-00 | Cílená léčba pro Crohnovu nemoc nebo ulcerózní kolitidu | 0,1573 |
| 06-C02 | 06-C02-01 | Cílená léčba pro zhoubný novotvar trávicí soustavy | 0,3191 |
| 06-C02 | 06-C02-02 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar jícnu nebo žaludku | 0,3740 |
| 06-C02 | 06-C02-03 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu | 0,3265 |
| 06-D01 | 06-D01-00 | Endoskopický diagnostický výkon a staging pro Crohnovu nemoc a ulcerózní kolitidu | 1,1520 |
| 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 | 4,9291 |
| 06-I12 | 06-I12-02 | Chirurgický výkon na žaludku nebo střevu mimo resekce pro závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-3 | 2,3983 |
| 06-I12 | 06-I12-03 | Chirurgický výkon na žaludku nebo střevu mimo resekce pro méně závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-3 | 1,9541 |
| 06-I13 | 06-I13-01 | Stomický výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4 | 3,7790 |
| 06-I13 | 06-I13-02 | Stomický výkon pro závažné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2 | 2,1129 |
| 06-I13 | 06-I13-03 | Stomický výkon pro méně závažné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2 | 1,5217 |
| 06-I14 | 06-I14-01 | Drenážní výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4 | 3,2623 |
| 06-I14 | 06-I14-02 | Drenážní výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2 | 1,4552 |
| 06-I20 | 06-I20-01 | Jiný chirurgický výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=2-4 | 2,7051 |
| 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 | 1,3858 |
| 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 | 0,4694 |
| 06-K01 | 06-K01-01 | Klostridiová střevní infekce u pacientů s CC=4 | 2,6581 |
| 06-K01 | 06-K01-02 | Klostridiová střevní infekce u pacientů s CC=2-3 | 1,4187 |
| 06-K01 | 06-K01-03 | Klostridiová střevní infekce u pacientů s CC=0-1 | 0,9166 |
| 06-K02 | 06-K02-01 | Střevní infekce mimo klostridiové u pacientů s CC=4 | 2,0662 |
| 06-K02 | 06-K02-02 | Střevní infekce mimo klostridiové u pacientů s CC=2-3 | 0,8666 |
| 06-K02 | 06-K02-03 | Parazitární a bakteriální střevní infekce mimo klostridiové u pacientů s CC=0-1 | 0,5081 |
| 06-K02 | 06-K02-04 | Virové střevní infekce u pacientů s CC=0-1 | 0,3781 |
| 06-K03 | 06-K03-01 | Refluxní onemocnění a zánět jícnu u pacientů s CC=4 | 2,1536 |
| 06-K03 | 06-K03-02 | Refluxní onemocnění a zánět jícnu u pacientů s CC=2-3 | 0,9881 |
| 06-K03 | 06-K03-03 | Refluxní onemocnění a zánět jícnu u pacientů s CC=0-1 | 0,4342 |
| 06-K04 | 06-K04-01 | Peptický vřed a zánět žaludku u pacientů s CC=4 | 2,5759 |
| 06-K04 | 06-K04-02 | Peptický vřed a zánět žaludku s perforací nebo krvácením nebo u pacientů s CC=2-3 | 0,9460 |
| 06-K04 | 06-K04-03 | Peptický vřed bez perforace a krvácení a jiný zánět žaludku u pacientů s CC=0-1 | 0,3849 |
| 06-K05 | 06-K05-01 | Nemoci apendixu se zánětem peritonea | 0,7986 |
| 06-K05 | 06-K05-02 | Nemoci apendixu bez zánětu peritonea | 0,4004 |
| 06-K06 | 06-K06-01 | Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida u pacientů s CC=1-4 | 1,1567 |
| 06-K06 | 06-K06-02 | Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida u pacientů s CC=0 | 0,6527 |
| 06-K07 | 06-K07-01 | Divertikulární nemoc střeva s perforací a abscesem nebo u pacientů s CC=2-4 | 0,7979 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|
| 06-K07 | 06-K07-02 | Divertikulární nemoc střeva bez perforace a abscesu u pacientů s CC=0-1 | 0,4385 |
| 06-K08 | 06-K08-01 | Varixy jícnu s krvácením nebo jiné funkční a strukturální poruchy jícnu a žaludku u pacientů s CC=3-4 | 1,1262 |
| 06-K08 | 06-K08-02 | Funkční a strukturální poruchy jícnu a žaludku mimo krvácející varixy s CC=0-2 | 0,4480 |
| 06-K09 | 06-K09-01 | Kýly u pacientů s CC=2-4 | 1,4599 |
| 06-K09 | 06-K09-02 | Kýly u pacientů s CC=0-1 | 0,3209 |
| 06-K10 | 06-K10-01 | Vaskulární onemocnění střeva nebo obstrukce trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4 | 1,8412 |
| 06-K10 | 06-K10-02 | Vaskulární onemocnění střeva u pacientů s CC=0-2 nebo obstrukce trávicí soustavy u pacientů s CC=1-2 | 0,7170 |
| 06-K10 | 06-K10-03 | Obstrukce trávicí soustavy u pacientů s CC=0 | 0,4352 |
| 06-K11 | 06-K11-00 | Nemoci anorekta | 0,3464 |
| 06-K12 | 06-K12-01 | Pooperační střevní malabsorpce | 2,1030 |
| 06-K12 | 06-K12-02 | Střevní malabsorpce mimo pooperační | 0,4113 |
| 06-K13 | 06-K13-01 | Zhoubný novotvar jícnu a žaludku v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,1843 |
| 06-K13 | 06-K13-02 | Zhoubný novotvar jícnu a žaludku v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,6674 |
| 06-K13 | 06-K13-03 | Zhoubný novotvar jícnu a žaludku mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,9636 |
| 06-K13 | 06-K13-04 | Zhoubný novotvar jícnu a žaludku mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,4931 |
| 06-K14 | 06-K14-01 | Zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,2668 |
| 06-K14 | 06-K14-02 | Zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,6138 |
| 06-K14 | 06-K14-03 | Zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,8523 |
| 06-K14 | 06-K14-04 | Zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,4476 |
| 06-K15 | 06-K15-01 | Novotvary trávicích orgánů mimo zhoubné u pacientů s CC=1-4 | 0,6045 |
| 06-K15 | 06-K15-02 | Novotvary trávicích orgánů mimo zhoubné u pacientů s CC=0 | 0,2660 |
| 06-K16 | 06-K16-00 | Vrozené vady trávicí soustavy | 0,5915 |
| 06-K17 | 06-K17-01 | Traumata trávicí soustavy mimo cizí těleso | 0,6615 |
| 06-K17 | 06-K17-02 | Cizí těleso v trávicí soustavě | 0,3015 |
| 06-K18 | 06-K18-00 | Umělá vyústění trávicí soustavy | 0,3573 |
| 06-K19 | 06-K19-01 | Zánět pobřišnice nebo střeva u pacientů s CC=3-4 | 1,9927 |
| 06-K19 | 06-K19-02 | Zánět pobřišnice nebo střeva u pacientů s CC=1-2 | 1,2061 |
| 06-K19 | 06-K19-03 | Zánět pobřišnice nebo střeva u pacientů s CC=0 | 0,8415 |
| 06-K20 | 06-K20-01 | Krvácení z trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4 | 1,7234 |
| 06-K20 | 06-K20-02 | Krvácení z trávicí soustavy u pacientů s CC=1-2 | 0,8239 |
| 06-K20 | 06-K20-03 | Krvácení z trávicí soustavy u pacientů s CC=0 | 0,4120 |
| 06-K21 | 06-K21-01 | Jiný neinfekční střevní zánět u pacientů s CC=3-4 | 1,6621 |
| 06-K21 | 06-K21-02 | Jiný neinfekční střevní zánět u pacientů s CC=1-2 | 0,8805 |
| 06-K21 | 06-K21-03 | Jiný neinfekční střevní zánět u pacientů s CC=0 | 0,3847 |
| 06-K22 | 06-K22-01 | Jiné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4 | 1,2801 |
| 06-K22 | 06-K22-02 | Jiné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=1-2 | 0,5136 |
| 06-K22 | 06-K22-03 | Jiné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0 | 0,3182 |
| 06-M01 | 06-M01-01 | Endoskopický výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4 | 2,1521 |
| 06-M01 | 06-M01-02 | Endoskopický výkon pro odstranění léze trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2 | 1,2207 |
| 06-M01 | 06-M01-03 | Endoskopická dilatace trávicí trubice, zavedení stentu nebo stavění krvácení z trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2 | 0,8235 |
| 06-M01 | 06-M01-04 | Endoskopické zavedení gastrostomie pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2 | 0,6327 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|
| 06-M01 | 06-M01-05 | Endoskopický výkon pro jícnové varixy, odstranění polypu nebo cizího tělesa z trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2 | 0,4481 |
| 06-R01 | 06-R01-01 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT | 5,7749 |
| 06-R01 | 06-R01-02 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT | 5,0154 |
| 06-R01 | 06-R01-03 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT | 3,1446 |
| 06-R01 | 06-R01-04 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT | 2,8157 |
| 06-R01 | 06-R01-05 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 2,3244 |
| 06-R01 | 06-R01-06 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,8302 |
| 06-R01 | 06-R01-07 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 1,5523 |
| 06-R01 | 06-R01-08 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,1831 |
| 06-R02 | 06-R02-01 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů | 1,7952 |
| 06-R02 | 06-R02-02 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v rámci 1 ozařovacího dne | 0,4375 |
| 07-C01 | 07-C01-01 | Cílená léčba pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní | 0,3627 |
| 07-C01 | 07-C01-02 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní | 0,3483 |
| 07-I09 | 07-I09-00 | Výkon na nervech pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní | 1,2322 |
| 07-I11 | 07-I11-01 | Jiný chirurgický výkon v dutině břišní pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=2-4 | 3,2917 |
| 07-I11 | 07-I11-02 | Jiný chirurgický výkon v dutině břišní pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=0-1 | 1,2623 |
| 07-K01 | 07-K01-01 | Zánět a selhání jater u pacientů s CC=3-4 | 1,9315 |
| 07-K01 | 07-K01-02 | Zánět a selhání jater u pacientů s CC=0-2 | 1,0170 |
| 07-K02 | 07-K02-01 | Akutní zánět slinivky břišní u pacientů s CC=3-4 | 2,5807 |
| 07-K02 | 07-K02-02 | Akutní zánět slinivky břišní u dětí do 18 let věku nebo u pacientů s CC=2 | 1,4499 |
| 07-K02 | 07-K02-03 | Akutní zánět slinivky břišní u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1 | 0,7814 |
| 07-K03 | 07-K03-01 | Chronický zánět a cysta slinivky břišní u pacientů s CC=3-4 | 2,3278 |
| 07-K03 | 07-K03-02 | Chronický zánět a cysta slinivky břišní u pacientů s CC=0-2 | 0,4862 |
| 07-K04 | 07-K04-01 | Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=4 | 2,4868 |
| 07-K04 | 07-K04-02 | Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=3 | 1,5216 |
| 07-K04 | 07-K04-03 | Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=1-2 nebo hepatorenální syndrom | 0,9865 |
| 07-K04 | 07-K04-04 | Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=0 | 0,6105 |
| 07-K05 | 07-K05-01 | Obstrukce nebo zánět žlučníku a žlučových cest u pacientů s CC=3-4 | 1,4736 |
| 07-K05 | 07-K05-02 | Zánět žlučníku a žlučových cest u pacientů s CC=0-2 | 0,6441 |
| 07-K05 | 07-K05-03 | Obstrukce žlučníku a žlučových cest u pacientů s CC=0-2 | 0,3566 |
| 07-K06 | 07-K06-01 | Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,0947 |
| 07-K06 | 07-K06-02 | Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,4752 |
| 07-K06 | 07-K06-03 | Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,6928 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|
| 07-K06 | 07-K06-04 | Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,3977 |
| 07-K07 | 07-K07-01 | Zhoubný novotvar slinivky břišní v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,0079 |
| 07-K07 | 07-K07-02 | Zhoubný novotvar slinivky břišní v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,5307 |
| 07-K07 | 07-K07-03 | Zhoubný novotvar slinivky břišní mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,6422 |
| 07-K07 | 07-K07-04 | Zhoubný novotvar slinivky břišní mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,4049 |
| 07-K08 | 07-K08-01 | Novotvary hepatobiliární soustavy a slinivky břišní mimo zhoubné u pacientů s CC=2-4 | 0,9796 |
| 07-K08 | 07-K08-02 | Novotvary hepatobiliární soustavy a slinivky břišní mimo zhoubné u pacientů s CC=0-1 | 0,3531 |
| 07-K09 | 07-K09-00 | Vrozené vady hepatobiliární soustavy a slinivky břišní | 0,8972 |
| 07-K10 | 07-K10-00 | Traumata hepatobiliární soustavy a slinivky břišní | 1,2539 |
| 07-K11 | 07-K11-01 | Jiné nemoci hepatobiliární soustavy a slinivky břišní u pacientů s CC=3-4 | 1,3149 |
| 07-K11 | 07-K11-02 | Jiné nemoci hepatobiliární soustavy a slinivky břišní u dětí do 18 let věku s CC=0-2 | 0,6457 |
| 07-K11 | 07-K11-03 | Jiné nemoci hepatobiliární soustavy a slinivky břišní u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2 | 0,4602 |
| 07-R02 | 07-R02-01 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT | 5,7587 |
| 07-R02 | 07-R02-02 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT | 5,2462 |
| 07-R02 | 07-R02-03 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT | 3,3650 |
| 07-R02 | 07-R02-04 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT | 2,8078 |
| 07-R02 | 07-R02-05 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 2,3582 |
| 07-R02 | 07-R02-06 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,9011 |
| 07-R02 | 07-R02-07 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 1,6174 |
| 07-R02 | 07-R02-08 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,0288 |
| 07-R03 | 07-R03-01 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů | 1,8737 |
| 07-R03 | 07-R03-02 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy v rámci 1 ozařovacího dne | 0,4526 |
| 08-C01 | 08-C01-01 | Aplikace více než 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání | 6,3015 |
| 08-C01 | 08-C01-02 | Aplikace 90 až 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání | 3,4656 |
| 08-C01 | 08-C01-03 | Aplikace 45 až 90 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání | 1,9810 |
| 08-C01 | 08-C01-04 | Aplikace 25 až 45 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání | 1,6420 |
| 08-C01 | 08-C01-05 | Aplikace 15 až 25 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání | 1,2393 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|
| 08-C01 | 08-C01-06 | Aplikace méně než 15 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání | 0,8264 |
| 08-C03 | 08-C03-01 | Cílená léčba pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání | 1,3242 |
| 08-C03 | 08-C03-02 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání | 1,0185 |
| 08-C04 | 08-C04-01 | Cílená léčba pro autoimunitní onemocnění pojivových tkání | 0,3309 |
| 08-C04 | 08-C04-02 | Chemoterapie pro autoimunitní onemocnění pojivových tkání | 0,2870 |
| 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 | 4,5071 |
| 08-I12 | 08-I12-02 | Amputace části končetiny pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=0-2 | 2,1451 |
| 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 | 1,6462 |
| 08-I17 | 08-I17-02 | Operace poranění kostí předloktí a zápěstí v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0 | 0,8968 |
| 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 | 1,0248 |
| 08-I17 | 08-I17-04 | Operace poranění kostí předloktí a zápěstí mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0 | 0,7940 |
| 08-I24 | 08-I24-01 | Operace pletence ramenního, kostí předloktí a zápěstí mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=1-4 | 1,1051 |
| 08-I24 | 08-I24-02 | Operace pletence ramenního, kostí předloktí a zápěstí mimo poranění u pacientů s CC=0 | 0,7360 |
| 08-I25 | 08-I25-01 | Operace kostí nártu, dlaně a prstů mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=1-4 | 0,9572 |
| 08-I25 | 08-I25-02 | Operace kostí nártu, dlaně a prstů mimo poranění u pacientů s CC=0 | 0,5528 |
| 08-I26 | 08-I26-01 | Operace vazivového aparátu kolene mimo poranění | 1,2279 |
| 08-I26 | 08-I26-02 | Rekonstrukce nebo sutura ostatních vazů, šlach a svalů mimo poranění | 0,8378 |
| 08-I26 | 08-I26-03 | Chirurgické uvolnění svalů a šlach mimo poranění | 0,4770 |
| 08-I29 | 08-I29-01 | Krytí defektu kožním štěpem pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=1-4 | 1,9405 |
| 08-I29 | 08-I29-02 | Krytí defektu kožním štěpem pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=0 | 1,5630 |
| 08-I30 | 08-I30-01 | Drenážní výkon a chirurgické odstranění nekrotické tkáně pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=2-4 | 2,3387 |
| 08-I30 | 08-I30-02 | Drenážní výkon a chirurgické odstranění nekrotické tkáně u pacientů s CC=0-1 | 1,3214 |
| 08-I31 | 08-I31-01 | Resekce zhoubného novotvaru kostí končetin | 1,0569 |
| 08-I31 | 08-I31-02 | Resekce zhoubného novotvaru měkkých tkání | 1,0542 |
| 08-I31 | 08-I31-03 | Ostatní excize a exstirpace kostí končetin | 0,6476 |
| 08-I31 | 08-I31-04 | Ostatní excize a menší výkony na měkkých tkáních a kůži | 0,4917 |
| 08-I32 | 08-I32-00 | Odstranění osteosyntetického materiálu | 0,4093 |
| 08-K01 | 08-K01-01 | Systémová onemocnění pojivových tkání u pacientů s CC=2-4 | 1,5349 |
| 08-K01 | 08-K01-02 | Systémová onemocnění pojivových tkání u pacientů s CC=1 | 0,9166 |
| 08-K01 | 08-K01-03 | Systémová onemocnění pojivových tkání u pacientů s CC=0 | 0,5957 |
| 08-K02 | 08-K02-01 | Neinfekční zánětlivá onemocnění kloubů a páteře u pacientů s CC=2-4 | 1,2954 |
| 08-K02 | 08-K02-02 | Neinfekční zánětlivá onemocnění kloubů a páteře u pacientů s CC=1 | 0,8248 |
| 08-K02 | 08-K02-03 | Neinfekční zánětlivá onemocnění kloubů a páteře u pacientů s CC=0 | 0,6408 |
| 08-K03 | 08-K03-01 | Infekční onemocnění obratlů a meziobratlových plotének u pacientů s CC=1-4 | 3,0689 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|----------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| 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 | 1,4953 |
| 08-K03 | 08-K03-03 | Ostatní infekční onemocnění kloubů a kostí u pacientů s CC=0 | 0,7903 |
| 08-K04 | 08-K04-01 | Jiná onemocnění kostí, kloubů a měkkých tkání u pacientů s CC=1-4 | 0,9098 |
| 08-K04 | 08-K04-02 | Jiná onemocnění kostí, kloubů a měkkých tkání u pacientů do 18 let s CC=0 | 0,5437 |
| 08-K04 | 08-K04-03 | Jiná onemocnění kostí, kloubů a měkkých tkání u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0 | 0,4240 |
| 08-K05 | 08-K05-00 | Patologické zlomeniny | 0,8263 |
| 08-K06 | 08-K06-01 | Deformity a vrozené vady pohybového aparátu kromě páteře, ruky a chodidla | 0,4168 |
| 08-K06 | 08-K06-02 | Deformity a vrozené vady ruky a chodidla | 0,1908 |
| 08-K07 | 08-K07-00 | Mozková obrna a jiné syndromy ochrnutí | 0,9847 |
| 08-K08 | 08-K08-00 | Jiná onemocnění páteře a bolest zad | 0,5295 |
| 08-K09 | 08-K09-01 | Zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,2699 |
| 08-K09 | 08-K09-02 | Zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,7997 |
| 08-K09 | 08-K09-03 | Zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,8989 |
| 08-K09 | 08-K09-04 | Zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,6681 |
| 08-K10 | 08-K10-00 | Nezhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání | 0,7410 |
| 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 | 1,0624 |
| 08-K11 | 08-K11-02 | Poranění míchy a zlomeniny obratlů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0 | 0,5742 |
| 08-K11 | 08-K11-03 | Ostatní poranění páteře v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,3722 |
| 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 | 0,6986 |
| 08-K11 | 08-K11-05 | Poranění míchy a zlomeniny obratlů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0 | 0,4254 |
| 08-K11 | 08-K11-06 | Ostatní poranění páteře mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,2346 |
| 08-K12 | 08-K12-01 | Poranění pánve a stehna v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4 | 1,3043 |
| 08-K12 | 08-K12-02 | Poranění pánve a stehna v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0 | 0,7569 |
| 08-K12 | 08-K12-03 | Poranění pánve a stehna mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4 | 0,8696 |
| 08-K12 | 08-K12-04 | Poranění pánve a stehna mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0 | 0,4422 |
| 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 | 1,1154 |
| 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 | 0,4344 |
| 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 | 0,5556 |
| 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 | 0,2731 |
| 08-K14 | 08-K14-01 | Poranění páteře, pánve a stehna v CVSP u dětí do 16 let | 0,6657 |
| 08-K14 | 08-K14-02 | Poranění dolní končetiny mimo pánev a stehno v CVSP u dětí do 16 let | 0,3823 |
| 08-K14 | 08-K14-03 | Poranění horní končetiny v CVSP u dětí do 16 let | 0,2611 |
| 08-K14 | 08-K14-04 | Poranění páteře a dolní končetiny mimo CVSP u dětí do 16 let | 0,4972 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|
| 08-K14 | 08-K14-05 | Poranění horní končetiny mimo CVSP u dětí do 16 let | 0,3377 |
| 08-K15 | 08-K15-00 | Následná ortopedická péče nebo neurčené poruchy muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání | 0,3705 |
| 08-M01 | 08-M01-00 | Léčebná výměnná plazmaferéza pro systémové onemocnění pojivových tkání | 5,3246 |
| 08-M03 | 08-M03-01 | Revizní nebo zvláště složitá rekonstrukční artroskopie | 0,9342 |
| 08-M03 | 08-M03-02 | Artroskopická stabilizace ramene nebo rekonstrukce rotátorové manžety | 0,9136 |
| 08-M03 | 08-M03-03 | Artroskopická dekomprese ramene | 0,5664 |
| 08-M03 | 08-M03-04 | Rekonstrukční artroskopie kloubů mimo rameno | 0,8776 |
| 08-M03 | 08-M03-05 | Složitá artroskopie | 0,4691 |
| 08-M03 | 08-M03-06 | Jednoduchá artroskopie | 0,3916 |
| 08-R02 | 08-R02-01 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT | 6,0780 |
| 08-R02 | 08-R02-02 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT | 5,1850 |
| 08-R02 | 08-R02-03 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT | 3,4180 |
| 08-R02 | 08-R02-04 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT | 2,7463 |
| 08-R02 | 08-R02-05 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 2,5164 |
| 08-R02 | 08-R02-06 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 2,0172 |
| 08-R02 | 08-R02-07 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 1,7066 |
| 08-R02 | 08-R02-08 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,3348 |
| 09-C02 | 09-C02-00 | Cílená léčba pro papuloskvamózní onemocnění | 0,1363 |
| 09-C03 | 09-C03-01 | Cílená léčba pro zhoubný novotvar prsu | 0,2442 |
| 09-C03 | 09-C03-02 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar prsu | 0,3226 |
| 09-C04 | 09-C04-01 | Cílená léčba pro zhoubný novotvar kůže | 0,3041 |
| 09-C04 | 09-C04-02 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar kůže | 0,4171 |
| 09-I02 | 09-I02-01 | Amputace celé končetiny nebo amputace části končetiny mimo prsty pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=3-4 | 4,5071 |
| 09-I02 | 09-I02-02 | Amputace části končetiny pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=0-2 | 2,2906 |
| 09-I05 | 09-I05-01 | Opakovaný chirurgický výkon pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu s CC=3-4 | 3,5906 |
| 09-I05 | 09-I05-02 | Opakovaný chirurgický výkon pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu s CC=0-2 | 1,7806 |
| 09-I11 | 09-I11-01 | Amputace prstů nebo záprstí pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=2-4 | 1,5722 |
| 09-I11 | 09-I11-02 | Amputace prstů nebo záprstí pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=0-1 | 0,9496 |
| 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 | 1,1654 |
| 09-I12 | 09-I12-02 | Krytí defektu kožním štěpem pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0 | 0,6672 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|
| 09-I13 | 09-I13-01 | Jiný chirurgický výkon pro zánětlivé onemocnění kůže u pacientů s CC=3-4 nebo pro nezápětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáň a prsu u pacientů s CC=4 | 2,8175 |
| 09-I13 | 09-I13-02 | Jiný chirurgický výkon pro zánětlivé onemocnění kůže u pacientů s CC=1-2 nebo pro nezápětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáň a prsu u pacientů s CC=3 | 1,2537 |
| 09-I13 | 09-I13-03 | Jiný chirurgický výkon pro zánětlivé onemocnění kůže u pacientů s CC=0 nebo pro nezápětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáň a prsu u pacientů s CC=1-2 | 0,7951 |
| 09-I13 | 09-I13-04 | Jiný chirurgický výkon pro vybrané nezápětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáň a prsu u pacientů s CC=0 | 0,5414 |
| 09-I13 | 09-I13-05 | Jiný chirurgický výkon pro novotvary kůže, podkožní tkáň a prsu mimo melanom u pacientů s CC=0 | 0,4257 |
| 09-K01 | 09-K01-01 | Onemocnění kůže způsobená mikroorganismy a parazity u pacientů s CC=4 | 2,7812 |
| 09-K01 | 09-K01-02 | Onemocnění kůže způsobená mikroorganismy a parazity u pacientů s CC=1-3 | 1,0349 |
| 09-K01 | 09-K01-03 | Růže u pacientů s CC=0 | 0,8592 |
| 09-K01 | 09-K01-04 | Jiná onemocnění kůže způsobená mikroorganismy a parazity u pacientů s CC=0 | 0,6057 |
| 09-K02 | 09-K02-00 | Bulózní dermatózy a papuloskvamózní onemocnění | 0,9962 |
| 09-K03 | 09-K03-01 | Vředová onemocnění kůže u pacientů s CC=1-4 | 1,1724 |
| 09-K03 | 09-K03-02 | Vředová onemocnění kůže u pacientů s CC=0 | 0,9658 |
| 09-K04 | 09-K04-01 | Jiná zápětlivá onemocnění kůže u pacientů s CC=1-4 | 0,8163 |
| 09-K04 | 09-K04-02 | Jiná zápětlivá onemocnění kůže u pacientů s CC=0 | 0,6487 |
| 09-K05 | 09-K05-00 | Erytematózní onemocnění | 0,8148 |
| 09-K06 | 09-K06-00 | Lymfedém | 0,7887 |
| 09-K07 | 09-K07-01 | Zhoubný novotvar kůže u pacientů s CC=2-4 | 1,3173 |
| 09-K07 | 09-K07-02 | Zhoubný novotvar kůže u pacientů s CC=0-1 | 0,4912 |
| 09-K08 | 09-K08-01 | Zhoubný novotvar prsu v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,1942 |
| 09-K08 | 09-K08-02 | Zhoubný novotvar prsu v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,4928 |
| 09-K08 | 09-K08-03 | Zhoubný novotvar prsu mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,6768 |
| 09-K08 | 09-K08-04 | Zhoubný novotvar prsu mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,3579 |
| 09-K09 | 09-K09-00 | Novotvary kůže mimo zhoubné | 0,4957 |
| 09-K10 | 09-K10-00 | Novotvary prsu mimo zhoubné | 0,3997 |
| 09-K11 | 09-K11-00 | Vrozené vady kůže, podkožní tkáň a prsu | 0,8236 |
| 09-K12 | 09-K12-00 | Poranění kožního krytu hlavy a krku | 0,2611 |
| 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 | 0,5476 |
| 09-K13 | 09-K13-02 | Povrchové poranění kožního krytu trupu nebo končetin u pacientů s CC=0 | 0,3141 |
| 09-K14 | 09-K14-01 | Jiná onemocnění kůže a podkožního vaziva u pacientů s CC=1-4 | 0,9675 |
| 09-K14 | 09-K14-02 | Jiná onemocnění kůže a podkožního vaziva u pacientů s CC=0 | 0,5023 |
| 09-K15 | 09-K15-00 | Jiné nemoci a poruchy prsní tkáň | 0,4791 |
| 09-K16 | 09-K16-00 | Následky poranění a následná péče | 0,6187 |
| 09-R01 | 09-R01-01 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT nebo DIBH | 5,3332 |
| 09-R01 | 09-R01-02 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT nebo DIBH | 4,1929 |
| 09-R01 | 09-R01-03 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT nebo DIBH | 3,3391 |
| 09-R01 | 09-R01-04 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT nebo DIBH | 2,4962 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|
| 09-R01 | 09-R01-05 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 2,3126 |
| 09-R01 | 09-R01-06 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,4961 |
| 09-R01 | 09-R01-07 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 1,4227 |
| 09-R01 | 09-R01-08 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,1184 |
| 09-R02 | 09-R02-01 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar prsu v rámci 2 a více ozařovacích dnů | 1,8883 |
| 09-R02 | 09-R02-02 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar prsu v rámci 1 ozařovacího dne | 0,4255 |
| 10-C01 | 10-C01-01 | Cílená léčba pro zhoubný novotvar štítné žlázy | 0,6069 |
| 10-C01 | 10-C01-02 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar endokrinních žláz | 0,4139 |
| 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 | 4,0898 |
| 10-I05 | 10-I05-02 | Amputace části končetiny nad kotníkem pro syndrom diabetické nohy v CVSP u pacientů s CC=0-2 | 2,4088 |
| 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 | 2,6448 |
| 10-I05 | 10-I05-04 | Amputace části končetiny nad kotníkem pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP u pacientů s CC=0-2 | 1,6861 |
| 10-I07 | 10-I07-01 | Amputace končetiny pod kotníkem pro syndrom diabetické nohy v CVSP u pacientů s infekcí nebo s CC=3-4 | 1,4102 |
| 10-I07 | 10-I07-02 | Amputace končetiny pod kotníkem pro syndrom diabetické nohy v CVSP u pacientů s CC=0-2 bez infekce | 0,7619 |
| 10-I07 | 10-I07-03 | Amputace končetiny pod kotníkem pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP | 0,8626 |
| 10-I08 | 10-I08-01 | Jiný chirurgický výkon na diabetické noze u pacientů s infekcí nebo s CC=3-4 | 1,2454 |
| 10-I08 | 10-I08-02 | Jiný chirurgický výkon na diabetické noze u pacientů s CC=0-2 bez infekce | 0,9036 |
| 10-K01 | 10-K01-01 | Nemoci štítné žlázy a příštítných tělísek u pacientů s CC=3-4 | 1,4860 |
| 10-K01 | 10-K01-02 | Záněty a funkční poruchy štítné žlázy a příštítných tělísek u pacientů s CC=0-2 | 0,6353 |
| 10-K01 | 10-K01-03 | Strukturální a jiné poruchy štítné žlázy a příštítných tělísek u pacientů s CC=0-2 | 0,3914 |
| 10-K02 | 10-K02-01 | Syndrom diabetické nohy u pacientů s CC=3-4 nebo s infekcí | 0,9809 |
| 10-K02 | 10-K02-02 | Syndrom diabetické nohy u pacientů s CC=0-2 bez infekce | 0,6506 |
| 10-K03 | 10-K03-01 | Diabetická ketoacidóza nebo kóma u pacientů s CC=4 | 2,1294 |
| 10-K03 | 10-K03-02 | Diabetická ketoacidóza nebo kóma u dětí do 16 let věku s CC=0-3 | 1,6892 |
| 10-K03 | 10-K03-03 | Diabetická ketoacidóza nebo kóma u pacientů ve věku 16 a více let s CC=2-3 | 1,3317 |
| 10-K03 | 10-K03-04 | Diabetická ketoacidóza nebo kóma u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-1 | 0,6735 |
| 10-K04 | 10-K04-01 | Diabetes mellitus u pacientů s CC=4 | 1,7946 |
| 10-K04 | 10-K04-02 | Diabetes mellitus u pacientů ve věku 16 a více let s CC=2-3 | 0,9087 |
| 10-K04 | 10-K04-03 | Diabetes mellitus u dětí do 16 let věku s CC=0-3 | 0,8660 |
| 10-K04 | 10-K04-04 | Diabetes mellitus u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-1 | 0,5431 |
| 10-K05 | 10-K05-01 | Funkční poruchy hypofýzy a nadledviny u pacientů s CC=1-4 | 1,1018 |
| 10-K05 | 10-K05-02 | Funkční poruchy hypofýzy a nadledviny u pacientů s CC=0 | 0,4643 |
| 10-K06 | 10-K06-00 | Zhoubný novotvar štítné žlázy a příštítných tělísek | 0,4814 |
| 10-K07 | 10-K07-00 | Zhoubný novotvar nadledviny | 0,6316 |
| 10-K08 | 10-K08-00 | Novotvary endokrinních žláz mimo zhoubné | 0,5835 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|
| 10-K09 | 10-K09-00 | Vrozené vady endokrinních žláz | 0,8509 |
| 10-K10 | 10-K10-00 | Poruchy pohlavního a fyziologického vývoje | 0,5498 |
| 10-K11 | 10-K11-01 | Těžká podvýživa a nutriční karence u pacientů s CC=2-4 | 2,1219 |
| 10-K11 | 10-K11-02 | Těžká podvýživa a nutriční karence u pacientů s CC=0-1 | 1,0799 |
| 10-K12 | 10-K12-01 | Poruchy metabolismu a vnitřního prostředí mimo dehydrataci u pacientů s CC=4 | 2,4000 |
| 10-K12 | 10-K12-02 | Poruchy metabolismu a vnitřního prostředí mimo dehydrataci u pacientů s CC=1-3 | 0,8860 |
| 10-K12 | 10-K12-03 | Poruchy metabolismu a vnitřního prostředí mimo dehydrataci u pacientů s CC=0 | 0,5136 |
| 10-K13 | 10-K13-01 | Jiné nutriční poruchy u pacientů s CC=4 | 2,7470 |
| 10-K13 | 10-K13-02 | Jiné nutriční poruchy u pacientů s CC=1-3 | 1,0590 |
| 10-K13 | 10-K13-03 | Jiné nutriční poruchy u pacientů s CC=0 | 0,4289 |
| 10-K14 | 10-K14-01 | Dehydratace u pacientů s CC=4 | 2,0172 |
| 10-K14 | 10-K14-02 | Dehydratace u pacientů ve věku 65 a více let s CC=2-3 | 0,7489 |
| 10-K14 | 10-K14-03 | Dehydratace u pacientů ve věku 65 a více let s CC=0-1 | 0,4913 |
| 10-K14 | 10-K14-04 | Dehydratace u pacientů do 65 let věku s CC=2-3 | 0,4932 |
| 10-K14 | 10-K14-05 | Dehydratace u pacientů do 65 let věku s CC=0-1 | 0,3624 |
| 10-K15 | 10-K15-01 | Obezita u pacientů s CC=2-4 | 1,5554 |
| 10-K15 | 10-K15-02 | Obezita u pacientů s CC=0-1 | 0,6639 |
| 10-K16 | 10-K16-01 | Jiné nemoci endokrinních žláz u pacientů s CC=4 | 2,5574 |
| 10-K16 | 10-K16-02 | Jiné nemoci endokrinních žláz u pacientů s CC=1-3 | 0,5794 |
| 10-K16 | 10-K16-03 | Jiné nemoci endokrinních žláz u pacientů s CC=0 | 0,3466 |
| 10-M01 | 10-M01-00 | Zavedení inzulínové pumpy | 0,4347 |
| 10-M02 | 10-M02-00 | Eliminační metody krve pro poruchu metabolismu nebo vnitřního prostředí | 1,8144 |
| 10-R01 | 10-R01-01 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT | 6,0389 |
| 10-R01 | 10-R01-02 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT | 5,2055 |
| 10-R01 | 10-R01-03 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT | 3,4511 |
| 10-R01 | 10-R01-04 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT | 2,9140 |
| 10-R01 | 10-R01-05 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 2,3582 |
| 10-R01 | 10-R01-06 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,9068 |
| 10-R01 | 10-R01-07 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 1,6324 |
| 10-R01 | 10-R01-08 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 0,8830 |
| 11-C01 | 11-C01-01 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy u dětí do 18 let | 1,0045 |
| 11-C01 | 11-C01-02 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy u pacientů ve věku 18 a více let | 0,2640 |
| 11-I11 | 11-I11-01 | Exploratorní nebo drenážní výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=2-4 | 3,5012 |
| 11-I11 | 11-I11-02 | Exploratorní nebo drenážní výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=0-1 | 1,3805 |
| 11-I16 | 11-I16-01 | Vytvoření AV zkratu protézou pro chronické onemocnění ledvin | 1,1710 |
| 11-I16 | 11-I16-02 | Vytvoření nebo úprava AV zkratu bez použití protézy pro chronické onemocnění ledvin | 0,4568 |
| 11-I17 | 11-I17-01 | Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=3-4 | 1,9652 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|
| 11-I17 | 11-I17-02 | Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=1-2 | 0,8047 |
| 11-I17 | 11-I17-03 | Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=0 | 0,5014 |
| 11-K01 | 11-K01-01 | Záněty močových cest u pacientů s CC=3-4 | 1,3770 |
| 11-K01 | 11-K01-02 | Záněty močových cest u pacientů s CC=1-2 | 0,8648 |
| 11-K01 | 11-K01-03 | Záněty močových cest u dětí do 18 let s CC=0 | 0,6879 |
| 11-K01 | 11-K01-04 | Záněty močových cest u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0 | 0,5713 |
| 11-K02 | 11-K02-01 | Hemolyticko-uremický syndrom nebo jiné akutní onemocnění ledvin u pacientů s CC=4 | 3,1855 |
| 11-K02 | 11-K02-02 | Jiné akutní onemocnění ledvin u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-3 | 1,4525 |
| 11-K02 | 11-K02-03 | Jiné akutní onemocnění ledvin u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1 | 0,8636 |
| 11-K03 | 11-K03-01 | Chronické onemocnění ledvin u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=3-4 | 1,2875 |
| 11-K03 | 11-K03-02 | Chronické onemocnění ledvin u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2 | 0,6399 |
| 11-K04 | 11-K04-01 | Pyonefróza nebo jiné obstrukční, strukturální a funkční poruchy horních cest močových u pacientů s CC=2-4 | 0,7348 |
| 11-K04 | 11-K04-02 | Jiné obstrukční, strukturální a funkční poruchy horních cest močových u pacientů s CC=0-1 | 0,3673 |
| 11-K05 | 11-K05-00 | Obstrukční, strukturální a funkční poruchy dolních cest močových | 0,3661 |
| 11-K06 | 11-K06-01 | Močové kameny u dětí do 18 let nebo pacientů ve věku 60 a více let | 0,3009 |
| 11-K06 | 11-K06-02 | Močové kameny u pacientů ve věku 18-59 let | 0,2271 |
| 11-K07 | 11-K07-01 | Zhoubný novotvar ledviny a horních cest močových v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,1374 |
| 11-K07 | 11-K07-02 | Zhoubný novotvar ledviny a horních cest močových v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,5800 |
| 11-K07 | 11-K07-03 | Zhoubný novotvar ledviny a horních cest močových mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,9092 |
| 11-K07 | 11-K07-04 | Zhoubný novotvar ledviny a horních cest močových mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,4568 |
| 11-K08 | 11-K08-01 | Zhoubný novotvar močového měchýře a dolních cest močových v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,1573 |
| 11-K08 | 11-K08-02 | Zhoubný novotvar močového měchýře a dolních cest močových v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,5196 |
| 11-K08 | 11-K08-03 | Zhoubný novotvar močového měchýře a dolních cest močových mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,8952 |
| 11-K08 | 11-K08-04 | Zhoubný novotvar močového měchýře a dolních cest močových mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,3986 |
| 11-K09 | 11-K09-00 | Novotvary ledviny a horních cest močových mimo zhoubné | 0,4670 |
| 11-K10 | 11-K10-00 | Novotvary močového měchýře a dolních cest močových mimo zhoubné | 0,5153 |
| 11-K11 | 11-K11-00 | Vrozené vady vylučovací soustavy | 0,4937 |
| 11-K12 | 11-K12-01 | Traumata vylučovací soustavy u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-4 | 2,1868 |
| 11-K12 | 11-K12-02 | Traumata vylučovací soustavy u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1 | 0,5833 |
| 11-K13 | 11-K13-01 | Ošetření umělých vyústění u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=1-4 | 0,7037 |
| 11-K13 | 11-K13-02 | Ošetření umělých vyústění u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0 | 0,2508 |
| 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 | 1,2562 |
| 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 | 0,5012 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|
| 11-K14 | 11-K14-03 | Jiné nemoci vylučovací soustavy u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0 | 0,3124 |
| 11-M02 | 11-M02-01 | Eliminační metody krve pro akutní selhání ledvin provedené v 6 a více dnech | 6,0003 |
| 11-M02 | 11-M02-02 | Eliminační metody krve pro akutní selhání ledvin provedené ve 4-5 dnech | 2,8434 |
| 11-M02 | 11-M02-03 | Eliminační metody krve pro akutní selhání ledvin provedené v 1-3 dnech | 2,6562 |
| 11-M02 | 11-M02-04 | Eliminační metody krve pro jinou nemoc vylučovací soustavy provedené v 6 a více dnech | 4,0119 |
| 11-M02 | 11-M02-05 | Eliminační metody krve pro jinou nemoc vylučovací soustavy provedené v 4-5 dnech | 1,7540 |
| 11-M02 | 11-M02-06 | Eliminační metody krve pro jinou nemoc vylučovací soustavy provedené ve 2-3 dnech | 1,1301 |
| 11-M02 | 11-M02-07 | Eliminační metody krve pro jinou nemoc vylučovací soustavy provedené v 1 dni | 0,6442 |
| 11-M04 | 11-M04-01 | Jiný perkutánní výkon na ledvině pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=3-4 | 2,3561 |
| 11-M04 | 11-M04-02 | Jiný perkutánní výkon na ledvině u pacientů s CC=1-2 | 1,3988 |
| 11-M04 | 11-M04-03 | Jiný perkutánní výkon na ledvině u pacientů s CC=0 | 0,9507 |
| 11-R01 | 11-R01-01 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT | 6,1535 |
| 11-R01 | 11-R01-02 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT | 5,1695 |
| 11-R01 | 11-R01-03 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT | 3,2568 |
| 11-R01 | 11-R01-04 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT | 2,7843 |
| 11-R01 | 11-R01-05 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 2,3373 |
| 11-R01 | 11-R01-06 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,9758 |
| 11-R01 | 11-R01-07 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 1,5638 |
| 11-R01 | 11-R01-08 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,4603 |
| 12-C01 | 12-C01-01 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar varlat, pyje, šourku a testikulárních adnex | 0,6668 |
| 12-C01 | 12-C01-02 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar prostaty | 0,2938 |
| 12-D01 | 12-D01-00 | Biopsie prostaty | 0,2138 |
| 12-I01 | 12-I01-00 | Odstranění nekrotické tkáně pro zánět mužské reprodukční soustavy | 1,4358 |
| 12-I08 | 12-I08-01 | Odstranění varlete nebo nadvarlete u pacientů s CC=3-4 | 2,7543 |
| 12-I08 | 12-I08-02 | Odstranění varlete nebo nadvarlete u pacientů s CC=1-2 | 1,1053 |
| 12-I08 | 12-I08-03 | Odstranění varlete nebo nadvarlete pro onemocnění varlat nebo nadvarlat u pacientů s CC=0 | 0,7258 |
| 12-I08 | 12-I08-04 | Odstranění varlete nebo nadvarlete pro zhoubný novotvar prostaty u pacientů s CC=0 | 0,5431 |
| 12-I11 | 12-I11-00 | Drenážní výkon pro onemocnění mužské reprodukční soustavy | 0,9827 |
| 12-I14 | 12-I14-00 | Jiný chirurgický výkon na penisu | 0,4293 |
| 12-K01 | 12-K01-01 | Záněty mužské reprodukční soustavy u pacientů s CC=3-4 | 1,2852 |
| 12-K01 | 12-K01-02 | Záněty mužské reprodukční soustavy u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2 | 0,5644 |
| 12-K01 | 12-K01-03 | Záněty mužské reprodukční soustavy u dětí do 18 let s CC=0-2 | 0,3945 |
| 12-K02 | 12-K02-01 | Funkční nebo strukturální poruchy prostaty u pacientů s CC=3-4 | 1,2734 |
| 12-K02 | 12-K02-02 | Funkční nebo strukturální poruchy prostaty u pacientů s CC=0-2 | 0,3997 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|
| 12-K03 | 12-K03-00 | Funkční nebo strukturální poruchy penisu | 0,2738 |
| 12-K04 | 12-K04-00 | Funkční nebo strukturální poruchy šourku, varlete nebo testikulárních adnex | 0,3447 |
| 12-K05 | 12-K05-01 | Zhoubný novotvar prostaty v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,5272 |
| 12-K05 | 12-K05-02 | Zhoubný novotvar prostaty v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,5257 |
| 12-K05 | 12-K05-03 | Zhoubný novotvar prostaty mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,7707 |
| 12-K05 | 12-K05-04 | Zhoubný novotvar prostaty mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,3399 |
| 12-K06 | 12-K06-00 | Zhoubný novotvar penisu | 0,5433 |
| 12-K07 | 12-K07-00 | Zhoubný novotvar šourku, varlat a testikulárních adnex | 0,5307 |
| 12-K08 | 12-K08-00 | Novotvary mužské reprodukční soustavy mimo zhoubné | 0,3779 |
| 12-K09 | 12-K09-00 | Vrozené vady mužské reprodukční soustavy | 0,4330 |
| 12-K10 | 12-K10-00 | Traumata mužské reprodukční soustavy | 0,3403 |
| 12-K11 | 12-K11-00 | Jiné nemoci mužské reprodukční soustavy | 0,4304 |
| 12-R02 | 12-R02-01 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT | 6,4073 |
| 12-R02 | 12-R02-02 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT | 5,1733 |
| 12-R02 | 12-R02-03 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT | 3,4802 |
| 12-R02 | 12-R02-04 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT | 2,8627 |
| 12-R02 | 12-R02-05 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 2,3879 |
| 12-R02 | 12-R02-06 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,7743 |
| 12-R02 | 12-R02-07 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 1,6976 |
| 12-R02 | 12-R02-08 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 0,8361 |
| 12-R03 | 12-R03-01 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů | 1,9128 |
| 12-R03 | 12-R03-02 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v rámci 1 ozařovacího dne | 0,4704 |
| 13-C01 | 13-C01-01 | Cílená léčba pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy | 0,2216 |
| 13-C01 | 13-C01-02 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy | 0,2521 |
| 13-I18 | 13-I18-01 | Jiný chirurgický výkon pro onemocnění ženské reprodukční soustavy otevřeným přístupem nebo u pacientek s CC=3-4 | 1,7659 |
| 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 | 0,9384 |
| 13-I18 | 13-I18-03 | Jiný chirurgický výkon pro onemocnění ženské reprodukční soustavy u pacientek do 60 let věku s CC=0-2 | 0,6287 |
| 13-I19 | 13-I19-00 | Malý operační výkon pro onemocnění ženské reprodukční soustavy | 0,2827 |
| 13-K01 | 13-K01-01 | Záněty ženské reprodukční soustavy u pacientek ve věku 60 a více let | 0,8304 |
| 13-K01 | 13-K01-02 | Záněty ženské reprodukční soustavy u pacientek do 60 let věku | 0,4822 |
| 13-K02 | 13-K02-00 | Funkční a strukturální poruchy děložních adnex | 0,2624 |
| 13-K03 | 13-K03-00 | Funkční a strukturální poruchy dělohy | 0,3009 |
| 13-K04 | 13-K04-00 | Funkční a strukturální poruchy pochvy a vulvy | 0,4696 |
| 13-K05 | 13-K05-00 | Genitální píštěle a sestup ženských pohlavních orgánů | 0,6711 |
| 13-K06 | 13-K06-00 | Endometrióza | 0,3987 |
| 13-K07 | 13-K07-01 | Zhoubný novotvar děložních adnex u pacientek s CC=2-4 | 1,0110 |
| 13-K07 | 13-K07-02 | Zhoubný novotvar děložních adnex u pacientek s CC=0-1 | 0,4542 |
| 13-K08 | 13-K08-01 | Zhoubný novotvar dělohy u pacientek s CC=2-4 | 1,2567 |
| 13-K08 | 13-K08-02 | Zhoubný novotvar dělohy u pacientek s CC=0-1 | 0,4358 |
| 13-K09 | 13-K09-01 | Zhoubný novotvar pochvy a vulvy u pacientek s CC=2-4 | 1,2854 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|
| 13-K09 | 13-K09-02 | Zhoubný novotvar pochvy a vulvy u pacientek s CC=0-1 | 0,5867 |
| 13-K10 | 13-K10-00 | Novotvary děložních adnex mimo zhoubné | 0,2889 |
| 13-K11 | 13-K11-00 | Novotvary dělohy mimo zhoubné | 0,3452 |
| 13-K12 | 13-K12-00 | Novotvary pochvy a vulvy mimo zhoubné | 0,2575 |
| 13-K13 | 13-K13-00 | Vrozené vady ženské reprodukční soustavy | 0,4880 |
| 13-K14 | 13-K14-00 | Traumata ženské reprodukční soustavy | 0,3330 |
| 13-K15 | 13-K15-01 | Jiné nemoci ženské reprodukční soustavy u pacientek ve věku 60 a více let | 0,3641 |
| 13-K15 | 13-K15-02 | Jiné nemoci ženské reprodukční soustavy u pacientek do 60 let věku | 0,2453 |
| 13-R01 | 13-R01-01 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar děložního hrdla v délce 21 a více ozařovacích dní | 6,8986 |
| 13-R01 | 13-R01-02 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženských pohlavních orgánů vyjma hrdla děložního v délce 21 a více ozařovacích dní | 5,3452 |
| 13-R01 | 13-R01-03 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar děložního hrdla v délce 11-20 ozařovacích dní | 3,2839 |
| 13-R01 | 13-R01-04 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženských pohlavních orgánů vyjma hrdla děložního v délce 11-20 ozařovacích dní | 3,2497 |
| 13-R01 | 13-R01-05 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar děložního hrdla v délce 6-10 ozařovacích dní | 2,2285 |
| 13-R01 | 13-R01-06 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženských pohlavních orgánů vyjma hrdla děložního v délce 6-10 ozařovacích dní | 1,8327 |
| 13-R01 | 13-R01-07 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženské pohlavní soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientek s CC=2-4 | 1,6276 |
| 13-R01 | 13-R01-08 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženské pohlavní soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientek s CC=0-1 | 0,8613 |
| 13-R02 | 13-R02-01 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů | 1,7346 |
| 13-R02 | 13-R02-02 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v rámci 1 ozařovacího dne | 0,4276 |
| 14-I07 | 14-I07-00 | Cerkláž děložního hrdla v těhotenství | 1,2372 |
| 14-I08 | 14-I08-01 | Malý operační výkon v těhotenství, po porodu nebo po potratu se závažnou diagnózou | 0,5570 |
| 14-I08 | 14-I08-02 | Umělé přerušení těhotenství v II. trimestru nebo selektivní fetocida plodu při vícečetném těhotenství | 0,3314 |
| 14-I08 | 14-I08-03 | Jiný malý operační výkon v těhotenství, po porodu nebo po potratu bez závažné diagnózy | 0,2437 |
| 14-K01 | 14-K01-00 | Mimoděložní těhotenství | 0,1785 |
| 14-K02 | 14-K02-00 | Potrat | 0,1985 |
| 14-K03 | 14-K03-01 | Předporodní diagnózy při mnohočetném těhotenství nebo se závažnou diagnózou | 0,5424 |
| 14-K03 | 14-K03-02 | Předporodní diagnózy při těhotenství jednoho dítěte bez závažné diagnózy | 0,3023 |
| 14-K04 | 14-K04-00 | Falešný porod | 0,1324 |
| 14-K05 | 14-K05-01 | Péče o pacientku bezprostředně po porodu mimo zdravotnické zařízení | 0,2613 |
| 14-K05 | 14-K05-02 | Poporodní a popotratové diagnózy u pacientek ve věku 40 a více let nebo se závažnou diagnózou | 0,4683 |
| 14-K05 | 14-K05-03 | Poporodní a popotratové diagnózy u pacientek do 40 let věku bez závažné diagnózy | 0,3651 |
| 15-K01 | 15-K01-00 | Časný překlad novorozence | 0,1716 |
| 16-C01 | 16-C01-01 | Podání koagulačních faktorů v CVSP | 2,5096 |
| 16-C01 | 16-C01-02 | Podání koagulačních faktorů mimo CVSP | 2,1808 |
| 16-C02 | 16-C02-00 | Podání romiplostimu nebo eltrombopagu | 6,3258 |
| 16-C03 | 16-C03-01 | Podání trombocytů v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 4,8267 |
| 16-C03 | 16-C03-02 | Podání trombocytů v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 2,7414 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|
| 16-C03 | 16-C03-03 | Podání trombocytů mimo CVSP | 1,5340 |
| 16-C04 | 16-C04-01 | Aplikace více než 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu | 6,4030 |
| 16-C04 | 16-C04-02 | Aplikace 90 až 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu | 4,0963 |
| 16-C04 | 16-C04-03 | Aplikace 45 až 90 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu | 2,3654 |
| 16-C04 | 16-C04-04 | Aplikace 25 až 45 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu | 1,6842 |
| 16-C04 | 16-C04-05 | Aplikace 15 až 25 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu | 1,1753 |
| 16-C04 | 16-C04-06 | Aplikace méně než 15 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu | 0,8496 |
| 16-C05 | 16-C05-01 | Cílená léčba pro myelodysplastický syndrom | 0,7634 |
| 16-C05 | 16-C05-02 | Chemoterapie pro myelodysplastický syndrom | 1,3568 |
| 16-C06 | 16-C06-00 | Chemoterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku | 0,3148 |
| 16-C07 | 16-C07-01 | Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,6109 |
| 16-C07 | 16-C07-02 | Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 1,0877 |
| 16-C07 | 16-C07-03 | Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,1332 |
| 16-C07 | 16-C07-04 | Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,5815 |
| 16-I03 | 16-I03-01 | Drenážní výkon pro onemocnění mízních uzlin, sleziny nebo brzlíku u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-4 | 1,6672 |
| 16-I03 | 16-I03-02 | Drenážní výkon pro onemocnění mízních uzlin, sleziny nebo brzlíku u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1 | 1,1116 |
| 16-K01 | 16-K01-01 | Zvětšení a zánět mízních uzlin u pacientů s CC=1-4 | 0,8315 |
| 16-K01 | 16-K01-02 | Zvětšení a zánět mízních uzlin u pacientů s CC=0 | 0,4806 |
| 16-K02 | 16-K02-01 | Anémie u pacientů s CC=3-4 | 1,3922 |
| 16-K02 | 16-K02-02 | Anémie u pacientů s CC=1-2 | 0,7635 |
| 16-K02 | 16-K02-03 | Anémie u pacientů s CC=0 | 0,5830 |
| 16-K03 | 16-K03-01 | Poruchy krevního srážení u pacientů s CC=3-4 | 1,5988 |
| 16-K03 | 16-K03-02 | Poruchy krevního srážení u pacientů s CC=1-2 | 0,9172 |
| 16-K03 | 16-K03-03 | Poruchy krevního srážení u pacientů s CC=0 | 0,6371 |
| 16-K04 | 16-K04-01 | Poruchy kostní dřeně v CVSP u pacientů s CC=1-4 | 1,4339 |
| 16-K04 | 16-K04-02 | Poruchy kostní dřeně v CVSP u pacientů s CC=0 | 1,0081 |
| 16-K04 | 16-K04-03 | Poruchy kostní dřeně mimo CVSP u pacientů s CC=1-4 | 0,8123 |
| 16-K04 | 16-K04-04 | Poruchy kostní dřeně mimo CVSP u pacientů s CC=0 | 0,6489 |
| 16-K05 | 16-K05-00 | Poruchy imunitních mechanismů | 0,8186 |
| 16-K06 | 16-K06-01 | Trauma sleziny v CVSP | 1,8227 |
| 16-K06 | 16-K06-02 | Trauma sleziny mimo CVSP | 1,4719 |
| 16-K07 | 16-K07-00 | Nemoci sleziny a brzlíku | 0,7042 |
| 16-M01 | 16-M01-00 | Léčebná výměnná plazmaferéza pro anémii nebo poruchu krevního srážení | 6,4151 |
| 16-R01 | 16-R01-01 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT | 6,0832 |
| 16-R01 | 16-R01-02 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT | 5,2055 |
| 16-R01 | 16-R01-03 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT | 3,4004 |
| 16-R01 | 16-R01-04 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT | 2,7991 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|
| 16-R01 | 16-R01-05 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 2,3582 |
| 16-R01 | 16-R01-06 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,9003 |
| 16-R01 | 16-R01-07 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 1,6324 |
| 16-R01 | 16-R01-08 | Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,1542 |
| 17-C01 | 17-C01-01 | Indukční a reindukční fáze léčby akutní leukémie u dětí do 18 let věku | 2,4528 |
| 17-C01 | 17-C01-02 | Indukční a reindukční fáze léčby akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let | 15,4831 |
| 17-C02 | 17-C02-01 | Léčba relapsu akutní leukémie u pacientů s CC=4 | 14,0149 |
| 17-C02 | 17-C02-02 | Léčba relapsu akutní leukémie u dětí do 18 let věku s CC=0-3 | 1,7344 |
| 17-C02 | 17-C02-03 | Léčba relapsu akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-3 | 12,0527 |
| 17-C03 | 17-C03-01 | Konsolidační fáze léčby akutní leukémie u pacientů s CC=4 | 5,3311 |
| 17-C03 | 17-C03-02 | Konsolidační fáze léčby akutní leukémie u dětí do 18 let věku s CC=0-3 | 1,1890 |
| 17-C03 | 17-C03-03 | Konsolidační fáze léčby akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-3 | 2,9337 |
| 17-C04 | 17-C04-01 | Paliativní fáze léčby akutní leukémie u pacientů s CC=4 | 4,2146 |
| 17-C04 | 17-C04-02 | Paliativní fáze léčby akutní leukémie u dětí do 18 let věku s CC=0-3 | 3,3192 |
| 17-C04 | 17-C04-03 | Paliativní fáze léčby akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-3 | 3,3192 |
| 17-C05 | 17-C05-01 | Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krvetvorby u pacientů s CC=4 | 7,5799 |
| 17-C05 | 17-C05-02 | Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krvetvorby u pacientů s CC=3 | 2,3085 |
| 17-C05 | 17-C05-03 | Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krvetvorby u pacientů s CC=2 | 1,4159 |
| 17-C05 | 17-C05-04 | Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krvetvorby u pacientů s CC=1 | 1,2394 |
| 17-C05 | 17-C05-05 | Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krvetvorby u pacientů s CC=0 | 0,6607 |
| 17-C06 | 17-C06-01 | Chemoterapie nebo cílená léčba pro špatně diferencované novotvary u dětí do 18 let věku | 1,6168 |
| 17-C06 | 17-C06-02 | Chemoterapie nebo cílená léčba pro špatně diferencované novotvary u pacientů ve věku 18 a více let a s CC=2-4 | 0,8588 |
| 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 | 0,3781 |
| 17-I08 | 17-I08-01 | Jiný chirurgický výkon v dutině břišní, retroperitoneu nebo pánvi u pacientů s CC=3-4 | 2,9511 |
| 17-I08 | 17-I08-02 | Jiný chirurgický výkon v dutině břišní, retroperitoneu nebo pánvi u pacientů s CC=0-2 | 1,1373 |
| 17-I09 | 17-I09-01 | Jiný chirurgický výkon v oblasti hlavy a krku u pacientů s CC=3-4 | 3,5443 |
| 17-I09 | 17-I09-02 | Jiný chirurgický výkon v oblasti hlavy a krku pro špatně diferencované novotvary u pacientů s CC=0-2 | 1,0943 |
| 17-I09 | 17-I09-03 | Jiný chirurgický výkon v oblasti hlavy a krku pro onemocnění krvetvorby vyjma akutní leukémie u pacientů s CC=0-2 | 1,2188 |
| 17-I10 | 17-I10-01 | Resekční výkon na měkkých tkáních, kůži a prsu u pacientů s CC=3-4 | 4,6658 |
| 17-I10 | 17-I10-02 | Resekční výkon na měkkých tkáních, kůži a prsu u pacientů s CC=0-2 | 0,8473 |
| 17-K01 | 17-K01-01 | Akutní leukémie v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 4,5840 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|
| 17-K01 | 17-K01-02 | Akutní leukémie v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 1,0305 |
| 17-K01 | 17-K01-03 | Akutní leukémie mimo CVSP | 0,9576 |
| 17-K02 | 17-K02-01 | Chronická lymfocytární leukémie v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 3,1134 |
| 17-K02 | 17-K02-02 | Chronická lymfocytární leukémie v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,9986 |
| 17-K02 | 17-K02-03 | Chronická lymfocytární leukémie mimo CVSP | 0,9032 |
| 17-K03 | 17-K03-01 | Mnohočetný myelom v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 2,0066 |
| 17-K03 | 17-K03-02 | Mnohočetný myelom v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 1,0080 |
| 17-K03 | 17-K03-03 | Mnohočetný myelom mimo CVSP | 0,9100 |
| 17-K04 | 17-K04-00 | Hodgkinův lymfom | 1,0957 |
| 17-K05 | 17-K05-01 | Non-Hodgkinův lymfom v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,9595 |
| 17-K05 | 17-K05-02 | Non-Hodgkinův lymfom v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,7185 |
| 17-K05 | 17-K05-03 | Non-Hodgkinův lymfom mimo CVSP | 0,9975 |
| 17-K06 | 17-K06-00 | Primárně kožní non-Hodgkinův lymfom | 0,9603 |
| 17-K07 | 17-K07-01 | Jiné myeloproliferativní poruchy a novotvary v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 3,2210 |
| 17-K07 | 17-K07-02 | Jiné myeloproliferativní poruchy a novotvary v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,9975 |
| 17-K07 | 17-K07-03 | Jiné myeloproliferativní poruchy a novotvary mimo CVSP | 1,0399 |
| 17-K08 | 17-K08-00 | Novotvary mízních uzlin mimo lymfomy | 0,6785 |
| 17-K09 | 17-K09-01 | Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,6530 |
| 17-K09 | 17-K09-02 | Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,7708 |
| 17-K09 | 17-K09-03 | Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,9238 |
| 17-K09 | 17-K09-04 | Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,4635 |
| 17-K10 | 17-K10-01 | Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde v CVSP u pacientů s CC=2-4 | 1,5892 |
| 17-K10 | 17-K10-02 | Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde v CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,6350 |
| 17-K10 | 17-K10-03 | Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde mimo CVSP u pacientů s CC=2-4 | 0,8991 |
| 17-K10 | 17-K10-04 | Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde mimo CVSP u pacientů s CC=0-1 | 0,4476 |
| 17-M01 | 17-M01-00 | Terapeutická cytaferéza pro onemocnění krve tvorby | 9,4201 |
| 17-R01 | 17-R01-01 | Zevní radioterapie pro onemocnění krve tvorby vyjma akutní leukémie a kožního lymfomu v délce 21 a více ozařovacích dní | 5,7839 |
| 17-R01 | 17-R01-02 | Zevní radioterapie pro špatně diferencované novotvary nebo kožní lymfom v délce 21 a více ozařovacích dní | 5,7839 |
| 17-R01 | 17-R01-03 | Zevní radioterapie pro onemocnění krve tvorby vyjma akutní leukémie a kožního lymfomu v délce 11-20 ozařovacích dní | 3,5682 |
| 17-R01 | 17-R01-04 | Zevní radioterapie pro špatně diferencované novotvary nebo kožní lymfom v délce 11-20 ozařovacích dní | 3,4416 |
| 17-R01 | 17-R01-05 | Zevní radioterapie pro onemocnění krve tvorby vyjma akutní leukémie a kožního lymfomu v délce 6-10 ozařovacích dní | 2,9932 |
| 17-R01 | 17-R01-06 | Zevní radioterapie pro špatně diferencované novotvary nebo kožní lymfom v délce 6-10 ozařovacích dní | 1,7998 |
| 17-R01 | 17-R01-07 | Zevní radioterapie pro nemoci a poruchy krve tvorby vyjma akutní leukémie nebo špatně diferencované novotvary v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4 | 1,9419 |
| 17-R01 | 17-R01-08 | Zevní radioterapie pro nemoci a poruchy krve tvorby vyjma akutní leukémie nebo špatně diferencované novotvary v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1 | 1,4387 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|
| 18-I01 | 18-I01-01 | Amputace částí končetin mimo prsty nebo chirurgický výkon v dutině hrudní nebo břišní pro eliminaci zánětlivého ložiska sepse | 4,9130 |
| 18-I01 | 18-I01-02 | Jiný chirurgický výkon pro eliminaci zánětlivého ložiska sepse | 3,2707 |
| 18-K01 | 18-K01-01 | Těžká sepse u pacientů s CC=4 nebo sepse u dětí do 18 let věku s CC=4 | 3,5502 |
| 18-K01 | 18-K01-02 | Těžká sepse u pacientů s CC=0-3 nebo sepse u dětí do 18 let věku s CC=2-3 | 2,8259 |
| 18-K01 | 18-K01-03 | Sepse u dětí do 18 let věku s CC=0-1 | 1,5416 |
| 18-K01 | 18-K01-04 | Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=4 | 2,9117 |
| 18-K01 | 18-K01-05 | Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=3 | 1,8070 |
| 18-K01 | 18-K01-06 | Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=1-2 | 1,4659 |
| 18-K01 | 18-K01-07 | Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0 | 1,0281 |
| 18-K02 | 18-K02-01 | Bakteriální, mykotické a parazitární nemoci nezařazené jinde u pacientů s CC=3-4 | 1,7990 |
| 18-K02 | 18-K02-02 | Bakteriální, mykotické a parazitární nemoci nezařazené jinde u pacientů s CC=1-2 | 1,3509 |
| 18-K02 | 18-K02-03 | Bakteriální, mykotické a parazitární nemoci nezařazené jinde u pacientů s CC=0 | 0,9234 |
| 18-K02 | 18-K02-04 | Virové nemoci a neurčené následky infekcí nezařazené jinde u pacientů s CC=1-4 | 0,7445 |
| 18-K02 | 18-K02-05 | Virové nemoci a neurčené následky infekcí nezařazené jinde u pacientů s CC=0 | 0,4809 |
| 18-K03 | 18-K03-01 | Zánětlivé a systémové stavy nezařazené jinde u pacientů s CC=2-4 | 1,9135 |
| 18-K03 | 18-K03-02 | Zánětlivé a systémové stavy nezařazené jinde u pacientů s CC=0-1 | 0,6391 |
| 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) | 3,9091 |
| 18-M01 | 18-M01-02 | Eliminační metody krve pro sepsi provedené ve 4-5 dnech | 2,7543 |
| 18-M01 | 18-M01-03 | Eliminační metody krve pro sepsi provedené v 1-3 dnech | 2,4330 |
| 20-K01 | 20-K01-01 | Předčasné ukončení hospitalizace proti doporučení lékaře pro nadužívání psychoaktivních látek | 0,1760 |
| 20-K01 | 20-K01-02 | Akutní intoxikace psychoaktivními látkami u pacientů s CC=2-4 | 0,9793 |
| 20-K01 | 20-K01-03 | Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro delirium způsobené psychoaktivními látkami | 0,7972 |
| 20-K01 | 20-K01-04 | Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro duševní poruchy a poruchy chování způsobené psychoaktivními látkami | 0,4066 |
| 20-K01 | 20-K01-05 | Akutní intoxikace léky nebo drogami u pacientů s CC=0-1 | 0,3954 |
| 20-K01 | 20-K01-06 | Akutní intoxikace alkoholem u pacientů s CC=0-1 | 0,2693 |
| 20-K02 | 20-K02-01 | Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů a zvýšená psychiatrická péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog | 1,0845 |
| 20-K02 | 20-K02-02 | Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=2-4 | 1,0845 |
| 20-K02 | 20-K02-03 | Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1 | 0,5752 |
| 20-K03 | 20-K03-01 | Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů a zvýšená psychiatrická péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog | 1,2814 |
| 20-K03 | 20-K03-02 | Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=2-4 | 1,2814 |
| 20-K03 | 20-K03-03 | Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1 | 0,9402 |
| 20-K04 | 20-K04-01 | Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog se zvýšenou psychiatrickou péčí nebo u pacientů s CC=2-4 | 1,5729 |
| 20-K04 | 20-K04-02 | Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1 | 1,3380 |
| 20-K05 | 20-K05-01 | Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog se zvýšenou psychiatrickou péčí nebo u pacientů s CC=2-4 | 1,9516 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|
| 20-K05 | 20-K05-02 | Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1 | 1,7689 |
| 20-K06 | 20-K06-01 | Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog se zvýšenou psychiatrickou péčí nebo u pacientů s CC=2-4 | 2,4801 |
| 20-K06 | 20-K06-02 | Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1 | 2,2335 |
| 20-K07 | 20-K07-01 | Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog se zvýšenou psychiatrickou péčí nebo u pacientů s CC=2-4 | 2,9622 |
| 20-K07 | 20-K07-02 | Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1 | 2,5351 |
| 20-K08 | 20-K08-01 | Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog se zvýšenou psychiatrickou péčí nebo u pacientů s CC=2-4 | 4,8019 |
| 20-K08 | 20-K08-02 | Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1 | 4,4419 |
| 20-M01 | 20-M01-00 | Eliminační metody krve při akutní intoxikaci psychoaktivními látkami | 1,9031 |
| 21-I01 | 21-I01-01 | Chirurgický výkon pro roztržení operační rány u pacientů ve věku 60 a více let | 2,9093 |
| 21-I01 | 21-I01-02 | Chirurgický výkon pro roztržení operační rány u pacientů do 60 let věku | 1,3365 |
| 21-K01 | 21-K01-00 | Mnohočetná a jiná poranění nezařazená jinde | 0,6027 |
| 21-K02 | 21-K02-00 | Účinky vnějších příčin nezařazené jinde | 0,4001 |
| 21-K03 | 21-K03-00 | Vyšetření a pozorování po úrazu a otravě | 0,1835 |
| 21-K04 | 21-K04-00 | Alergické reakce | 0,2400 |
| 21-K05 | 21-K05-01 | Toxické účinky u pacientů s CC=3-4 | 2,2249 |
| 21-K05 | 21-K05-02 | Toxické účinky u pacientů s CC=1-2 | 0,8430 |
| 21-K05 | 21-K05-03 | Toxické účinky léčiv a drog u pacientů s CC=0 | 0,4578 |
| 21-K05 | 21-K05-04 | Toxické účinky jiných látek u pacientů s CC=0 | 0,2487 |
| 21-K06 | 21-K06-01 | Závažné komplikace zdravotní péče u pacientů s CC=3-4 | 1,5024 |
| 21-K06 | 21-K06-02 | Závažné komplikace zdravotní péče u pacientů s CC=0-2 | 0,5572 |
| 21-K06 | 21-K06-03 | Jiné komplikace zdravotní péče | 0,3726 |
| 21-M01 | 21-M01-00 | Eliminační metody krve pro toxické účinky | 2,0236 |
| 22-I02 | 22-I02-00 | Amputace částí končetin mimo prsty pro popálení, poleptání nebo omrzlinu | 2,3198 |
| 22-I03 | 22-I03-01 | Amputace prstů nebo záprstí v CVSP pro popálení, poleptání nebo omrzlinu | 1,1126 |
| 22-I03 | 22-I03-02 | Amputace prstů nebo záprstí mimo CVSP pro popálení, poleptání nebo omrzlinu | 1,0897 |
| 22-I04 | 22-I04-01 | Odstranění nekrotické tkáně pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s 2 a více ošetrovacími dny | 3,4266 |
| 22-I04 | 22-I04-02 | Odstranění nekrotické tkáně pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s nejvýše 1 ošetrovacím dnem | 1,3402 |
| 22-I05 | 22-I05-01 | Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny v CVSP s 2 a více ošetrovacími dny | 4,2695 |
| 22-I05 | 22-I05-02 | Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny v CVSP s 1 ošetrovacím dnem | 1,2669 |
| 22-I05 | 22-I05-03 | Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny mimo CVSP s 2 a více ošetrovacími dny | 1,2978 |
| 22-I05 | 22-I05-04 | Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny mimo CVSP s 1 ošetrovacím dnem | 0,5675 |
| 22-K01 | 22-K01-00 | Popáleniny a poleptání dětí ve věku do 3 let | 0,2701 |
| 22-K02 | 22-K02-00 | Popáleniny a poleptání dětí ve věku 3-14 let | 0,3839 |
| 22-K03 | 22-K03-00 | Popáleniny a poleptání pacientů ve věku 15 a více let | 0,3716 |
| 22-K04 | 22-K04-00 | Omrzliny | 0,7013 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část A - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|
| 23-I09 | 23-I09-01 | Sterilizace odstraněním vejcovodů | 0,7204 |
| 23-I09 | 23-I09-02 | Sterilizace přerušáním vejcovodů nebo chámovodů | 0,5877 |
| 23-I10 | 23-I10-00 | Odstranění silikonové tamponády oka | 0,5733 |
| 23-K01 | 23-K01-00 | Neprovedení plánované péče | 0,1419 |
| 23-K02 | 23-K02-01 | Léčba související se zkráceným trváním těhotenství a nízkou porodní hmotností u dětí s věkem 29 dnů a více | 2,8829 |
| 23-K02 | 23-K02-02 | Léčba ostatních stavů vzniklých v perinatálním období u dětí s věkem 29 dnů a více | 0,9789 |
| 23-K03 | 23-K03-01 | Potřeba imunizace | 0,4612 |
| 23-K03 | 23-K03-02 | Jiná péče o osoby bez obtíží nebo známé diagnózy | 0,3394 |
| 23-K04 | 23-K04-01 | Vyšetření a pozorování pro podezření na nemoci a patologické stavy u pacientů ve věku 80 a více let | 0,4725 |
| 23-K04 | 23-K04-02 | Vyšetření a pozorování pro podezření na nemoci a patologické stavy u pacientů do 79 let věku | 0,3843 |
| 23-K05 | 23-K05-01 | Následné vyšetření pro již dříve léčený zhoubný novotvar štítné žlázy | 0,5627 |
| 23-K05 | 23-K05-02 | Následné vyšetření pro již dříve léčené onemocnění | 0,4357 |
| 23-K06 | 23-K06-00 | Péče a diagnostika pro nemoci a stavy nezařazené jinde | 0,6316 |
| 24-M04 | 24-M04-00 | Krátkodobá (neúplná) rehabilitace - 0-4 rehabilitační dny | 0,3459 |
| 24-M05 | 24-M05-01 | Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 5-6 rehabilitačních dnů | 0,6370 |
| 24-M05 | 24-M05-02 | Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 5-6 rehabilitačních dnů | 0,5867 |
| 24-M06 | 24-M06-01 | Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 7-12 rehabilitačních dnů | 1,1991 |
| 24-M06 | 24-M06-02 | Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 7-12 rehabilitačních dnů | 1,0700 |
| 24-M07 | 24-M07-01 | Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 13-18 rehabilitačních dnů | 1,7832 |
| 24-M07 | 24-M07-02 | Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 13-18 rehabilitačních dnů | 1,5730 |
| 24-M08 | 24-M08-01 | Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 19-24 rehabilitačních dnů | 2,0240 |
| 24-M08 | 24-M08-02 | Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 19-24 rehabilitačních dnů | 2,0240 |
| 24-M09 | 24-M09-01 | Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 25-30 rehabilitačních dnů | 3,2314 |
| 24-M09 | 24-M09-02 | Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 25-30 rehabilitačních dnů | 3,2314 |
| 24-M10 | 24-M10-01 | Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 31-42 rehabilitačních dnů | 4,1975 |
| 24-M10 | 24-M10-02 | Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 31-42 rehabilitačních dnů | 4,1975 |
| 24-M11 | 24-M11-01 | Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy - 43-54 rehabilitačních dnů | 5,3384 |
| 24-M11 | 24-M11-02 | Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 43-54 rehabilitačních dnů | 5,3384 |
| 24-M12 | 24-M12-00 | Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy - 55-66 rehabilitačních dnů | 5,3384 |
| 24-M13 | 24-M13-00 | Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy - 67 a více rehabilitačních dnů | 5,3384 |
| 88-I01 | 88-I01-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 01 | 1,0192 |
| 88-I02 | 88-I02-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 02 | 0,5061 |
| 88-I03 | 88-I03-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 03 | 0,4629 |
| 88-I04 | 88-I04-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 04 | 1,1225 |
| 88-I05 | 88-I05-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 05 | 1,0339 |
| 88-I06 | 88-I06-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 06 | 0,5624 |
| 88-I07 | 88-I07-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 07 | 0,7545 |

| 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 | 0,4499 |
| 88-I09 | 88-I09-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 09 | 0,5751 |
| 88-I10 | 88-I10-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 10 | 0,8839 |
| 88-I11 | 88-I11-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 11 | 0,5191 |
| 88-I12 | 88-I12-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 12 | 0,4128 |
| 88-I13 | 88-I13-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 13 | 0,3472 |
| 88-I14 | 88-I14-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 14 | 0,2482 |
| 88-I15 | 88-I15-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 15 | 0,2714 |
| 88-I16 | 88-I16-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 16 | 0,9370 |
| 88-I17 | 88-I17-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 17 | 0,9174 |
| 88-I18 | 88-I18-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 18 | 1,3086 |
| 88-I19 | 88-I19-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 19 | 0,1516 |
| 88-I20 | 88-I20-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 20 | 0,1268 |
| 88-I21 | 88-I21-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 21 | 0,6560 |
| 88-I22 | 88-I22-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 22 | 0,7013 |
| 88-I23 | 88-I23-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 23 | 0,1268 |
| 88-I24 | 88-I24-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 24 | 0,1268 |
| 88-I25 | 88-I25-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 25 | 0,1268 |
| 88-I26 | 88-I26-00 | Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 00 | 0,1268 |
| 99-K01 | 99-K01-00 | Nepřípustná hlavní diagnóza | 0,1268 |
| 99-K02 | 99-K02-00 | Nekonzistence hlavní diagnózy a údaje přímo s ní souvisejícího | 0,1268 |
| 99-K03 | 99-K03-00 | Novorozenec s nekonzistentními údaji | 0,1268 |
| 99-K04 | 99-K04-00 | Neklasifikovatelné | 0,1268 |

Část B

Homogenní specializované hrazené služby klasifikované do bází, které byly v referenčním období roku 2019 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 |
|-------------------|----------------------|---|-------------------------|-----------------------------------|
| 00-D01 | 00-D01-01 | Kontrolní biopsie transplantovaného srdce nebo plic | 0,7528 | Trans KompKardioDosp_T |
| 00-D01 | 00-D01-02 | Kontrolní biopsie pro transplantovanou ledvinu nebo slinivku | 0,4296 | Trans |
| 00-D01 | 00-D01-03 | Kontrolní biopsie transplantovaných jater | 0,2838 | Trans |
| 00-I05 | 00-I05-01 | Transplantace ledviny u pacientů s CC=3-4 | 11,3235 | Trans |
| 00-I05 | 00-I05-02 | Transplantace ledviny u pacientů s CC=0-2 | 7,3600 | Trans |
| 00-M07 | 00-M07-00 | Autologní transplantace krvetvorných buněk pro hematologické onemocnění vyjma mnohočetného myelomu | 9,2624 | HematoOnkoDosp HematoOnkoDěti |
| 00-M08 | 00-M08-00 | Autologní transplantace krvetvorných buněk pro mnohočetný myelom | 4,2076 | HematoOnkoDosp HematoOnkoDěti |
| 00-M09 | 00-M09-01 | Autologní transplantace krvetvorných buněk při jiném onemocnění než hematologickém u dětí do 18 let věku | 9,3555 | HematoOnkoDosp HematoOnkoDěti |
| 00-M09 | 00-M09-02 | Autologní transplantace krvetvorných buněk při jiném onemocnění než hematologickém u pacientů ve věku 18 a více let | 7,0876 | HematoOnkoDosp HematoOnkoDěti |
| 00-M10 | 00-M10-01 | Odběr krvetvorných buněk pro autologní transplantaci při hematologickém onemocnění u pacientů s CC=3-4 | 1,5888 | HematoOnkoDosp HematoOnkoDěti |
| 00-M10 | 00-M10-02 | Odběr krvetvorných buněk pro autologní transplantaci při hematologickém onemocnění u pacientů s CC=0-2 | 0,9963 | HematoOnkoDosp HematoOnkoDěti |
| 00-M11 | 00-M11-01 | Odběr krvetvorných buněk pro autologní transplantaci při jiném onemocnění než hematologickém u pacientů s CC=3-4 | 2,8633 | HematoOnkoDosp HematoOnkoDěti |
| 00-M11 | 00-M11-02 | Odběr krvetvorných buněk pro autologní transplantaci při jiném onemocnění než hematologickém u pacientů s CC=0-2 | 1,7433 | HematoOnkoDosp HematoOnkoDěti |
| 01-I01 | 01-I01-01 | Implantace zařízení pro hlubokou mozkovou stimulaci pro onemocnění nervové soustavy - bilaterální | 14,7444 | Cerebro FarmEpilepsie Iktus |
| 01-I01 | 01-I01-02 | Implantace zařízení pro hlubokou mozkovou stimulaci pro onemocnění nervové soustavy - unilaterální | 6,8177 | Cerebro FarmEpilepsie Iktus |
| 01-I02 | 01-I02-00 | Implantace zařízení pro kortikální mozkovou stimulaci | 6,8177 | Cerebro Iktus |
| 01-I03 | 01-I03-01 | Implantace zařízení pro míšňí stimulaci pro onemocnění nervové soustavy - zkušební i definitivní období | 8,9351 | Cerebro Iktus |
| 01-I03 | 01-I03-02 | Implantace zařízení pro míšňí stimulaci pro onemocnění nervové soustavy - pouze definitivní období | 7,0559 | Cerebro Iktus |
| 01-I03 | 01-I03-03 | Implantace zařízení pro míšňí stimulaci pro onemocnění nervové soustavy - pouze zkušební období | 2,0834 | Cerebro Iktus |
| 01-I04 | 01-I04-00 | Implantace elektronické lékové pumpy pro onemocnění nervové soustavy | 9,2157 | Cerebro RS |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část B - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------------|
| | | | | Iktus |
| 01-I05 | 01-I05-00 | Implantace zařízení pro stimulaci bloudivého nervu | 6,3055 | Cerebro FarmEpilepsie Iktus |
| 01-I08 | 01-I08-01 | Kraniofaciální operace pro vrozené vady | 6,0489 | Cerebro Iktus |
| 01-I08 | 01-I08-02 | Chirurgický výkon na úrovni lebky a tvrdé pleny s dalším operačním výkonem v jiný den | 4,1247 | Cerebro Iktus |
| 01-I08 | 01-I08-03 | Chirurgický výkon na úrovni lebky a tvrdé pleny se závažnou hlavní diagnózou nebo s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo u pacientů s CC=3-4 | 2,7724 | Cerebro Iktus |
| 01-I08 | 01-I08-04 | Chirurgický výkon na úrovni lebky a tvrdé pleny u pacientů s CC=0-2 | 1,5697 | Cerebro Iktus |
| 01-M01 | 01-M01-01 | Embolizace s angioplastikou pro onemocnění nervové soustavy | 7,9405 | Cerebro Iktus |
| 01-M01 | 01-M01-02 | Embolizace pro krvácení do mozku | 6,6551 | Cerebro Iktus |
| 01-M01 | 01-M01-03 | Embolizace pro jiná onemocnění nervové soustavy | 4,1477 | Cerebro Iktus |
| 03-I03 | 03-I03-01 | Mikrochirurgický plastický výkon pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku | 8,3225 | OnkoDosp |
| 03-I03 | 03-I03-02 | Jiný plastický nebo rekonstrukční výkon kostí lebky pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku | 5,4273 | OnkoDosp |
| 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 | 4,8132 | OnkoDosp |
| 03-I04 | 03-I04-02 | Jiný rozsáhlý resekcí výkon na čelisti nebo obličeji pro zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2 | 3,3823 | OnkoDosp |
| 03-I06 | 03-I06-01 | Resekční výkon na hltanu se zavedením gastrostomie, umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=3-4 | 5,0521 | OnkoDosp |
| 03-I06 | 03-I06-02 | Resekční výkon na hltanu u pacientů s CC=0-2 | 4,2937 | OnkoDosp |
| 04-I02 | 04-I02-01 | Anatomická resekce plic s dalším operačním výkonem v jiný den | 7,0270 | PneumoOnko |
| 04-I02 | 04-I02-02 | Anatomická resekce plic u pacientů s CC=3-4 | 4,6359 | PneumoOnko |
| 04-I02 | 04-I02-03 | Anatomická resekce plic provedená thorakoskopicky u pacientů s CC=0-2 | 3,6791 | PneumoOnko |
| 04-I02 | 04-I02-04 | Anatomická resekce plic provedená otevřeným přístupem u pacientů s CC=0-2 | 3,0273 | PneumoOnko |
| 04-I03 | 04-I03-01 | Extraanatomická resekce plic s dalším operačním výkonem v jiný den | 6,5163 | PneumoOnko |
| 04-I03 | 04-I03-02 | Extraanatomická resekce plic u pacientů s CC=3-4 | 3,6444 | PneumoOnko |
| 04-I03 | 04-I03-03 | Extraanatomická resekce plic pro závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-2 | 2,5461 | PneumoOnko |
| 04-I03 | 04-I03-04 | Extraanatomická resekce plic pro méně závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-2 | 1,9829 | PneumoOnko |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část B - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|------------------------------------|
| 04-I05 | 04-I05-01 | Velký chirurgický výkon v dutině hrudní nebo na hrudníku mimo resekce plic s dalším operačním výkonem v jiný den | 7,7436 | PneumoOnko |
| 04-I05 | 04-I05-02 | Velký chirurgický výkon v dutině hrudní nebo na hrudníku mimo resekce plic u pacientů s CC=3-4 | 4,1868 | PneumoOnko |
| 04-I05 | 04-I05-03 | Velký chirurgický výkon v dutině hrudní nebo na hrudníku mimo resekce plic u pacientů s CC=0-2 | 2,1094 | PneumoOnko |
| 05-I06 | 05-I06-01 | Roboticky asistovaná náhrada nebo plastika 2 a více chlopní | 10,9662 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 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 | 11,7023 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I06 | 05-I06-03 | Náhrada nebo plastika 2 a více chlopní se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3 | 9,2710 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I06 | 05-I06-04 | Náhrada nebo plastika 2 a více chlopní u pacientů s CC=0-3 | 8,2181 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 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 | 12,1522 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I07 | 05-I07-02 | Chirurgický výkon na kořeni aorty se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3 | 9,7125 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I07 | 05-I07-03 | Chirurgický výkon na kořeni aorty u pacientů s CC=0-3 | 8,3953 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 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 | 11,4008 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I08 | 05-I08-02 | Bypass, náhrada nebo rekonstrukce aorty mimo břišní u pacientů s CC=0-3 | 7,6099 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I09 | 05-I09-00 | Chirurgický výkon na plicním řečišti | 8,2806 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I10 | 05-I10-01 | Roboticky asistovaná náhrada mitrální nebo trikuspidální chlopně | 10,9662 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 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 | 12,2101 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I10 | 05-I10-03 | Náhrada mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopně se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3 | 9,0363 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I10 | 05-I10-04 | Náhrada mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopně u pacientů s CC=0-3 | 7,0809 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I11 | 05-I11-01 | Roboticky asistovaná plastika mitrální nebo trikuspidální chlopně | 10,9662 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I11 | 05-I11-02 | Plastika nebo jiný výkon na mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopně s dalším provedeným výkonem v jiný den nebo | 9,8787 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část B - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče |
|--------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|--|
| | | provedená jako urgentní výkon nebo s endokarditidou na pozici hlavní nebo vedlejší diagnózy nebo u pacientů s CC=4 | | |
| 05-I11 | 05-I11-03 | Plastika nebo jiný výkon na mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopni se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3 | 8,5925 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I11 | 05-I11-04 | Plastika nebo jiný výkon na mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopni u pacientů s CC=0-3 | 6,9150 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 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 | 9,9134 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I12 | 05-I12-02 | Náhrada nebo plastika aortální chlopně se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3 | 8,5463 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I12 | 05-I12-03 | Náhrada nebo plastika aortální chlopně u pacientů s CC=0-3 | 6,7502 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I13 | 05-I13-01 | Roboticky asistovaný chirurgický výkon na srdečních síních nebo komorách | 10,9662 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I13 | 05-I13-02 | Chirurgický výkon na srdečních síních nebo komorách s dalším provedeným výkonem v jiný den nebo provedený jako urgentní výkon nebo u pacientů s CC=4 | 9,9022 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I13 | 05-I13-03 | Chirurgický výkon na srdečních síních nebo komorách se srdeční katetrizací | 8,3125 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I13 | 05-I13-04 | Chirurgický výkon na srdečních síních nebo komorách bez srdeční katetrizace | 6,5597 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I16 | 05-I16-01 | Roboticky asistovaný aortokoronární bypass | 6,1638 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 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 | 8,7935 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I16 | 05-I16-03 | Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách s chirurgickou ablací u pacientů s CC=0-3 | 7,2905 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I16 | 05-I16-04 | Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3 | 6,2376 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I16 | 05-I16-05 | Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách ze sternotomie pro závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-3 | 5,6303 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I16 | 05-I16-06 | Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách ze sternotomie u pacientů s CC=0-3 | 5,6303 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I16 | 05-I16-07 | Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách z minitorakotomie u pacientů s CC=0-3 | 4,2048 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T |
| 05-I19 | 05-I19-01 | Složitá korekce vrožené srdeční vady na zavřeném srdci u dětí do 18 let | 3,9795 | KompKardioDěti_T |
| 05-I19 | 05-I19-02 | Jednoduchá korekce vrožené srdeční vady na zavřeném srdci u dětí do 18 let | 3,2327 | KompKardioDěti_T |
| 05-M02 | 05-M02-01 | Endovaskulární nebo komplexní chirurgický výkon na aortě s dalším operačním výkonem v | 12,2120 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T KardioDosp |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část B - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|--|
| | | jiný den nebo provedený jako urgentní výkon nebo u pacientů s CC=4 | | KardioDěti |
| 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 | 8,0437 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T KardioDosp KardioDěti |
| 05-M02 | 05-M02-03 | Endovaskulární nebo komplexní chirurgický výkon na aortě u pacientů s CC=0-3 | 7,0294 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T KardioDosp KardioDěti |
| 05-M03 | 05-M03-00 | Endovaskulární výkon na srdci | 3,4254 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T KardioDosp KardioDěti |
| 05-M05 | 05-M05-01 | Katetrizační ablace s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 5,0745 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T KardioDosp KardioDěti |
| 05-M05 | 05-M05-02 | Katetrizační ablace komplexních forem arytmií | 3,4818 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T KardioDosp KardioDěti |
| 05-M05 | 05-M05-03 | Katetrizační ablace jednoduchých forem arytmií | 2,0313 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T KardioDosp KardioDěti |
| 05-M05 | 05-M05-04 | Katetrizační ablace atrioventrikulární junkce | 1,3037 | KompKardioDosp KompKardioDosp_T KardioDosp KardioDěti |
| 07-I01 | 07-I01-01 | Velká resekce slinivky břišní s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 8,9221 | OnkoDosp Trans |
| 07-I01 | 07-I01-02 | Velká resekce slinivky břišní u pacientů s CC=0-3 | 5,4336 | OnkoDosp Trans |
| 07-I02 | 07-I02-01 | Velká resekce jater s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 7,9503 | OnkoDosp Trans |
| 07-I02 | 07-I02-02 | Velká resekce jater u pacientů s CC=0-3 | 3,4964 | OnkoDosp Trans |
| 07-I03 | 07-I03-01 | Jiná resekce slinivky břišní s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=3-4 | 5,0710 | OnkoDosp Trans |
| 07-I03 | 07-I03-02 | Jiná resekce slinivky břišní u pacientů s CC=0-2 | 3,3116 | OnkoDosp Trans |
| 07-I04 | 07-I04-01 | Jiná resekce jater s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=3-4 | 4,2602 | OnkoDosp Trans |
| 07-I04 | 07-I04-02 | Jiná resekce jater u pacientů s CC=0-2 | 2,2502 | OnkoDosp Trans |
| 08-I04 | 08-I04-01 | Operace páteře bez instrumentace pro poranění nebo novotvar | 2,7970 | SpondyloChir OnkoDosp TraumaDosp |
| 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 | 1,6229 | SpondyloChir OnkoDosp TraumaDosp TraumaDěti |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část B - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče |
|--------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|--|
| 08-I04 | 08-I04-03 | Operace páteře bez instrumentace pro jiná onemocnění u pacientů ve věku 16-59 let | 1,3045 | SpondyloChir OnkoDosp TraumaDosp |
| 08-I27 | 08-I27-01 | Krytí defektu volným přenosem dvou a více laloků nebo kostí pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání nebo krytí defektu volným přenosem jednoho laloku nebo kosti u pacientů s CC=2-4 | 4,5036 | OnkoDosp |
| 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 | 3,6535 | OnkoDosp |
| 09-I01 | 09-I01-01 | Krytí defektu volným přenosem dvou a více laloků nebo kostí pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu nebo krytí defektu volným přenosem jednoho laloku nebo kosti u pacientů s CC=2-4 | 4,3177 | OnkoDosp |
| 09-I01 | 09-I01-02 | Krytí defektu volným přenosem jednoho laloku nebo kosti pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0-1 | 3,3236 | OnkoDosp |
| 09-I03 | 09-I03-00 | Kranioplastika | 2,4495 | OnkoDosp TraumaDosp TraumaDěti |
| 09-I07 | 09-I07-01 | Resekce prsu včetně rekonstrukce implantátem obou prsů | 1,6956 | OnkoDosp |
| 09-I07 | 09-I07-02 | Resekce prsu včetně rekonstrukce implantátem jednoho prsu | 1,3453 | OnkoDosp |
| 09-I08 | 09-I08-01 | Rekonstrukce obou prsů implantátem | 1,2548 | OnkoDosp |
| 09-I08 | 09-I08-02 | Rekonstrukce jednoho prsu implantátem nebo rekonstrukce obou prsů místní tkání | 1,0949 | OnkoDosp |
| 09-I08 | 09-I08-03 | Rekonstrukce jednoho prsu místní tkání | 0,8085 | OnkoDosp |
| 10-I01 | 10-I01-00 | Transplantace pankreatických ostrůvků | 3,9636 | Trans |
| 11-I01 | 11-I01-01 | Odstranění močového měchýře s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 7,1615 | OnkoUro |
| 11-I01 | 11-I01-02 | Odstranění močového měchýře u pacientů s CC=0-3 | 4,8538 | OnkoUro |
| 12-I05 | 12-I05-00 | Odstranění mizních uzlin pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy | 1,9610 | OnkoUro |
| 13-I01 | 13-I01-00 | Exenterace pánevních orgánů pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy | 6,2039 | OnkoGyn |
| 13-I02 | 13-I02-01 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů pro zhoubný novotvar včetně rozsáhlého resekcího výkonu na okolních tkáních v alespoň 2 lokalizacích | 6,9841 | OnkoGyn |
| 13-I02 | 13-I02-02 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů pro zhoubný novotvar včetně rozsáhlého resekcího výkonu na okolních tkáních v právě 1 lokalizaci u pacientek s CC=4 | 6,9841 | OnkoGyn |
| 13-I02 | 13-I02-03 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů pro zhoubný novotvar včetně rozsáhlého resekcího výkonu na okolních tkáních v právě 1 lokalizaci u pacientek s CC=2-3 | 3,6863 | OnkoGyn |
| 13-I02 | 13-I02-04 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů pro zhoubný novotvar včetně rozsáhlého | 3,4520 | OnkoGyn |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část B - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|---------------------------------------|
| | | resekčního výkonu na okolních tkáních v právě 1 lokalizaci u pacientek s CC=0-1 | | |
| 13-I04 | 13-I04-01 | Roboticky asistované odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar | 2,8856 | OnkoGyn |
| 13-I04 | 13-I04-02 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=4 | 5,2521 | OnkoGyn |
| 13-I04 | 13-I04-03 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=2-3 | 3,2393 | OnkoGyn |
| 13-I04 | 13-I04-04 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=0-1 | 2,0345 | OnkoGyn |
| 13-I05 | 13-I05-01 | Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně výkonu na mizních uzlinách pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4 | 4,9210 | OnkoGyn |
| 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 | 2,1928 | OnkoGyn |
| 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 | 1,5758 | OnkoGyn |
| 13-I06 | 13-I06-01 | Radikální odstranění vulvy nebo pochvy pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4 | 4,1517 | OnkoGyn |
| 13-I06 | 13-I06-02 | Radikální odstranění vulvy nebo pochvy pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=0-2 | 1,8261 | OnkoGyn |
| 13-I07 | 13-I07-01 | Odstranění mizních uzlin pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního | 2,2021 | OnkoGyn |
| 13-I07 | 13-I07-02 | Odstranění mizních uzlin pro zhoubný novotvar hrdla děložního | 1,7445 | OnkoGyn |
| 13-I07 | 13-I07-03 | Odstranění mizních uzlin pro zhoubný novotvar pochvy nebo vulvy | 1,6034 | OnkoGyn |
| 13-I08 | 13-I08-01 | Neradikální výkon pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního | 1,7029 | OnkoGyn |
| 13-I08 | 13-I08-02 | Neradikální výkon pro zhoubný novotvar hrdla děložního nebo pochvy | 1,5999 | OnkoGyn |
| 13-I08 | 13-I08-03 | Neradikální výkon pro novotvar in situ ženské reprodukční soustavy | 1,3751 | OnkoGyn |
| 14-I06 | 14-I06-01 | Intrauterinní výkon na plodu při mnohočetném těhotenství | 0,9670 | IntenzivníPerinat |
| 14-I06 | 14-I06-02 | Intrauterinní výkon na plodu při těhotenství jednoho dítěte | 0,5358 | IntenzivníPerinat |
| 17-I02 | 17-I02-00 | Kraniotomie pro onemocnění krevetvorby nebo špatně diferencované novotvary | 3,0762 | OnkoDosp |
| 17-I03 | 17-I03-00 | Instrumentace nebo resekční výkon na páteři | 5,5049 | OnkoDosp |
| 22-I01 | 22-I01-01 | Transplantace kůže pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s 11 a více ošetřovacími dny | 19,0886 | TraumaPop TraumaDosp TraumaDěti |
| 22-I01 | 22-I01-02 | Transplantace kůže pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s 6-10 ošetřovacími dny | 9,4788 | TraumaPop TraumaDosp TraumaDěti |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část B - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|---------------------------------------|
| 22-I01 | 22-I01-03 | Transplantace kůže pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s 2-5 ošetrovacími dny | 4,7394 | TraumaPop TraumaDosp TraumaDěti |
| 22-I01 | 22-I01-04 | Transplantace kůže pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s nejvýše 1 ošetrovacím dnem | 2,5640 | TraumaPop TraumaDosp TraumaDěti |
| 25-I01 | 25-I01-00 | Chirurgický výkon na více lokalizacích při polytraumatu | 10,2910 | TraumaDosp TraumaDěti |
| 25-I02 | 25-I02-01 | Chirurgický výkon v dutině hrudní nebo břišní, instrumentace páteře, amputace/osteosyntéza dlouhých kostí při polytraumatu s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) | 9,1929 | TraumaDosp TraumaDěti |
| 25-I02 | 25-I02-02 | Chirurgický výkon v dutině hrudní nebo břišní, instrumentace páteře, amputace/osteosyntéza dlouhých kostí při polytraumatu bez umělé plicní ventilace (nebo max. 1 den) | 6,6449 | TraumaDosp TraumaDěti |
| 25-K01 | 25-K01-01 | Polytrauma s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) | 3,6501 | TraumaDosp TraumaDěti |
| 25-K01 | 25-K01-02 | Polytrauma bez umělé plicní ventilace (nebo max. 1 den) | 2,3247 | TraumaDosp TraumaDěti |

Část C

Vysoce homogenní hrazené služby klasifikované doází, které byly v referenčním období roku 2019 hrazeny paušální úhradou a v hodnoceném období jsou hrazeny úhradou vyčleněnou z paušální úhrady s vyšší mírou sblížení sazeb a nižšími risk-koridory

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část C - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|-----------------|--------------------|---|-------------------------|
| 02-I10 | 02-I10-01 | Rekonstrukční výkon na slzném ústrojí pro zánět | 0,7840 |
| 02-I10 | 02-I10-02 | Rekonstrukční výkon na slzném ústrojí pro jiné hlavní diagnózy | 0,5407 |
| 02-R01 | 02-R01-00 | Radiochirurgie oka | 1,0370 |
| 02-R02 | 02-R02-00 | Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar oka | 1,4634 |
| 03-I01 | 03-I01-01 | Oboustranná endoprotéza čelistního kloubu | 21,2010 |
| 03-I01 | 03-I01-02 | Jednostranná endoprotéza čelistního kloubu | 10,4757 |
| 03-I02 | 03-I02-01 | Zavedení oboustranného kochleárního implantátu | 24,1660 |
| 03-I02 | 03-I02-02 | Zavedení jednostranného kochleárního implantátu | 12,1660 |
| 03-I02 | 03-I02-03 | Zavedení aktivního středoušního implantátu | 8,4005 |
| 03-I02 | 03-I02-04 | Zavedení sluchového implantátu pro přímé kostní vedení | 1,7592 |
| 03-I05 | 03-I05-01 | Odstranění hrtanu nebo resekční výkon na hrtanu s odstraněním krčních mizních uzlin a se zavedením gastrostomie, umělého plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=3-4 | 5,7451 |
| 03-I05 | 03-I05-02 | Odstranění hrtanu nebo resekční výkon na hrtanu s odstraněním krčních mizních uzlin u pacientů s CC=0-2 | 4,5605 |
| 03-I13 | 03-I13-00 | Jiný chirurgický výkon na hrtanu | 1,2201 |
| 03-I15 | 03-I15-00 | Chirurgický výkon pro vrozenou cystu nebo píštěl obličeje nebo krku | 0,9966 |
| 03-I16 | 03-I16-01 | Odstranění krčních mandlí pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=2-4 | 1,7912 |
| 03-I16 | 03-I16-02 | Odstranění krčních mandlí pro méně závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-1 | 0,9298 |
| 03-I17 | 03-I17-00 | Plastický nebo rekonstrukční výkon nosu, nosní přepážky nebo nosních kůstek | 0,8349 |
| 03-I18 | 03-I18-01 | Výkon na vedlejších dutinách nosních ze zevního přístupu | 1,1497 |
| 03-I18 | 03-I18-02 | Endoskopický výkon na vedlejších dutinách nosních pro zhoubný novotvar | 1,1199 |
| 03-I18 | 03-I18-03 | Endoskopický výkon na vedlejších dutinách nosních pro onemocnění mimo zhoubný novotvar | 0,8394 |
| 04-I06 | 04-I06-01 | Miniinvazivní operace vpáčeného nebo ptačího hrudníku | 2,9172 |
| 04-I06 | 04-I06-02 | Operace vpáčeného nebo ptačího hrudníku otevřeným přístupem | 1,9992 |
| 04-I11 | 04-I11-00 | Odstranění dlahy po operaci vpáčeného nebo ptačího hrudníku | 0,7352 |
| 05-I05 | 05-I05-01 | Primooperace vrozené srdeční vady na otevřeném srdci III-IV u dětí do 18 let | 8,4381 |
| 05-I05 | 05-I05-02 | Primooperace vrozené srdeční vady na otevřeném srdci I-II u dětí do 18 let | 5,4350 |
| 06-I01 | 06-I01-01 | Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci stolice - zkušební i definitivní období | 8,9351 |
| 06-I01 | 06-I01-02 | Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci stolice - pouze definitivní období | 6,1265 |
| 06-I01 | 06-I01-03 | Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci stolice - pouze zkušební období | 2,0473 |
| 06-I03 | 06-I03-00 | Odstranění nebo resekce jícnu | 6,7264 |
| 06-I10 | 06-I10-00 | Chirurgický výkon pro vrozenou vadu konečníku nebo řiti | 2,5297 |
| 06-I15 | 06-I15-00 | Výkon pro brániční kýlu nebo refluxní chorobu | 1,8702 |
| 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 | 1,7260 |
| 06-I16 | 06-I16-02 | Laparoskopický výkon pro oboustrannou tříselnou nebo stehenní kýlu u pacientů s CC=0-2 | 1,1267 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část C - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|------------------------|---------------------------|--|--------------------------------|
| 06-I16 | 06-I16-03 | Laparoskopický výkon pro jednostrannou tříselnou nebo stehenní kýlu u pacientů s CC=0-2 | 0,8374 |
| 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 | 0,6892 |
| 06-I16 | 06-I16-05 | Otevřený chirurgický výkon pro tříselnou nebo stehenní kýlu u dětí do 16 let věku s CC=0-2 | 0,4623 |
| 06-I18 | 06-I18-01 | Odstranění apendixu s dalším operačním výkonem v jiný den | 2,7832 |
| 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 | 2,4736 |
| 06-I18 | 06-I18-03 | Odstranění apendixu u pacientů ve věku 18-64 let pro rozsáhlý zánět nebo s CC=2-4 | 1,3418 |
| 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 | 1,1088 |
| 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 | 0,8242 |
| 06-I19 | 06-I19-00 | Uvolňování srůstů pobřišnice nebo střeva | 1,4123 |
| 08-C02 | 08-C02-00 | Izolovaná regionální hypertermní perfúze končetiny cytostatiky pro zhoubný novotvar kostí a měkkých tkání | 3,8019 |
| 08-I01 | 08-I01-01 | Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění páteře a míchy - zkušební i definitivní období | 8,9351 |
| 08-I01 | 08-I01-02 | Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění páteře a míchy - pouze definitivní období | 6,5400 |
| 08-I01 | 08-I01-03 | Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění páteře a míchy - pouze zkušební období | 2,0613 |
| 08-I02 | 08-I02-00 | Implantace elektronické lékové pumpy pro onemocnění páteře a míchy nebo syndrom ochrnutí | 9,2157 |
| 08-I03 | 08-I03-01 | Operace páteře s instrumentací 9 a více segmentů | 10,6167 |
| 08-I03 | 08-I03-02 | Operace páteře s instrumentací 5 až 8 segmentů | 6,6345 |
| 08-I03 | 08-I03-03 | Operace páteře s instrumentací 3 až 4 segmentů pro novotvar nebo poranění mimo krční páteř | 4,9530 |
| 08-I03 | 08-I03-04 | Operace páteře s instrumentací 3 až 4 segmentů pro jiná onemocnění mimo krční páteř | 4,7616 |
| 08-I03 | 08-I03-05 | Operace páteře s instrumentací nejvýše 2 segmentů pro novotvar nebo poranění mimo krční páteř | 3,2684 |
| 08-I03 | 08-I03-06 | Operace páteře s instrumentací nejvýše 2 segmentů pro jiná onemocnění mimo krční páteř | 3,2523 |
| 08-I03 | 08-I03-07 | Operace páteře s instrumentací pro poranění krční páteře | 3,3095 |
| 08-I03 | 08-I03-08 | Operace páteře s instrumentací pro jiná onemocnění krční páteře | 1,9455 |
| 08-I06 | 08-I06-01 | Implantace tumorózní endoprotézy kolene | 5,7504 |
| 08-I06 | 08-I06-02 | Reimplantace endoprotézy kolene | 4,6690 |
| 08-I06 | 08-I06-03 | Revize endoprotézy kolene s výměnou artikulárních komponent nebo odstranění endoprotézy | 2,8209 |
| 08-I06 | 08-I06-04 | Implantace totální endoprotézy kolene | 2,4180 |
| 08-I06 | 08-I06-05 | Implantace hemiartroplastiky kolene nebo patelo-femorální náhrady | 2,1507 |
| 08-I07 | 08-I07-01 | Implantace tumorózní endoprotézy nebo reimplantace/revize/odstranění endoprotézy hlezna | 2,0067 |
| 08-I07 | 08-I07-02 | Implantace totální endoprotézy hlezna | 2,0067 |
| 08-I09 | 08-I09-01 | Implantace tumorózní endoprotézy nebo reimplantace/revize/odstranění endoprotézy lokte | 3,4255 |
| 08-I09 | 08-I09-02 | Implantace totální endoprotézy lokte | 3,4255 |
| 08-I09 | 08-I09-03 | Implantace endoprotézy hlavičky radia | 1,8398 |
| 10-I10 | 10-I10-00 | Plastický výkon pro metabolickou nebo nutriční poruchu | 1,2088 |
| 10-I11 | 10-I11-00 | Chirurgický výkon pro onemocnění nadledviny | 2,0297 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část C - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|------------------------|---------------------------|--|--------------------------------|
| 10-I13 | 10-I13-01 | Odstranění nebo resekce štítné žlázy nebo přístítných tělísek ze sternotomie, s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=3-4 | 1,7916 |
| 10-I13 | 10-I13-02 | Odstranění celé štítné žlázy u pacientů s CC=0-2 | 1,1227 |
| 10-I13 | 10-I13-03 | Odstranění celého laloku štítné žlázy u pacientů s CC=0-2 | 0,8718 |
| 10-I13 | 10-I13-04 | Odstranění přístítných tělísek u pacientů s CC=0-2 | 0,6791 |
| 10-I15 | 10-I15-00 | Chirurgický výkon na štítné žláze mimo resekce | 1,0618 |
| 10-R02 | 10-R02-01 | Léčba zhoubného novotvaru štítné žlázy radiojódem | 0,9228 |
| 10-R02 | 10-R02-02 | Léčba hypertyreózy radiojódem | 0,6630 |
| 11-I02 | 11-I02-00 | Implantace arteficiálního sfinkteru | 5,3510 |
| 11-I03 | 11-I03-01 | Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci moči - zkušební i definitivní období | 8,9351 |
| 11-I03 | 11-I03-02 | Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci moči - pouze definitivní období | 6,5004 |
| 11-I03 | 11-I03-03 | Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci moči - pouze zkušební období | 2,0619 |
| 11-I04 | 11-I04-01 | Odstranění ledviny včetně nadledviny, močového nebo mízních uzlin s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 4,7564 |
| 11-I04 | 11-I04-02 | Odstranění ledviny včetně nadledviny, močového nebo mízních uzlin u pacientů s CC=0-3 | 2,6578 |
| 11-I05 | 11-I05-00 | Odstranění mízních uzlin pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy | 3,0889 |
| 11-I06 | 11-I06-01 | Odstranění nebo resekce močového pro závažnou hlavní diagnózu nebo u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-4 | 2,5807 |
| 11-I06 | 11-I06-02 | Odstranění nebo resekce močového u pacientů s CC=0-1 | 2,2125 |
| 11-I07 | 11-I07-01 | Roboticky asistovaná resekce ledviny | 2,7482 |
| 11-I07 | 11-I07-02 | Resekce ledviny s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 4,2809 |
| 11-I07 | 11-I07-03 | Resekce ledviny u pacientů s CC=2-3 | 2,8099 |
| 11-I07 | 11-I07-04 | Resekce ledviny u pacientů s CC=0-1 | 1,8718 |
| 11-I08 | 11-I08-01 | Odstranění ledviny s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 5,1408 |
| 11-I08 | 11-I08-02 | Odstranění ledviny u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-3 | 3,0894 |
| 11-I08 | 11-I08-03 | Odstranění ledviny u pacientů s CC=0-1 | 2,0530 |
| 11-I14 | 11-I14-01 | Závěšná nebo slingová operace močové trubice u mužů | 1,3399 |
| 11-I14 | 11-I14-02 | Závěšná nebo slingová operace močové trubice u žen | 0,6184 |
| 12-I02 | 12-I02-01 | Roboticky asistované odstranění prostaty včetně mízních uzlin | 3,3855 |
| 12-I02 | 12-I02-02 | Laparoskopické odstranění prostaty včetně mízních uzlin | 3,2301 |
| 12-I02 | 12-I02-03 | Odstranění prostaty včetně mízních uzlin otevřeným způsobem | 1,9884 |
| 12-I03 | 12-I03-01 | Roboticky asistované odstranění prostaty bez mízních uzlin | 2,6935 |
| 12-I03 | 12-I03-02 | Laparoskopické odstranění prostaty bez mízních uzlin | 2,2873 |
| 12-I03 | 12-I03-03 | Odstranění prostaty bez mízních uzlin otevřeným způsobem pro zhoubný novotvar | 2,0867 |
| 12-I03 | 12-I03-04 | Odstranění prostaty bez mízních uzlin otevřeným způsobem pro ostatní hlavní diagnózy | 1,7813 |
| 12-I10 | 12-I10-01 | Laparoskopický rekonstrukční výkon pro onemocnění varlat nebo testikulárních adnex | 0,9393 |
| 12-I10 | 12-I10-02 | Rekonstrukční výkon otevřeným přístupem nebo exploratorní výkon pro onemocnění varlat nebo testikulárních adnex | 0,5170 |
| 12-I13 | 12-I13-01 | Laparoskopické odstranění varikokély nebo odstranění varikokély, hydrokély nebo spermatokély otevřeným přístupem u pacientů s CC=3-4 | 0,7806 |
| 12-I13 | 12-I13-02 | Odstranění varikokély, hydrokély a spermatokély otevřeným přístupem u pacientů s CC=0-2 | 0,5392 |
| 12-M02 | 12-M02-01 | Transuretrální odstranění prostaty u pacientů s CC=1-4 | 1,2427 |
| 12-M02 | 12-M02-02 | Transuretrální odstranění prostaty u pacientů s CC=0 | 0,9502 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část C - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|------------------------|---------------------------|---|--------------------------------|
| 13-I03 | 13-I03-01 | Resekční výkon na trávicí soustavě pro extragenitální endometriózu | 2,3443 |
| 13-I03 | 13-I03-02 | Resekční výkon na trávicí soustavě pro rektokélu | 1,4345 |
| 13-I11 | 13-I11-01 | Odstranění dělohy pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4 | 2,9693 |
| 13-I11 | 13-I11-02 | Odstranění dělohy pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s CC=1-2 | 1,6514 |
| 13-I11 | 13-I11-03 | Odstranění dělohy pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s CC=0 | 1,4332 |
| 13-I12 | 13-I12-00 | Jiný chirurgický výkon pro odstranění extragenitálních endometriózních ložisek | 1,4606 |
| 13-I14 | 13-I14-01 | Resekční výkon na děložních adnexech pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4 | 2,0854 |
| 13-I14 | 13-I14-02 | Resekční výkon na děložních adnexech pro onemocnění mimo zhoubný novotvar otevřeným přístupem u pacientek s CC=0-2 | 1,4349 |
| 13-I14 | 13-I14-03 | Resekční výkon na děložních adnexech pro onemocnění mimo zhoubný novotvar laparoskopickým přístupem u pacientek s CC=0-2 | 0,8776 |
| 13-I17 | 13-I17-00 | Uvolňování pánevních peritoneálních srůstů | 0,8058 |
| 14-I02 | 14-I02-01 | Odstranění dělohy v těhotenství, po porodu nebo po potratu | 1,6375 |
| 14-I02 | 14-I02-02 | Jiný chirurgický výkon na děloze mimo odstranění v těhotenství, po porodu nebo po potratu | 0,8972 |
| 14-I04 | 14-I04-00 | Chirurgický výkon na děložních adnexech v těhotenství, po porodu nebo po potratu | 0,7916 |
| 19-I01 | 19-I01-01 | Implantace zařízení pro hlubokou mozkovou stimulaci pro nemoci a poruchy duševní - bilaterální | 14,7444 |
| 19-I01 | 19-I01-02 | Implantace zařízení pro hlubokou mozkovou stimulaci pro nemoci a poruchy duševní - unilaterální | 6,8177 |
| 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 | 4,4549 |
| 19-I02 | 19-I02-02 | Rekonstrukční výkon pro poruchy sexuálních funkcí zahrnující volný přenos jednoho laloku u pacientů s CC=0-1 | 3,6057 |
| 23-I05 | 23-I05-01 | Profylaktické odstranění prsu včetně rekonstrukce autologní tkáně | 3,6860 |
| 23-I05 | 23-I05-02 | Profylaktické odstranění prsu včetně rekonstrukce implantátem obou prsů | 1,6429 |
| 23-I05 | 23-I05-03 | Profylaktické odstranění prsu včetně rekonstrukce implantátem jednoho prsu | 1,5604 |
| 23-I06 | 23-I06-01 | Profylaktické odstranění obou prsů bez rekonstrukce nebo profylaktické odstranění jednoho prsu u pacientek s CC=2-4 | 1,1015 |
| 23-I06 | 23-I06-02 | Profylaktické odstranění jednoho prsu bez rekonstrukce u pacientek s CC=0-1 | 0,8372 |
| 23-I07 | 23-I07-00 | Profylaktické odstranění dělohy | 1,4204 |
| 23-I08 | 23-I08-00 | Profylaktické odstranění děložních adnex | 0,8174 |
| 23-M01 | 23-M01-00 | Odběr krevetvorných buněk od zdravého dárce | 0,4350 |
| 24-M01 | 24-M01-01 | Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 22-42 dnů po předchozí operaci páteře včetně instrumentace | 10,6555 |
| 24-M01 | 24-M01-02 | Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 22-42 dnů po předchozí operaci páteře bez instrumentace | 9,5927 |
| 24-M01 | 24-M01-03 | Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 22-42 dnů bez předchozí operace páteře | 5,4592 |
| 24-M02 | 24-M02-01 | Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 43-63 dnů po předchozí operaci páteře včetně instrumentace | 14,4989 |
| 24-M02 | 24-M02-02 | Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 43-63 dnů bez předchozí operace páteře s instrumentací | 8,4922 |
| 24-M03 | 24-M03-01 | Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 64 a více dnů po předchozí operaci páteře včetně instrumentace | 15,5115 |

| CZ-DRG báze kód | CZ-DRG skupina kód | Část C - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| 24-M03 | 24-M03-02 | Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 64 a více dnů bez předchozí operace páteře s instrumentací | 10,7727 |

Část D

Středně homogenní hrazené služby klasifikované do bází, které byly v referenčním období roku 2019 hrazeny paušální úhradou a v hodnoceném období jsou hrazeny úhradou vyčleněnou z paušální úhrady s nižší mírou sblížení sazeb a vyššími risk-koridory

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část D - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|
| 00-I06 | 00-I06-00 | Transplantace orgánů nezařazených jinde | 7,3600 |
| 00-K01 | 00-K01-01 | Léčba akutní rejekce transplantovaného orgánu u pacientů s CC=3-4 | 5,2264 |
| 00-K01 | 00-K01-02 | Léčba akutní rejekce transplantovaného orgánu u pacientů s CC=0-2 | 1,2081 |
| 00-K02 | 00-K02-00 | Léčba akutní rejekce transplantátu krvetvorných buněk | 1,7459 |
| 00-M06 | 00-M06-01 | Alogenní transplantace krvetvorných buněk u dětí do 18 let věku | 26,0823 |
| 00-M06 | 00-M06-02 | Alogenní transplantace krvetvorných buněk u pacientů ve věku 18 a více let | 20,6720 |
| 01-I06 | 01-I06-01 | Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií s dalším operačním výkonem v jiný den | 8,4692 |
| 01-I06 | 01-I06-02 | Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií pro netraumatické subarachnoidální krvácení nebo s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo u pacientů s CC=2-4 | 5,1349 |
| 01-I06 | 01-I06-03 | Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií u dětí do 18 let věku s CC=0-1 | 3,5463 |
| 01-I06 | 01-I06-04 | Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií pro epilepsii nebo novotvar u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1 | 3,6479 |
| 01-I06 | 01-I06-05 | Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií pro ostatní onemocnění u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1 | 2,6971 |
| 01-I07 | 01-I07-01 | Chirurgický výkon z návrtu nebo transsfenoidálním přístupem s dalším operačním výkonem v jiný den | 9,0109 |
| 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 | 4,2505 |
| 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 | 3,0371 |
| 01-I07 | 01-I07-04 | Chirurgický výkon z návrtu nebo transsfenoidálním přístupem pro ostatní onemocnění u pacientů s CC=0-3 | 1,9818 |
| 01-I09 | 01-I09-01 | Extrakraniální chirurgický výkon na cévách hlavy v komplexním CVSP u pacientů s CC=1-4 | 2,3764 |
| 01-I09 | 01-I09-02 | Extrakraniální chirurgický výkon na cévách hlavy v komplexním CVSP u pacientů s CC=0 | 1,5277 |
| 01-I09 | 01-I09-03 | Extrakraniální chirurgický výkon na cévách hlavy mimo komplexní CVSP | 1,1352 |
| 01-I10 | 01-I10-00 | Odstranění brzlíku pro onemocnění nervosvalového přenosu | 1,7448 |
| 01-I11 | 01-I11-01 | Chirurgický výkon v retrobasilinguální nebo velofaryngeální oblasti pro poruchu spánku | 0,9665 |
| 01-I11 | 01-I11-02 | Chirurgický výkon v nosní dutině nebo nosohltanu pro poruchu spánku | 0,5100 |
| 01-I12 | 01-I12-01 | Mikrochirurgická sutura nervových pletení | 2,3281 |
| 01-I12 | 01-I12-02 | Jiný chirurgický výkon na nervových pleteních | 1,2322 |
| 01-I14 | 01-I14-01 | Mikrochirurgická sutura jiných periferních nervů | 1,2322 |
| 01-I14 | 01-I14-02 | Jiný chirurgický výkon na jiných periferních nervech | 1,2322 |
| 01-M02 | 01-M02-00 | Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro onemocnění nervové soustavy | 5,3973 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část D - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|
| 01-M03 | 01-M03-01 | Angioplastika mozkových cév pro mozkový infarkt, aneurysma nebo disekci | 5,0377 |
| 01-M03 | 01-M03-02 | Angioplastika mozkových cév pro ostatní cévní onemocnění mozku | 2,5102 |
| 01-R01 | 01-R01-00 | Radiochirurgie pro onemocnění nervové soustavy | 1,1033 |
| 02-I01 | 02-I01-00 | Transplantace rohovky včetně chirurgického výkonu na čočce | 1,3263 |
| 02-I02 | 02-I02-01 | Transplantace rohovky | 1,2369 |
| 02-I02 | 02-I02-02 | Transplantace amniové membrány | 1,4854 |
| 02-I03 | 02-I03-00 | Odstranění tumoru očníce z kraniotomie | 2,7292 |
| 02-I04 | 02-I04-00 | Rekonstrukční chirurgický výkon na očnici | 0,9726 |
| 02-I05 | 02-I05-01 | Chirurgické ošetření poranění oka ve dvou a více operačních dnech | 2,4305 |
| 02-I05 | 02-I05-02 | Chirurgické ošetření poranění oka v rámci jednoho operačního dne | 1,5121 |
| 02-I06 | 02-I06-01 | Odstranění sklivce pro zánět | 1,6951 |
| 02-I06 | 02-I06-02 | Odstranění sklivce včetně chirurgického výkonu na čočce pro nezánettivé onemocnění | 1,2479 |
| 02-I06 | 02-I06-03 | Odstranění sklivce pro odchlípení nebo trhlinu sítnice | 0,9926 |
| 02-I06 | 02-I06-04 | Odstranění sklivce pro jiné hlavní diagnózy | 0,7963 |
| 02-I07 | 02-I07-01 | Odstranění celého oka nebo části oka z předního segmentu s komplikující hlavní diagnózou | 2,2633 |
| 02-I07 | 02-I07-02 | Odstranění celého oka nebo části oka z předního segmentu bez komplikující hlavní diagnózy | 1,0873 |
| 02-I08 | 02-I08-01 | Chirurgický výkon pro náhradu čočky u dětí do 18 let | 1,4245 |
| 02-I08 | 02-I08-02 | Chirurgický výkon pro náhradu čočky u pacientů ve věku 18 a více let | 0,6078 |
| 02-I11 | 02-I11-01 | Rekonstrukční výkon na okohybném svalu u dětí do 18 let | 0,8069 |
| 02-I11 | 02-I11-02 | Rekonstrukční výkon na okohybném svalu u pacientů ve věku 18 a více let | 0,6735 |
| 03-I07 | 03-I07-01 | Resekční výkon v dutině ústní nebo na slinných žlázách s odstraněním krčních mízních uzlin a se zavedením gastrostomie, umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=3-4 | 4,0044 |
| 03-I07 | 03-I07-02 | Resekční výkon v dutině ústní s odstraněním krčních mízních uzlin u pacientů s CC=0-2 | 2,8237 |
| 03-I07 | 03-I07-03 | Resekční výkon na slinných žlázách s odstraněním krčních mízních uzlin u pacientů s CC=0-2 | 1,9085 |
| 03-I08 | 03-I08-01 | Disekce krčních uzlin pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku | 2,1218 |
| 03-I08 | 03-I08-02 | Částečná exstirpace krčních uzlin pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku | 1,2250 |
| 03-I09 | 03-I09-01 | Rekonstrukční výkon pro rozštěp rtu nebo patra u dětí do 18 let věku | 1,9463 |
| 03-I09 | 03-I09-02 | Rekonstrukční výkon pro rozštěp rtu nebo patra u pacientů ve věku 18 a více let | 0,9072 |
| 03-I10 | 03-I10-01 | Resekce čelisti pro zhoubný novotvar nebo zánět dutiny ústní | 1,3494 |
| 03-I10 | 03-I10-02 | Resekce čelisti pro onemocnění dutiny ústní mimo zhoubný novotvar a zánět | 1,0601 |
| 03-I11 | 03-I11-01 | Rekonstrukční výkon na obou čelistech pro onemocnění mimo trauma | 2,2117 |
| 03-I11 | 03-I11-02 | Jiný rekonstrukční výkon na čelisti nebo obličeji pro onemocnění mimo trauma | 1,1230 |
| 03-I11 | 03-I11-03 | Rekonstrukční výkon na čelisti nebo obličeji pro trauma | 1,1267 |
| 03-I12 | 03-I12-01 | Odstranění celé příušní žlázy | 1,7633 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část D - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|
| 03-I12 | 03-I12-02 | Odstranění laloku příušní žlázy | 1,2832 |
| 03-I12 | 03-I12-03 | Exstirpace podčelistní nebo podjazykové slinné žlázy | 0,9934 |
| 03-I12 | 03-I12-04 | Extrakapsulární exstirpace nebo biopsie příušní žlázy | 0,8590 |
| 03-I20 | 03-I20-01 | Velký rekonstrukční výkon ucha pro poranění nebo vrozenou vadu | 1,9507 |
| 03-I20 | 03-I20-02 | Chirurgický výkon na zevním uchu u pacientů ve věku 18 a více let | 0,7127 |
| 03-I20 | 03-I20-03 | Chirurgický výkon na zevním uchu pro vrozenou vadu u dětí do 18 let věku | 0,7102 |
| 03-I20 | 03-I20-04 | Chirurgický výkon na zevním uchu pro onemocnění mimo vrozené vady u dětí do 18 let věku | 0,3555 |
| 04-D01 | 04-D01-00 | Srdeční katetrizace pro onemocnění dýchací soustavy | 1,9112 |
| 04-I01 | 04-I01-00 | Extrakorporální membránová oxygenace pro plicní embolii | 9,3491 |
| 04-I04 | 04-I04-00 | Výkon na cévách pro onemocnění dýchací soustavy | 4,0654 |
| 04-I07 | 04-I07-00 | Destrukční výkon pro onemocnění dýchací soustavy | 1,7713 |
| 04-R01 | 04-R01-01 | Radiochirurgie pro zhoubný novotvar plic v rámci 2 a více ozařovacích dnů | 2,1907 |
| 04-R01 | 04-R01-02 | Radiochirurgie pro zhoubný novotvar plic v rámci 1 ozařovacího dne | 1,1473 |
| 05-I01 | 05-I01-01 | Zavedení dlouhodobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 241 a více hodin (11 a více dní) | 111,7190 |
| 05-I01 | 05-I01-02 | Zavedení dlouhodobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní) | 78,5738 |
| 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) | 67,9679 |
| 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) | 45,4136 |
| 05-I02 | 05-I02-02 | Zavedení krátkodobé až střednědobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní) | 37,7761 |
| 05-I02 | 05-I02-03 | Zavedení krátkodobé až střednědobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 0-96 hodin (bez UPV nebo max. 4 dny) | 15,4292 |
| 05-I03 | 05-I03-01 | Zavedení jiné mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 241 a více hodin (11 a více dní) | 33,5120 |
| 05-I03 | 05-I03-02 | Zavedení jiné mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní) | 18,5284 |
| 05-I03 | 05-I03-03 | Dva operační výkony na srdci nebo aortě v různých dnech se zavedením jiné mechanické srdeční podpory | 20,0698 |
| 05-I03 | 05-I03-04 | Zavedení jiné mechanické srdeční podpory s nejvýše jedním operačním dnem na srdci nebo aortě | 10,0669 |
| 05-I04 | 05-I04-01 | Druhá a další reoperace vrozené srdeční vady na otevřeném srdci u dětí do 18 let | 10,3548 |
| 05-I04 | 05-I04-02 | První reoperace vrozené srdeční vady na otevřeném srdci u dětí do 18 let | 7,2039 |
| 05-I14 | 05-I14-01 | Implantace kardioverteru-defibrilátoru s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 10,0579 |
| 05-I14 | 05-I14-02 | Implantace kardioverteru-defibrilátoru se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3 | 6,4595 |
| 05-I14 | 05-I14-03 | Implantace dvoukomorového nebo subkutánního kardioverteru-defibrilátoru u pacientů s CC=0-3 | 6,0362 |
| 05-I14 | 05-I14-04 | Implantace dvoudutinového nebo jednodutinového kardioverteru-defibrilátoru u pacientů s CC=0-3 | 5,2220 |
| 05-I15 | 05-I15-00 | Chirurgická ablace poruchy srdečního rytmu | 9,9803 |
| 05-I17 | 05-I17-00 | Odstranění nebo chirurgická drenáž perikardu | 4,0367 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část D - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|
| 05-I18 | 05-I18-01 | Roboticky asistovaný bypass nebo rekonstrukce na centrálních cévách v hrudní a břišní dutině | 6,7630 |
| 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 | 8,4535 |
| 05-I18 | 05-I18-03 | Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na centrálních cévách v hrudní a břišní dutině s odstraněním uzávěru cévy nebo se závažnou vedlejší diagnózou nebo u pacientů s CC=2-3 | 4,7870 |
| 05-I18 | 05-I18-04 | Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na centrálních cévách v hrudní a břišní dutině u pacientů s CC=0-1 | 3,3858 |
| 05-I21 | 05-I21-01 | Chirurgická implantace nebo extrakce stimulačních elektrod | 5,0659 |
| 05-I21 | 05-I21-02 | Transvenózní extrakce stimulačních elektrod | 2,9088 |
| 05-I22 | 05-I22-00 | Transplantace kůže nebo krytí defektu lalokem pro nemoc periferních cév | 1,3868 |
| 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 | 5,2704 |
| 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 | 3,9392 |
| 05-I24 | 05-I24-03 | Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na periferních cévách mimo hrudní a břišní dutinu u pacientů s CC=2-3 | 3,1085 |
| 05-I24 | 05-I24-04 | Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na periferních cévách mimo hrudní a břišní dutinu u pacientů s CC=0-1 | 2,1032 |
| 05-I25 | 05-I25-01 | Implantace kardiostimulátoru s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 3,6394 |
| 05-I25 | 05-I25-02 | Implantace dvoukomorového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3 | 2,9415 |
| 05-I25 | 05-I25-03 | Implantace dvoudutinového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3 | 1,6330 |
| 05-I25 | 05-I25-04 | Implantace jednodutinového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3 | 1,2108 |
| 05-I26 | 05-I26-01 | Trombektomie, embolektomie nebo endarterektomie centrálních a periferních cév v CVSP u pacientů s CC=1-4 | 2,1490 |
| 05-I26 | 05-I26-02 | Trombektomie, embolektomie nebo endarterektomie centrálních a periferních cév v CVSP u pacientů s CC=0 | 1,4358 |
| 05-I26 | 05-I26-03 | Trombektomie, embolektomie nebo endarterektomie centrálních a periferních cév mimo CVSP | 1,4178 |
| 05-I29 | 05-I29-01 | Vytvoření AV zkratu protézou pro onemocnění periferních tepen | 1,1710 |
| 05-I29 | 05-I29-02 | Vytvoření nebo úprava AV zkratu bez použití protézy pro onemocnění periferních tepen u pacientů s CC=2-4 | 1,5351 |
| 05-I29 | 05-I29-03 | Vytvoření nebo úprava AV zkratu bez použití protézy pro onemocnění periferních tepen u pacientů s CC=0-1 | 1,0323 |
| 05-I30 | 05-I30-01 | Operace povrchových končetinových žil s ošetřením refluxu otevřeným přístupem | 0,6035 |
| 05-I30 | 05-I30-02 | Operace povrchových končetinových žil termickými metodami | 0,4173 |
| 05-I30 | 05-I30-03 | Extirpace varikózních větví bez ošetření refluxu v žilních kmenech | 0,5190 |
| 05-M01 | 05-M01-01 | Katetrizační implantace nebo korekce chlopní s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 14,6742 |
| 05-M01 | 05-M01-02 | Katetrizační implantace nebo korekce chlopní se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3 | 12,3717 |
| 05-M01 | 05-M01-03 | Katetrizační implantace nebo korekce chlopní u pacientů s CC=0-3 | 11,4411 |
| 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 | 5,4723 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část D - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|
| 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 | 4,0407 |
| 05-M04 | 05-M04-03 | Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro nemoc periferních cév s mechanickou aterektomií nebo trombektomií | 2,9883 |
| 05-M04 | 05-M04-04 | Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro nemoc periferních cév bez mechanické aterektomie a trombektomie | 2,4062 |
| 05-M06 | 05-M06-01 | Angioplastika 2 a více věnčitých tepen s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 4,5059 |
| 05-M06 | 05-M06-02 | Angioplastika 1 věnčité tepny s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 3,8536 |
| 05-M06 | 05-M06-03 | Komplexní angioplastika 2 a více věnčitých tepen za použití zobrazovacích nebo rotačních technik | 2,7477 |
| 05-M06 | 05-M06-04 | Komplexní angioplastika 1 věnčité tepny za použití zobrazovacích nebo rotačních technik | 2,4176 |
| 05-M06 | 05-M06-05 | Angioplastika 2 a více věnčitých tepen při akutním infarktu myokardu | 2,3681 |
| 05-M06 | 05-M06-06 | Angioplastika 1 věnčité tepny při akutním infarktu myokardu | 1,8264 |
| 05-M06 | 05-M06-07 | Angioplastika 2 a více věnčitých tepen při jiném onemocnění srdce | 1,9441 |
| 05-M06 | 05-M06-08 | Angioplastika 1 věnčité tepny při jiném onemocnění srdce | 1,4228 |
| 05-M07 | 05-M07-01 | Angioplastika centrálních a periferních cév se zavedením stentgraftu | 5,0646 |
| 05-M07 | 05-M07-02 | Angioplastika centrálních a periferních cév s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 | 2,7740 |
| 05-M07 | 05-M07-03 | Vícesegmentální angioplastika centrálních a periferních cév se zavedením stentu u pacientů s CC=0-3 | 2,2796 |
| 05-M07 | 05-M07-04 | Angioplastika centrálních a periferních cév se zavedením stentu u pacientů s CC=0-3 | 1,7763 |
| 05-M07 | 05-M07-05 | Vícesegmentální angioplastika centrálních a periferních cév bez zavedení stentu u pacientů s CC=0-3 | 1,7268 |
| 05-M07 | 05-M07-06 | Angioplastika centrálních a periferních cév bez zavedení stentu u pacientů s CC=0-3 | 1,2265 |
| 05-M08 | 05-M08-00 | Embolizace pro nemoc centrálních a periferních cév | 3,4820 |
| 06-I02 | 06-I02-01 | Rozsáhlý výkon v dutině břišní pro zhoubný novotvar trávicí soustavy | 6,2469 |
| 06-I02 | 06-I02-02 | Rozsáhlý výkon v dutině břišní pro onemocnění trávicí soustavy mimo zhoubný novotvar | 4,3532 |
| 06-I04 | 06-I04-01 | Odstranění nebo resekce žaludku s dalším operačním výkonem v jiný den | 7,6409 |
| 06-I04 | 06-I04-02 | Odstranění nebo resekce žaludku u pacientů s CC=4 | 6,0704 |
| 06-I04 | 06-I04-03 | Odstranění nebo resekce žaludku u pacientů s CC=0-3 | 4,1457 |
| 06-I05 | 06-I05-01 | Roboticky asistované odstranění nebo resekce konečníku | 3,8811 |
| 06-I05 | 06-I05-02 | Odstranění nebo resekce konečníku s dalším operačním výkonem v jiný den | 6,2108 |
| 06-I05 | 06-I05-03 | Odstranění nebo resekce konečníku u pacientů s CC=3-4 | 4,7248 |
| 06-I05 | 06-I05-04 | Odstranění nebo resekce konečníku u pacientů s CC=0-2 | 3,2769 |
| 06-I06 | 06-I06-01 | Výkon na cévách pro vaskulární onemocnění střeva | 6,3446 |
| 06-I06 | 06-I06-02 | Výkon na cévách nebo slezině pro onemocnění trávicí soustavy | 5,0833 |
| 06-I07 | 06-I07-01 | Resekce střeva nebo peritonea pro onemocnění trávicí soustavy s dalším operačním výkonem v jiný den u pacientů s CC=4 | 8,7091 |
| 06-I07 | 06-I07-02 | Resekce střeva nebo peritonea pro onemocnění trávicí soustavy u dětí do 2 let věku | 4,4757 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část D - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|----------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| 06-I07 | 06-I07-03 | Resekce střeva nebo peritonea pro onemocnění trávicí soustavy s dalším operačním výkonem v jiný den u pacientů ve věku 2 a více let s CC=0-3 | 5,3735 |
| 06-I07 | 06-I07-04 | Resekce střeva nebo peritonea pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů ve věku 2 a více let s CC=4 | 4,5235 |
| 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 | 2,7920 |
| 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 | 2,3725 |
| 06-I08 | 06-I08-00 | Chirurgický výkon pro vrozenou vadu jícnu nebo žaludku | 1,6117 |
| 06-I09 | 06-I09-01 | Chirurgický výkon pro vrozenou vadu tenkého nebo tlustého střeva u dětí do 18 let věku | 3,4883 |
| 06-I09 | 06-I09-02 | Chirurgický výkon pro vrozenou vadu tenkého nebo tlustého střeva u pacientů ve věku 18 a více let | 1,7472 |
| 06-I11 | 06-I11-00 | Chirurgický výkon na jícnu mimo resekce | 1,9003 |
| 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 | 2,8429 |
| 06-I17 | 06-I17-02 | Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu s použitím implantátu nebo korekce rozestupu přímých svalů břišních u pacientů s CC=0-2 | 1,0107 |
| 06-I17 | 06-I17-03 | Výkon pro recidivující břišní nebo pupeční kýlu u pacientů s CC=0-2 | 0,8790 |
| 06-I17 | 06-I17-04 | Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-2 | 0,4987 |
| 06-I17 | 06-I17-05 | Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu u dětí do 16 let věku s CC=0-2 | 0,3953 |
| 06-I21 | 06-I21-01 | Perianální výkon u pacientů s CC=3-4 | 1,5446 |
| 06-I21 | 06-I21-02 | Perianální výkon pro zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2 | 0,7723 |
| 06-I21 | 06-I21-03 | Perianální výkon pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2 | 0,4572 |
| 06-I22 | 06-I22-01 | Chirurgické odstranění hemoroidů staplerovou metodou | 0,6812 |
| 06-I22 | 06-I22-02 | Chirurgické odstranění hemoroidů klasickou metodou | 0,4181 |
| 06-M02 | 06-M02-00 | Výkon pro obstrukci trávicí soustavy u dětí | 0,7014 |
| 07-I05 | 07-I05-00 | Destrukční výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní | 1,8526 |
| 07-I06 | 07-I06-01 | Výkon na cévách se zavedením portosystémového shuntu pro cirhózu | 5,2450 |
| 07-I06 | 07-I06-02 | Výkon na cévách bez zavedení portosystémového shuntu pro onemocnění hepatobiliární soustavy | 1,9112 |
| 07-I07 | 07-I07-00 | Nekrektomie nebo drenážní výkon pro akutní zánět slinivky břišní | 8,8100 |
| 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 | 4,8927 |
| 07-I08 | 07-I08-02 | Spojkový nebo rekonstrukční výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=0-2 | 3,2553 |
| 07-I10 | 07-I10-01 | Odstranění žlučníku otevřeným přístupem u pacientů s CC=3-4 | 3,6360 |
| 07-I10 | 07-I10-02 | Odstranění žlučníku laparoskopicky u pacientů s CC=3-4 | 2,0218 |
| 07-I10 | 07-I10-03 | Odstranění žlučníku otevřeným přístupem pro akutní zánět slinivky břišní nebo u pacientů s CC=1-2 | 2,0787 |
| 07-I10 | 07-I10-04 | Odstranění žlučníku otevřeným přístupem pro jiné onemocnění mimo akutní zánět slinivky břišní u pacientů s CC=0 | 1,4211 |
| 07-I10 | 07-I10-05 | Odstranění žlučníku laparoskopicky pro akutní zánět slinivky břišní nebo u pacientů s CC=1-2 | 1,3592 |
| 07-I10 | 07-I10-06 | Odstranění žlučníku laparoskopicky pro jiné onemocnění mimo akutní zánět slinivky břišní u pacientů s CC=0 | 0,9842 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část D - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|
| 07-M01 | 07-M01-00 | Eliminační metody pro náhradu funkce akutně selhávajících jater | 3,4093 |
| 07-M02 | 07-M02-01 | Opakovaný endoskopický nebo radiologický výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní | 2,5592 |
| 07-M02 | 07-M02-02 | Endoskopický nebo radiologický výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=3-4 | 2,0733 |
| 07-M02 | 07-M02-03 | Endoskopický nebo radiologický výkon pro akutní zánět nebo zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=0-2 | 1,2942 |
| 07-M02 | 07-M02-04 | Endoskopický nebo radiologický výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní mimo akutní zánět a zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2 | 0,7734 |
| 07-R01 | 07-R01-00 | Radiochirurgie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní | 2,1439 |
| 08-I05 | 08-I05-01 | Implantace tumorózní endoprotézy kyčle | 4,5020 |
| 08-I05 | 08-I05-02 | Reimplantace endoprotézy kyčle | 3,5174 |
| 08-I05 | 08-I05-03 | Revize endoprotézy kyčle s výměnou artikulačních komponent nebo odstranění endoprotézy | 3,3738 |
| 08-I05 | 08-I05-04 | Implantace necementované totální endoprotézy kyčle | 2,4445 |
| 08-I05 | 08-I05-05 | Implantace hybridní totální endoprotézy kyčle | 2,2633 |
| 08-I05 | 08-I05-06 | Implantace cementované totální endoprotézy kyčle | 2,0308 |
| 08-I05 | 08-I05-07 | Implantace cervikokapitální endoprotézy kyčle | 2,0837 |
| 08-I08 | 08-I08-01 | Implantace tumorózní endoprotézy nebo reimplantace/revize/odstranění endoprotézy ramene | 3,4280 |
| 08-I08 | 08-I08-02 | Implantace reverzní totální endoprotézy ramene | 3,4280 |
| 08-I08 | 08-I08-03 | Implantace anatomické totální endoprotézy ramene | 2,8259 |
| 08-I08 | 08-I08-04 | Implantace cervikokapitální endoprotézy ramene | 1,9330 |
| 08-I10 | 08-I10-01 | Implantace endoprotézy zápěstí | 1,9841 |
| 08-I10 | 08-I10-02 | Implantace ne-silikonové endoprotézy prstu | 1,0604 |
| 08-I10 | 08-I10-03 | Implantace silikonové endoprotézy prstu | 0,8760 |
| 08-I11 | 08-I11-01 | Replantace končetiny nebo její části mimo prsty | 4,9794 |
| 08-I11 | 08-I11-02 | Replantace dvou a více prstů | 3,4932 |
| 08-I11 | 08-I11-03 | Replantace jednoho prstu | 2,6978 |
| 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 | 5,0501 |
| 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 | 2,8662 |
| 08-I13 | 08-I13-03 | Operace poranění pánve v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0 | 2,8662 |
| 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 | 4,1078 |
| 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 | 2,3430 |
| 08-I13 | 08-I13-06 | Operace poranění stehenní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0 | 1,9452 |
| 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 | 2,9721 |
| 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 | 1,6281 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část D - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|----------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| 08-I13 | 08-I13-09 | Operace poranění pánve a stehenní kosti mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0 | 1,4245 |
| 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 | 3,5515 |
| 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 | 1,6909 |
| 08-I14 | 08-I14-03 | Operace poranění jiných segmentů kostí bérce v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0 | 1,5401 |
| 08-I14 | 08-I14-04 | Operace poranění česky v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 1,0918 |
| 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 | 2,9643 |
| 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 | 1,4241 |
| 08-I14 | 08-I14-07 | Operace poranění jiných segmentů kostí bérce mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0 | 1,2219 |
| 08-I14 | 08-I14-08 | Operace poranění česky mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,8772 |
| 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 | 2,4645 |
| 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 | 1,5535 |
| 08-I15 | 08-I15-03 | Operace poranění jiných kostí hlezna a zánártí v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0 | 0,9406 |
| 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 | 1,6244 |
| 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 | 1,2289 |
| 08-I15 | 08-I15-06 | Operace poranění jiných kostí hlezna a zánártí mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0 | 0,8049 |
| 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 | 2,4142 |
| 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 | 1,8477 |
| 08-I16 | 08-I16-03 | Operace poranění jiných segmentů pažní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0 | 1,3762 |
| 08-I16 | 08-I16-04 | Operace poranění pletence ramenního mimo pažní kost v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,8304 |
| 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 | 1,7728 |
| 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 | 1,3437 |
| 08-I16 | 08-I16-07 | Operace poranění jiných segmentů pažní kosti mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0 | 1,0444 |
| 08-I16 | 08-I16-08 | Operace poranění pletence ramenního mimo pažní kost mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,6970 |
| 08-I18 | 08-I18-01 | Násobná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,8795 |
| 08-I18 | 08-I18-02 | Izolovaná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,6251 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část D - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|
| 08-I18 | 08-I18-03 | Násobná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,7769 |
| 08-I18 | 08-I18-04 | Izolovaná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,4882 |
| 08-I19 | 08-I19-01 | Operace poranění vazivového aparátu kolene v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,9104 |
| 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 | 0,8782 |
| 08-I19 | 08-I19-03 | Izolovaná operace poranění ostatních vazů, šlach a svalů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,5913 |
| 08-I19 | 08-I19-04 | Operace poranění vazivového aparátu kolene mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,7995 |
| 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 | 0,6684 |
| 08-I19 | 08-I19-06 | Izolovaná operace poranění ostatních vazů, šlach a svalů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let | 0,4900 |
| 08-I20 | 08-I20-01 | Operace poranění pánve a stehna v CVSP u dětí do 16 let | 2,0059 |
| 08-I20 | 08-I20-02 | Operace poranění bérce, hlezna a zánártí v CVSP u dětí do 16 let | 0,9428 |
| 08-I20 | 08-I20-03 | Operace poranění horní končetiny, nártu a prstů v CVSP u dětí do 16 let | 0,6264 |
| 08-I20 | 08-I20-04 | Operace poranění pánve, stehna, bérce, hlezna a zánártí mimo CVSP u dětí do 16 let | 1,1334 |
| 08-I20 | 08-I20-05 | Operace poranění horní končetiny, nártu a prstů mimo CVSP u dětí do 16 let | 0,5650 |
| 08-I21 | 08-I21-01 | Operace pánve a stehenní kosti mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=1-4 | 2,3640 |
| 08-I21 | 08-I21-02 | Operace pánve a stehenní kosti mimo poranění u pacientů s CC=0 | 1,2658 |
| 08-I22 | 08-I22-01 | Operace kostí bérce a pažní kosti mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=1-4 | 1,9497 |
| 08-I22 | 08-I22-02 | Operace kostí bérce a pažní kosti mimo poranění u pacientů s CC=0 | 1,1310 |
| 08-I23 | 08-I23-01 | Operace kostí hlezna a zánártí mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=1-4 | 1,6314 |
| 08-I23 | 08-I23-02 | Operace kostí hlezna a zánártí mimo poranění u pacientů s CC=0 | 0,9106 |
| 08-I28 | 08-I28-01 | Krytí defektu velkým lalokem pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=2-4 | 4,1600 |
| 08-I28 | 08-I28-02 | Krytí defektu velkým lalokem pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=0-1 | 1,3640 |
| 08-M02 | 08-M02-00 | Miniinvazivní výkon na páteři | 0,8820 |
| 08-M04 | 08-M04-00 | Nekrvavá repozice vrozených deformit kyčle | 3,7064 |
| 08-R01 | 08-R01-00 | Radiochirurgie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání | 2,0848 |
| 09-C01 | 09-C01-00 | Izolovaná regionální hypertermní perfúze končetiny cytostatiky pro melanom kůže | 3,8019 |
| 09-I04 | 09-I04-01 | Krytí defektu velkým lalokem pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=2-4 | 4,1600 |
| 09-I04 | 09-I04-02 | Krytí defektu velkým lalokem pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0-1 | 1,0899 |
| 09-I06 | 09-I06-01 | Resekce prsu včetně odstranění mizních uzlin a rekonstrukce implantátem obou prsů | 2,2216 |
| 09-I06 | 09-I06-02 | Resekce prsu včetně odstranění mizních uzlin a rekonstrukce implantátem jednoho prsu | 1,8142 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část D - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|----------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| 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 | 1,3925 |
| 09-I06 | 09-I06-04 | Resekce jednoho prsu včetně odstranění mizních uzlin v CVSP u pacientů s CC=0 | 0,9507 |
| 09-I06 | 09-I06-05 | Resekce prsu včetně odstranění mizních uzlin mimo CVSP | 0,9184 |
| 09-I09 | 09-I09-01 | Resekce obou prsů pro zhoubný novotvar nebo resekce jednoho prsu pro zhoubný novotvar u pacientů s CC=1-4 v CVSP | 1,1428 |
| 09-I09 | 09-I09-02 | Resekce jednoho prsu pro zhoubný novotvar v CVSP u pacientů s CC=0 | 0,7690 |
| 09-I09 | 09-I09-03 | Resekce prsu pro zhoubný novotvar mimo CVSP | 0,7269 |
| 09-I09 | 09-I09-04 | Resekce obou prsů pro ostatní onemocnění nebo resekce jednoho prsu pro ostatní onemocnění u pacientů s CC=1-4 | 0,8201 |
| 09-I09 | 09-I09-05 | Resekce jednoho prsu pro ostatní onemocnění u pacientů s CC=0 | 0,4687 |
| 09-I10 | 09-I10-01 | Odstranění krčních mizních uzlin pro zhoubný novotvar kůže nebo odstranění mizních uzlin pro novotvar kůže nebo prsu u pacientů s CC=2-4 | 1,8473 |
| 09-I10 | 09-I10-02 | Odstranění mizních uzlin pro novotvar kůže nebo prsu u pacientů s CC=0-1 | 0,8758 |
| 10-I02 | 10-I02-01 | Výkon na cévách s chirurgickým výkonem na noze pro syndrom diabetické nohy v CVSP | 4,4240 |
| 10-I02 | 10-I02-02 | Výkon na cévách s chirurgickým výkonem na noze pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP | 2,9236 |
| 10-I03 | 10-I03-01 | Výkon na cévách bez chirurgického výkonu na noze pro syndrom diabetické nohy v CVSP | 3,0130 |
| 10-I03 | 10-I03-02 | Výkon na cévách bez chirurgického výkonu na noze pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP | 2,4860 |
| 10-I04 | 10-I04-01 | Opakovaný chirurgický výkon na diabetické noze v CVSP | 3,4904 |
| 10-I04 | 10-I04-02 | Opakovaný chirurgický výkon na diabetické noze mimo CVSP | 2,9332 |
| 10-I06 | 10-I06-00 | Rekonstrukční nebo transplantační výkon na diabetické noze | 2,0188 |
| 10-I09 | 10-I09-01 | Bypass žaludku nebo biliopankreatická diverze | 2,9762 |
| 10-I09 | 10-I09-02 | Tubulizace žaludku | 2,5602 |
| 10-I09 | 10-I09-03 | Plikace žaludku | 1,7684 |
| 10-I09 | 10-I09-04 | Bandáž žaludku | 1,6631 |
| 10-I12 | 10-I12-00 | Odstranění nebo resekce štítné nebo příštítné žlázy s odstraněním krčních mizních uzlin | 1,8041 |
| 10-I14 | 10-I14-00 | Odstranění krčních mizních uzlin pro novotvar štítné žlázy | 1,2192 |
| 11-I09 | 11-I09-00 | Resekce močového měchýře otevřeným přístupem | 2,4554 |
| 11-I10 | 11-I10-01 | Roboticky asistovaná plastika ledvinové pánvičky | 3,0842 |
| 11-I10 | 11-I10-02 | Rekonstrukční výkon na horních cestách močových nebo močovém měchýři pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=4 | 3,7169 |
| 11-I10 | 11-I10-03 | Rekonstrukční výkon na horních cestách močových nebo močovém měchýři u pacientů s CC=0-3 | 2,3294 |
| 11-I12 | 11-I12-00 | Odstranění nebo rekonstrukce močové trubice | 1,3020 |
| 11-I13 | 11-I13-00 | Otevřený výkon pro kámen dolních cest močových | 1,4572 |
| 11-I15 | 11-I15-00 | Destrukční výkon pro novotvary vylučovací soustavy | 0,8473 |
| 11-M01 | 11-M01-01 | Embolizace pro chronické onemocnění ledvin nebo u pacientů s CC=3-4 | 3,4678 |
| 11-M01 | 11-M01-02 | Embolizace pro novotvar nebo poranění ledviny u pacientů s CC=0-2 | 1,6190 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část D - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|
| 11-M03 | 11-M03-01 | Perkutánní extrakce kamene z horních cest močových u pacientů s CC=2-4 | 2,6255 |
| 11-M03 | 11-M03-02 | Perkutánní extrakce kamene z horních cest močových u pacientů s CC=0-1 | 1,4410 |
| 11-M05 | 11-M05-01 | Extrakce kamene horních cest močových flexibilním ureterorenoskopem | 0,8375 |
| 11-M05 | 11-M05-02 | Extrakce kamene horních cest močových jiným typem ureterorenoskopu | 0,6694 |
| 11-M06 | 11-M06-01 | Transuretrální resekce močového měchýře u pacientů s CC=3-4 | 1,7351 |
| 11-M06 | 11-M06-02 | Transuretrální resekce močového měchýře u pacientů s CC=1-2 | 0,8624 |
| 11-M06 | 11-M06-03 | Transuretrální resekce močového měchýře u pacientů s CC=0 | 0,6201 |
| 11-M07 | 11-M07-01 | Miniinvazivní odstranění kamene z dolních cest močových u pacientů ve věku 70 a více let | 0,9393 |
| 11-M07 | 11-M07-02 | Miniinvazivní odstranění kamene z dolních cest močových u pacientů do 70 let | 0,6422 |
| 11-M08 | 11-M08-00 | Extrakorporální litotrypse | 0,4012 |
| 12-I04 | 12-I04-00 | Totální amputace penisu pro onemocnění mužské reprodukční soustavy | 2,3920 |
| 12-I06 | 12-I06-00 | Parciální amputace penisu | 1,1166 |
| 12-I07 | 12-I07-01 | Rekonstrukční výkon na penisu pro zadní hypospadii nebo epispadii u dětí do 18 let věku | 1,9073 |
| 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 | 1,3044 |
| 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 | 0,9738 |
| 12-I09 | 12-I09-00 | Destrukční výkon pro onemocnění prostaty | 1,4348 |
| 12-I12 | 12-I12-00 | Výkon na močové trubici pro onemocnění prostaty | 0,6121 |
| 12-M01 | 12-M01-00 | Embolizace pro onemocnění mužské reprodukční soustavy | 1,4637 |
| 12-R01 | 12-R01-00 | Radiochirurgie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy | 2,4405 |
| 13-I09 | 13-I09-00 | Rekonstrukční výkon pro vrozenou vadu ženské reprodukční soustavy | 2,2793 |
| 13-I10 | 13-I10-01 | Transperitoneální nebo transvezikální odstranění píštěle ženské reprodukční soustavy | 2,4901 |
| 13-I10 | 13-I10-02 | Vaginální odstranění píštěle ženské reprodukční soustavy | 1,3287 |
| 13-I13 | 13-I13-01 | Rekonstrukční výkon pro úplný výhřez pochvy i dělohy | 1,6700 |
| 13-I13 | 13-I13-02 | Rekonstrukční výkon pro jiný sestup ženských pohlavních orgánů | 0,9484 |
| 13-I15 | 13-I15-01 | Odstranění vulvy u pacientek ve věku 60 a více let | 1,1840 |
| 13-I15 | 13-I15-02 | Odstranění vulvy u pacientek do 60 let věku | 0,6290 |
| 13-I16 | 13-I16-00 | Odstranění děložního myomu | 1,1695 |
| 13-M01 | 13-M01-00 | Embolizace nebo termoablace děložního myomu nebo varixů pohlavních orgánů | 2,4014 |
| 14-I03 | 14-I03-00 | Výkon na cévách pro komplikaci v těhotenství, po potratu nebo po porodu | 6,5733 |
| 14-I05 | 14-I05-00 | Chirurgický výkon v dutině břišní mimo dělohu a děložní adnexa v těhotenství, po porodu nebo po potratu | 0,8768 |
| 16-I01 | 16-I01-01 | Chirurgický nebo endovaskulární výkon na slezině u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-4 | 3,4620 |
| 16-I01 | 16-I01-02 | Chirurgický nebo endovaskulární výkon na slezině u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1 | 2,1255 |
| 16-I02 | 16-I02-00 | Odstranění brzlíku pro onemocnění brzlíku | 1,8368 |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část D - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|
| 16-I04 | 16-I04-01 | Odstranění krčních mízních uzlin pro zvětšení nebo zánět nebo odstranění mízních uzlin pro zvětšení nebo zánět u pacientů s CC=2-4 | 0,9382 |
| 16-I04 | 16-I04-02 | Odstranění mízních uzlin mimo krční pro zvětšení nebo zánět u pacientů s CC=0-1 | 0,6468 |
| 17-I01 | 17-I01-00 | Rozsáhlý resekcí výkon v dutině břišní nebo pánevní pro onemocnění krevetvorby nebo špatně diferencované novotvary | 5,8077 |
| 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 | 7,6494 |
| 17-I04 | 17-I04-02 | Resekční výkon na trávicí soustavě, játrech nebo odstranění omenta u pacientů s CC=0-3 | 3,0036 |
| 17-I05 | 17-I05-01 | Rozsáhlý resekcí výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách se zavedením gastrostomie, umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=4 | 5,9672 |
| 17-I05 | 17-I05-02 | Rozsáhlý resekcí výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách u pacientů s CC=0-3 | 3,6838 |
| 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 | 4,6785 |
| 17-I06 | 17-I06-02 | Resekční výkon v retroperitoneu, pánvi, dutině hrudní nebo odstranění sleziny u pacientů s CC=0-3 | 2,1539 |
| 17-I07 | 17-I07-01 | Resekční výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách u pacientů s CC=3-4 | 3,2270 |
| 17-I07 | 17-I07-02 | Resekční výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách u pacientů s CC=0-2 | 1,9672 |
| 19-I03 | 19-I03-00 | Totální amputace penisu pro poruchy sexuálních funkcí | 2,3390 |
| 19-I04 | 19-I04-00 | Odstranění dělohy pro poruchy sexuálních funkcí | 1,2440 |
| 19-I05 | 19-I05-00 | Resekce prsu pro poruchy sexuálních funkcí | 1,1806 |
| 19-I06 | 19-I06-00 | Jiný chirurgický výkon pro poruchy sexuálních funkcí | 0,8792 |
| 23-I01 | 23-I01-00 | Odběr orgánů od zemřelého dárce | 1,3024 |
| 23-I02 | 23-I02-00 | Odběr jater od zdravého dárce | 3,4964 |
| 23-I03 | 23-I03-00 | Odběr ledviny od zdravého dárce | 2,6298 |
| 23-I04 | 23-I04-00 | Odběr dělohy od zdravé dárkyně | 1,4318 |

Část E

Vysoce homogenní hrazené služby klasifikované do bází, které byly v referenčním období roku 2019 hrazeny úhradou vyčleněnou z paušální úhrady a v hodnoceném období jsou rovněž hrazeny úhradou vyčleněnou z paušální úhrady s vyšší mírou sblížení sazeb a nižšími risk-koridory

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část E - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|
| 14-I01 | 14-I01-01 | Porod císařským řezem v CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci | 1,6020 |
| 14-I01 | 14-I01-02 | Porod císařským řezem v CVSP při mnohočetném těhotenství nebo po vedení porodu vaginálně | 1,2989 |
| 14-I01 | 14-I01-03 | Porod císařským řezem mimo CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci | 1,2585 |
| 14-I01 | 14-I01-04 | Porod císařským řezem mimo CVSP při mnohočetném těhotenství nebo po vedení porodu vaginálně | 1,1716 |
| 14-I01 | 14-I01-05 | Porod jediného dítěte císařským řezem bez závažné diagnózy | 0,8334 |
| 14-M01 | 14-M01-01 | Vaginální porod v CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci | 0,8101 |
| 14-M01 | 14-M01-02 | Vaginální porod v CVSP při mnohočetném těhotenství nebo s revizí po porodu | 0,8005 |
| 14-M01 | 14-M01-03 | Vaginální porod mimo CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci | 0,7535 |
| 14-M01 | 14-M01-04 | Vaginální porod mimo CVSP při mnohočetném těhotenství nebo s revizí po porodu | 0,7001 |
| 14-M01 | 14-M01-05 | Vaginální porod jediného dítěte bez závažné diagnózy | 0,5659 |
| 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 | 1,1791 |
| 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 | 0,5330 |
| 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 | 0,4234 |
| 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 | 0,2714 |
| 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 | 1,7554 |
| 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 | 1,4561 |
| 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 | 0,7064 |
| 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 | 0,5540 |
| 15-K06 | 15-K06-05 | Novorozenci s hmotností 2000 a více g nenarození v daném zdravotnickém zařízení mimo CVSP | 0,4916 |

Část F

Středně homogenní hrazené služby klasifikované do bází, které byly v referenčním období roku 2019 hrazeny úhradou vyčleněnou z paušální úhrady a v hodnoceném období jsou rovněž hrazeny úhradou vyčleněnou z paušální úhrady s nižší mírou sblížení sazeb a vyššími risk-koridory

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část F - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha |
|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|
| 15-I01 | 15-I01-00 | Extrakorporální membránová oxygenace novorozence | 25,7005 |
| 15-K02 | 15-K02-01 | Časné úmrtí do 2 dnů u novorozence s hmotností do 1500 g | 0,3613 |
| 15-K02 | 15-K02-02 | Novorozenci s hmotností do 1500 g a velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 30. týdne | 4,5733 |
| 15-K02 | 15-K02-03 | Novorozenci s hmotností do 1500 g bez velmi závažné diagnózy a s gestačním stářím od 31. týdne | 3,4693 |
| 15-K03 | 15-K03-01 | Novorozenci s hmotností 1500-1999 g a velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 33. týdne | 3,0925 |
| 15-K03 | 15-K03-02 | Novorozenci s hmotností 1500-1999 g a závažnou diagnózou nebo gestačním stářím od 34. do 36. týdne | 1,8359 |
| 15-K03 | 15-K03-03 | Novorozenci s hmotností 1500-1999 g bez závažné diagnózy a s gestačním stářím od 37. týdne | 1,5666 |
| 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 | 2,1487 |
| 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 | 1,0173 |
| 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 | 0,7795 |
| 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 | 0,3818 |

Část G

Hrazené služby klasifikované do bází, které byly v referenčním období roku 2019 hrazeny jednotnou základní sazbou a v hodnoceném období jsou hrazeny případovým paušálem

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část G - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče |
|----------------------------------|-------------------------------------|---|--|---|
| 00-I01 | 00-I01-01 | Transplantace plic u pacientů s UPV 1009 a více hodin (43 a více dnů) | 127,1132 | Trans |
| 00-I01 | 00-I01-02 | Transplantace plic u pacientů s UPV 241-1008 hodin (11-42 dnů) | 60,3234 | Trans |
| 00-I01 | 00-I01-03 | Transplantace plic u pacientů s UPV do 240 hodin (do 10 dnů) | 26,5010 | Trans |
| 00-I02 | 00-I02-01 | Transplantace srdce u pacientů s dlouhodobou srdeční podporou | 111,7190 | Trans |
| 00-I02 | 00-I02-02 | Transplantace srdce u pacientů s jiným typem srdeční podpory | 61,2747 | Trans |
| 00-I02 | 00-I02-03 | Transplantace srdce u pacientů bez srdeční podpory | 22,9829 | Trans |
| 00-I03 | 00-I03-01 | Transplantace jater s UPV 505 a více hodin (22 a více dnů) | 57,0262 | Trans |
| 00-I03 | 00-I03-02 | Transplantace jater s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů) | 37,8574 | Trans |
| 00-I03 | 00-I03-03 | Transplantace jater u pacientů s CC=4 | 18,3281 | Trans |
| 00-I03 | 00-I03-04 | Transplantace jater u pacientů s CC=0-3 | 14,3309 | Trans |
| 00-I04 | 00-I04-00 | Transplantace slinivky | 13,3715 | Trans |

Část H

Hrazené služby klasifikované do bází, které byly v referenčním období roku 2019 hrazeny paušální úhradou a v hodnoceném období jsou hrazeny případovým paušálem s koeficienty plnění a redukcí casemixu

| 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 a zvýšená psychiatrická péče pro duševní onemocnění | 1,0845 |
| 19-K01 | 19-K01-02 | Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro duševní onemocnění u pacientů s poruchami příjmu potravy nebo s CC=2-4 | 1,0845 |
| 19-K01 | 19-K01-03 | Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1 | 0,5591 |
| 19-K02 | 19-K02-01 | Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů a zvýšená psychiatrická péče pro duševní onemocnění | 1,0845 |
| 19-K02 | 19-K02-02 | Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s poruchami příjmu potravy nebo s CC=2-4 | 1,0845 |
| 19-K02 | 19-K02-03 | Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1 | 0,7198 |
| 19-K03 | 19-K03-01 | Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů a zvýšená psychiatrická péče pro duševní onemocnění | 1,2814 |
| 19-K03 | 19-K03-02 | Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s poruchami příjmu potravy nebo s CC=2-4 | 1,2814 |
| 19-K03 | 19-K03-03 | Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1 | 0,9042 |
| 19-K04 | 19-K04-01 | Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů pro duševní onemocnění se zvýšenou psychiatrickou péčí, u pacientů s poruchami příjmu potravy nebo u pacientů s CC=2-4 | 1,5729 |
| 19-K04 | 19-K04-02 | Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1 | 1,3380 |
| 19-K05 | 19-K05-01 | Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů pro duševní onemocnění se zvýšenou psychiatrickou péčí, u pacientů s poruchami příjmu potravy nebo u pacientů s CC=2-4 | 1,9516 |
| 19-K05 | 19-K05-02 | Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1 | 1,7689 |
| 19-K06 | 19-K06-01 | Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů pro duševní onemocnění se zvýšenou psychiatrickou péčí, u pacientů s poruchami příjmu potravy nebo u pacientů s CC=2-4 | 2,4801 |
| 19-K06 | 19-K06-02 | Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1 | 2,2335 |
| 19-K07 | 19-K07-01 | Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů pro duševní onemocnění se zvýšenou psychiatrickou péčí, u pacientů s poruchami příjmu potravy nebo u pacientů s CC=2-4 | 2,9622 |
| 19-K07 | 19-K07-02 | Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1 | 2,5351 |
| 19-K08 | 19-K08-01 | Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů pro duševní onemocnění se zvýšenou psychiatrickou péčí, u pacientů s poruchami příjmu potravy nebo u pacientů s CC=2-4 | 4,8019 |
| 19-K08 | 19-K08-02 | Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1 | 4,4419 |
| 19-M01 | 19-M01-01 | Opakované provedení neinvazivní neurostimulační terapie pro duševní onemocnění | 2,8572 |
| 19-M01 | 19-M01-02 | Jednorázové provedení neinvazivní neurostimulační terapie pro duševní onemocnění | 0,1516 |

Část I

Hrazené služby, které byly v referenčním období roku 2019 hrazeny úhradou vyčleněnou z paušální úhrady a v hodnoceném období jsou hrazeny případovým paušálem

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část I - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče |
|-------------------|----------------------|---|-------------------------|----------------------------|
| 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) | 33,9821 | IntenzivníPerinat |
| 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) | 26,7644 | IntenzivníPerinat |
| 15-I02 | 15-I02-03 | Chirurgický výkon na oběhové soustavě, dýchací soustavě nebo na jícnu u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 241-504 hodin (11-21 dní) | 14,7522 | IntenzivníPerinat |
| 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) | 12,0803 | IntenzivníPerinat |
| 15-I02 | 15-I02-05 | Chirurgický výkon na oběhové soustavě, dýchací soustavě nebo na jícnu u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 0-96 hodin (0-4 dny) | 6,9863 | IntenzivníPerinat |
| 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) | 33,7948 | IntenzivníPerinat |
| 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) | 26,7644 | IntenzivníPerinat |
| 15-I03 | 15-I03-03 | Chirurgický výkon na centrální nervové soustavě nebo lebce u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 241-504 hodin (11-21 dní) | 14,7522 | IntenzivníPerinat |
| 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) | 9,6556 | IntenzivníPerinat |
| 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) | 5,1215 | IntenzivníPerinat |
| 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) | 33,2290 | IntenzivníPerinat |
| 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) | 26,7644 | IntenzivníPerinat |
| 15-I04 | 15-I04-03 | Chirurgický výkon na trávicí nebo hepatobiliární soustavě u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 241-504 hodin (11-21 dní) | 14,7522 | IntenzivníPerinat |
| 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) | 7,3881 | IntenzivníPerinat |
| 15-I04 | 15-I04-05 | Chirurgický výkon na trávicí nebo hepatobiliární soustavě mimo kýlu u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 0-96 hodin (0-4 dny) | 3,5701 | IntenzivníPerinat |

| CZ-DRG báze - kód | CZ-DRG skupina - kód | Část I - CZ-DRG skupina - název | CZ-DRG - relativní váha | Centra specializované péče |
|--------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|---|
| 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) | 0,9858 | IntenzivníPerinat |
| 15-I05 | 15-I05-00 | Chirurgický výkon na vylučovací soustavě u novorozence | 2,3407 | IntenzivníPerinat |
| 15-I06 | 15-I06-00 | Chirurgický výkon na pohlavních orgánech u novorozence | 1,1646 | IntenzivníPerinat |
| 15-I07 | 15-I07-00 | Chirurgický výkon pro rozštěp rtu nebo vrozenou vadu nosu u novorozence | 1,6084 | IntenzivníPerinat |
| 15-M01 | 15-M01-01 | Umělá plicní ventilace novorozence v délce 1009 a více hodin (43 a více dní) | 23,3477 | IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat |
| 15-M01 | 15-M01-02 | Umělá plicní ventilace novorozence v délce 505-1008 hodin (22-42 dní) | 14,2663 | IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat |
| 15-M01 | 15-M01-03 | Umělá plicní ventilace novorozence v délce 241-504 hodin (11-21 dní) | 7,9986 | IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat |
| 15-M01 | 15-M01-04 | Umělá plicní ventilace v délce 97-240 hodin (5-10 dní) u novorozence s gestačním stářím do 33. týdne | 6,0425 | IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat |
| 15-M01 | 15-M01-05 | Umělá plicní ventilace v délce 97-240 hodin (5-10 dní) u novorozence s gestačním stářím od 34. týdne | 4,5580 | IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat |
| 15-M01 | 15-M01-06 | Umělá plicní ventilace v délce 25-96 hodin (2-4 dny) u novorozence s gestačním stářím do 33. týdne | 4,4606 | IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat |
| 15-M01 | 15-M01-07 | Umělá plicní ventilace v délce 25-96 hodin (2-4 dny) u novorozence s gestačním stářím od 34. týdne | 2,3501 | IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat |

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) 22 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 jednoho měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,
 - b) 20 Kč v ostatních případech.
2. 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 bodu 1.
3. Činnostmi zahrnutými do agregované úhrady za registrovaného pojištěnce jsou:
 - provizorní výplně, zábrusy a přešetření 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 zákona,
 - vystavení a ukončení dočasné pracovní neschopnosti,
 - odeslání pojištěnce na specializované pracoviště či 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, anamnézy a stanovení léčebného plánu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. Založení dokumentace se záznamem stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání včetně | 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. Odbornost 014 podle seznamu výkonů. | 555 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|---|-------------|
| | <p>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).</p> | | |
| 00901 | <p><u>Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce</u> U pojištěnců do dne dosažení 18 let výkon zahrnuje doplnění anamnézy se zvláštním zřetelem na vývoj orofaciální soustavy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a anomálií v postavení zubů a čelistí, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o významu prevence stomatologických onemocnění, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. U pojištěnců nad 18 let věku výkon zahrnuje doplnění anamnézy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o správné hygieně dutiny ústní, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. U těhotných žen výkon dále zahrnuje poučení o významu prevence stomatologických onemocnění v průběhu těhotenství u ženy i budoucího dítěte. Bez ohledu na věk pojištěnce výkon dále zahrnuje profylaktickou kontrolu ústní hygieny. Bez ohledu na věk pojištěnce výkon podle potřeby zahrnuje též nácvik ústní hygieny, 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 00901 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykazání kódu 00946. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů.</p> | 511 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|--|-------------|
| 00903 | <u>Vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou</u> Vyšetření odborníkem nebo specialistou na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření. | Lze vykázat 1 / 1 den. Kód nelze vykázat u pojištěnce registrovaného daným poskytovatelem. Kód se vykazuje 2x na 1 případ, a to s odstupem nejméně 1 měsíce v případě rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz maximálně 3 / 1 poj. / 1 rok. Nelze vykázat současně s kódem 00908, 00909, 00931, 00940, 00962, 00964, 00968 a 00981. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE a odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 398 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. kódem 00901, nebo 00946 a s kódem 00900, pokud v daném roce byl pojištěnec u poskytovatele registrován. Je vykazováno s diagnózou Z01.2 – zubní vyšetření podle mezinárodní klasifikace nemocí. Odbornost 014 podle seznamu výkonů. | 142 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. Lze vykázat s kódem 00944. Odbornost 014 podle seznamu výkonů. | 150 Kč |
| 00906 | <u>Stomatologické vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce do dne dosažení 6 let nebo registrovaného hendikepovaného pojištěnce</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 s kódem 00976. Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE lze vykázat i při vyžádané péči o neregistrovaného pojištěnce. | 130 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|--|-------------|
| | | Odbornost 014 podle seznamu výkonů. | |
| 00907 | <u>Stomatologické ošetření registrovaného pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce. | Lze vykázat 1 / 1 den. Pouze při kurativní návštěvě (nelze vykázat v kombinaci pouze s některým z kódů 00900, 00901, 00903, 00909, 00946, a diagnózou Z01.2 – zubní vyšetření podle mezinárodní klasifikace nemocí). Nelze vykázat s kódem 00976. Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE lze vykázat i při vyžádané péči o neregistrovaného pojištěnce. Odbornost 014 podle seznamu výkonů. | 102 Kč |
| 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 v endodoncii, amputaci a exstirpaci dřeně, provizorní výplň, lokální ošetření gingivy/sliznice, konzervativní ošetření dentitio difficilis nebo parodontálního abscesu, zavedení a výměnu drénu, ošetření komplikací chirurgických výkonů nebo opravu/úpravu snímatelné náhrady v ordinaci a podobně. | Lze vykázat 1 / 1 den / 1 onemocnění. Lze vykázat samostatně nebo v kombinaci s těmito kódy: 00910, 00911, 00913, 00914, 00916, 00917, 00944 (nelze vykázat v případě, že poskytovatel vybral regulační poplatek za pohotovostní službu) 00948, 00949, 00950, 00951, 00952, 00955, 00956, 00957, 00958, 00959, 00960, 00962, 00963, 00964, 00970 a 00971. Odbornost 014 podle seznamu výkonů. | 399 Kč |
| 00909 | <u>Klinické stomatologické vyšetření</u> Vyšetření odborníkem na klinickém pracovišti na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření. | Lze vykázat 1 / 1 den. Nelze kombinovat s kódy 00900, 00901, 00903, 00908, 00931, 00940, 00946, 00962 a 00964. 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. | 498 Kč |
| 00910 | <u>Zhotovení intraorálního rentgenového snímku</u> | Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. | 85 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|--|-------------|
| | Zhotovení intraorálního rentgenového snímku na zubním rentgenovém zařízení. | Vyказuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem). | |
| 00911 | <u>Zhotovení extraorálního rentgenového snímku</u> Zhotovení rentgenového snímku lebky různých projekcí a u odbornosti 015 podle seznamu výkonů i rentgenového snímku ruky (stanovení fáze růstu skeletu). Vyказuje se každý zhotovený snímek. | Lze vyказat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. Vyказuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem). | 259 Kč |
| 00913 | <u>Zhotovení ortopantomogramu</u> Zhotovení extraorálního panoramatického snímku na zubním rentgenovém zařízení. | Lze vyказat 1 / 2 kalendářní roky. V odbornosti 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE a odbornosti 015 podle seznamu výkonů lze v souvislosti se specializovanou péčí vyказat 2 / 1 kalendářní rok. Lze vyказat bez omezení v případech, kdy je vyšetření vyžádáno lékařem (např. z důvodu vyloučení fokální infekce nebo předoperačního vyšetření) v souvislosti s diagnózou Z01.8 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo v souvislosti s antiresorpční léčbou (diagnóza M87.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí), a dále v rámci pohotovostní služby v oboru zubní lékařství a v případě úrazové nebo onkologické diagnózy. Odbornosti 014 a 015 podle seznamu výkonů. Vyказuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem). | 315 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. | Lze vyказat 1 / 1 snímek / 1 poskytovatel. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. Vyhodnocuje a vyказuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem); v případě odeslání pojištěnce k jinému zubnímu lékaři, který je držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního | 97 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|---|-------------|
| | | vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE a k zubnímu lékaři odbornosti 015 podle seznamu výkonů může kód vykázat i tento zubní lékař. | |
| 00915 | <u>Zhotovení telerentgenového snímku lbi</u> Zhotovení dálkového rentgenového snímku lbi na speciálním rentgenovém zařízení. | Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE, odbornost 015 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval. | 310 Kč |
| 00916 | <u>Anestézie na foramen mandibulae a infraorbitale</u> Aplikace injekční anestézie na foramen mandibulae (součástí je i aplikace na nervus buccalis) a foramen infraorbitale (součástí je i aplikace na nervus palatinus) ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem. | Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014, 015 podle seznamu výkonů. | 136 Kč |
| 00917 | <u>Anestézie infiltrační</u> Aplikace injekční anestézie do tkání v rozsahu jednoho sextantu zubního oblouku, včetně anestézie na foramen mentale, nervus palatinus maior a foramen incisivum a tuber maxillae. Počítá se anestetizovaná oblast, nikoli počet vpichů; ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem. | Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. | 114 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 kombinovat s kódem 00903. Kód lze vykázat při ošetřování pacientů hospitalizovaných či dispenzarizovaných pro jednu z výše uvedených diagnóz. Odbornost 014 podle seznamu výkonů. | 734 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|---|-------------|
| 00920 | <u>Ošetření stálého zubu fotokompozitní výplní</u> Ošetření stálého zubu fotokompozitní výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let v rozsahu řezáků a špičáků, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu. | Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu – v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 365 dní lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. | 946 Kč |
| 00921 | <u>Ošetření stálého zubu plastickou výplní</u> Ošetření stálého zubu definitivní výplní, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu, a) u pojištěnců do dne dosažení 15 let a u těhotných a kojících žen v rozsahu celého chrupu při použití skloionomerního cementu a v rozsahu řezáků a špičáků i při použití samopolymerujícího kompozitu. Není-li použití skloionomerního cementu možné z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, lze použít dózovaný amalgám, b) u pojištěnců, kteří nejsou uvedeni v písmenu a), v rozsahu celého chrupu při použití dózovaného amalgámu a v rozsahu řezáků a špičáků i při použití samopolymerujícího kompozitu. | Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu – v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 365 dní lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. | 640 Kč |
| 00922 | <u>Ošetření dočasného zubu plastickou výplní.</u> Bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu v rozsahu celého chrupu při použití skloionomerního cementu a v rozsahu řezáků a špičáků i při použití samopolymerujícího kompozitu. Není-li použití skloionomerního cementu možné z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, lze použít dózovaný amalgám. | Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu – v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 365 dní lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. | 499 Kč |
| 00924 | <u>Endodontické ošetření – dočasný zub</u> Po definitivním endodontickém ošetření dočasného zubu, který je klinicky pevný a na rentgenogramu dosahuje resorpce nejvýše do poloviny kořene, metodou | Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub při exstirpaci a 1 / 1 zub při amputaci. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. | 303 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|--|-------------|
| | amputace vitální nebo mortální dřevě se vykazuje jedenkrát, při případné exstirpaci se vykazuje za každý zaplněný kořenový kanálek. | | |
| 00925 | <u>Primární endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu řezáků a špičáků</u> Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, medikamentózní přípravu, provizorní výplně a definitivní primární endodontické ošetření zubu metodou centrálního čepu. Počet návštěv nerozhoduje. I při ošetření zubu metodou apexifikace. | Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub. Lokalizace – zub. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. | 303 Kč |
| 00926 | <u>Primární endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu molárů a premolárů</u> Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, medikamentózní přípravu, provizorní výplně a definitivní primární endodontické ošetření zubu metodou centrálního čepu. Počet návštěv nerozhoduje. I při ošetření zubu metodou apexifikace. | Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub. Lokalizace – zub. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. | 303 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. | 1 119 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 iniciální nebo udržovací) – kontrola orální hygieny pomocí k tomu určených indexů (například PBI, API), jejichž hodnoty musí být zaznamenány v dokumentaci, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob | Lze vykázat 3 / 1 kalendářní rok. Nelze vykázat s kódy 00900, 00901, 00903, 00909, 00931 a 00946. Odstup mezi vykázáním kódů 00900, 00901, 00931, 00932 a 00946 musí být v takovém intervalu, aby bylo možno prokázat účelnost léčby, lze vykázat minimálně v měsíčních odstupech. Při třetím vykázání kódu v roce nutno zhodnotit léčbu pomocí indexu CPITN. Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem (kód 00938) a subgingivální ošetření (kód 00935) se vykazuje zvlášť. | 338 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|---|-------------|
| | provedení), remotivace a korekce konkrétní metody orální hygieny, odstranění lokálního dráždění parodontu. Součástí výkonu je parodontologický zápis ve zdravotnické dokumentaci. | Odbornost 014 podle seznamu výkonů. | |
| 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. | Lze vykázat – 1 / 1 zub / 730 dnů. Lokalizace – zub. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE. | 511 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. | Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat s chirurgickými výkony s řízenou tkáňovou regenerací a implantacemi. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE. | 1 339 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 či laserovými přístroji či jejich kombinací. | Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE. | 101 Kč |
| 00936 | <u>Odebrání transplantátu</u> Chirurgický výkon vedoucí k získání slizničního nebo mezenchymálního štěpu. | Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE. | 679 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 školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE. | 492 Kč |
| 00938 | <u>Přechodné dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem</u> | Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. | 74 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|--|-------------|
| | Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem zhotovené podle přílohy č. 1 zákona (samopolymerující kompozitní pryskyřice). Vykazuje se za každý zub. | Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. | |
| 00940 | <u>Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice v rámci pravidelné specializované péče</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. | 958 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. | 343 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. | 106 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 00900, 00903, 00908 (pouze za předpokladu, že poskytovatel nevybral regulační poplatek za pohotovostní službu), 00909, 00931, 00932, 00940, 00941, 00968, 00981, 00983, 00984, 00986 a v případě vyšetření zaměřeného na konkrétní obtíže registrovaného pojištěnce a | 74 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|--|-------------|
| | | 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> | 428 Kč |
| 00948 | <u>Sutura lůžka</u> | Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. | 257 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>Lze vykázat pouze v kombinaci s kódem 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) a b) a d), kdy lze vykázat nejvýše jedenkrát za každý extrahovaný zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p> | |
| 00949 | <p><u>Běžná extrakce dočasného zubu</u> Extrakce dočasného zubu nebo radixu (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací a stavění krvácení kompresivní tamponádou. Součástí výkonu je i sutura, pokud se nejedná o suturu lůžka vykazovanou kódem 00948.</p> | <p>Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat pouze při stvrzení čerpání hrazené služby podpisem zákonného zástupce nebo zletilé doprovázející osoby ve zdravotnické dokumentaci nebo fotodokumentací ve zdravotnické dokumentaci. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p> | 169 Kč |
| 00950 | <p><u>Extrakce stálého zubu nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny</u> Extrakce stálého zubu, radixu stálého zubu nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací a stavění krvácení kompresivní tamponádou. Součástí výkonu je i sutura, pokud se nejedná o suturu lůžka vykazovanou kódem 00948.</p> | <p>Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. U pojištěnců od 8 let lze extrakci dočasného moláru s neresorbovanými kořeny vykázat pouze při zdokumentování rentgenovým vyšetřením. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p> | 416 Kč |
| 00951 | <p><u>Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu</u> Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku a hemiextrakce nebo egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu do jednoho sextantu nebo chirurgická revize extrakční rány.</p> | <p>Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – zub. Při vícečetné extrakci sousedících zubů se vykazuje pouze 1 kód 00951, zbylé extrakce jsou vykázány kódem 00950. Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací a implantací. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p> | 737 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|--|-------------|
| 00952 | <u>Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu</u> Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku v blízkosti rizikových anatomických struktur nebo vyžadující snesení větší části kosti. Primární uzávěr oroantrální komunikace. Resekce kořenového hrotu s odstraněním okolní patologické tkáně včetně případného peroperačního plnění nebo retrogradní výplně (vykazuje se za každý ošetřený radix). Egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu větším než 1 sextant, exstirpace cysty nad 1 cm, ošetření zubní retence uzavřenou metodou s mobilizací zubu do směru žádané erupce a fixací ortodontického tahu. Odstranění sekvestru, artrocentéza temporomandibulárního kloubu nebo antrotomie. Jiné podobné výkony. | Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – zub v případě extrakce zubu nebo radixu, či mobilizaci zubu. Při vícečetné extrakci sousedních zubů se vykazuje pouze 1 kód 00952, zbylé extrakce jsou vykázány kódem 00950. Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací a implantací. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE. | 1 446 Kč |
| 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). | 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. | 713 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 žlázy, případně její náplň kontrastní látkou. | Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat při gingivektomii ani v souvislosti s implantací, augmentací či řízenou tkáňovou regenerací. Odbornosti 014, 015, podle seznamu výkonů. | 511 Kč |
| 00956 | <u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí velkého rozsahu</u> Odstranění podjazykové retenční slinné cysty, excize vlajícího hřebene většího rozsahu než 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. | Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE. | 1 015 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|---|-------------|
| 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. | 511 Kč |
| 00958 | <u>Ošetření zlomeniny čelisti</u> Repozice a fixace zlomenin alveolárního výběžku horní či 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 školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE. | 847 Kč |
| 00959 | <u>Intraorální incize</u> Léčba zánětu intraorální incizí s případnou dilatací, vypuštěním exsudátu a zavedením drénu. | Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – kvadrant. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. | 174 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 školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE. | 679 Kč |
| 00961 | <u>Následné ošetření po chirurgických výkonech a ošetření jejich komplikací</u> Zavedení drénu či tamponády, přiložení plastického obvazu, výplach rány lokálním léčebným prostředkem, převaz rány, úprava nebo oprava dentální nebo intermaxilární fixace a odstranění nitrokostně zavedených šroubů použitých při fixaci zlomeniny čelisti, stavění pozdního postextrakčního krvácení bez sutury, revize extrakční rány bez odklopení mukoperiostálního laloku, a fyzikální terapie. | Lze vykázat 5 / 10 dnů. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. | 69 Kč |
| 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 kombinovat s kódem 00964. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. | 343 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. | 162 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|--|-------------|
| 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 kombinovat s kódem 00962. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH. | 679 Kč |
| 00968 | <u>Stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatochirurgem</u> Stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatochirurgem v ambulanci poskytovatele ambulantních hrazených služeb. Součástí výkonu je vystavení písemné zprávy. | Lze vykázat 1 / 1 den pouze v souvislosti s kódy 00951, 00952, 00953, 00955, 00956, 00957, 00958, 00960, 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 1x. V případě dalšího plánovaného ošetření daného pojištěnce již kód 00968 nelze znovu vykázat. Kód není určen pro ambulance poskytovatelů lůžkových služeb jakékoliv odbornosti. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH. | 1 127 Kč |
| 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. | 164 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 / 730 dní. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. | 369 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. | 69 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|--|-------------|
| | | Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. | |
| 00974 | <u>Odevzdání stomatologického výrobku</u> Poskytovatel vykazuje při odevzdání stomatologického výrobku (kód slouží pouze pro vykazování zvláště 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</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 či jinou psychiatrickou diagnózou. | Lze vykázat 1 / 1 den. Výkon nelze kombinovat s kódy 00906 a 00907. Lze vykazovat s hrazenými výkony vyšetření a ošetření. Lze vykázat u pojištěnců s průkazem autisty (PAS) nebo s jiným dokladem vystaveným psychiatrem nebo klinickým psychologem prokazujícím poruchu autistického spektra nebo jinou pervazivní vývojovou poruchu. U pojištěnce s jinou psychiatrickou diagnózou lze vykázat, jen pokud jde podle doporučení psychiatra o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o absolvování kurzu ošetřování pacientů s poruchou autistického spektra a jinou psychiatrickou diagnózou v rámci systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů. | 565 Kč |
| 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, 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 | 679 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|--|-------------|
| | | <p>mezinárodní klasifikace nemocí, u zubů s prokázanou ztrátou tvrdých zubních tkání v důsledku eroze nebo abraze s diagnózami K03.0, K03.1, K03.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.</p> | |
| 00978 | <p><u>Sedace nezletilého pojištěnce midazolamem při ambulantním stomatologickém ošetření</u></p> <p>Perorální nebo intranazální podání midazolamu pojištěnci od 3 let do dne dosažení 15 let a uložení pojištěnce po ošetření na lůžko v dospávací místnosti s monitorací pulzním oxymetrem. Součástí výkonu jsou monitorace pulzním oxymetrem a měření krevního tlaku v průběhu ošetření a v dospávací místnosti a zajištění případného podání antidota (flumazenil) a kyslíku.</p> | <p>Lze vykázat 2 / 365 dní.</p> <p>Lze vykázat pouze v souvislosti s kódy: 00920, 00921, 00922, 00949, 00950, 00951, 00952, 00953 a 00955, 00957, 00959, 00960 a 00962.</p> <p>Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00979.</p> <p>Lze vykázat v indikovaných případech, jde-li o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu PZL.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.</p> | 1 015 Kč |
| 00979 | <p><u>Sedace nezletilého pojištěnce oxidem dusným při ambulantním stomatologickém ošetření</u></p> <p>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.</p> | <p>Lze vykázat 2 / 365 dní.</p> <p>Lze vykázat pouze v souvislosti s kódy: 00920, 00921, 00922, 00949, 00950, 00951, 00952, 00953 a 00955, 00957, 00959, 00960 a 00962.</p> <p>Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00978.</p> <p>Lze vykázat v indikovaných případech, jde-li o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu PZL.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.</p> | 568 Kč |
| 00981 | <p><u>Diagnostika ortodontických anomálií</u></p> <p>Zahrnuje orientační stomatologické vyšetření, komplexní ortodontické vyšetření, založení zdravotnické dokumentace. Tímto kódem se zahajuje ortodontická léčba a vykazování kódů odbornosti 015 podle seznamu výkonů.</p> | <p>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.</p> | 819 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 na 1 zubní oblouk II</u> Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem – na jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu včetně přípravy zubů. | Lze vykázat 1 / 1 čelist. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00800. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, s výjimkou pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Materiál fixního ortodontického aparátu není hrazen ze zdravotního pojištění. Lokalizace – čelist. Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 1 703 Kč |
| 00983 | <u>Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Kontrola postupu léčby a úprav na fixním aparátu na jednom i obou zubních obloucích. Vztahuje se na všechny kontroly fixního aparátu v daném čtvrtletí a na kontrolu souběžně používaného snímacího aparátu. | Lze vykázat 1 / 1 kalendářní čtvrtletí, a to maximálně 16x na pojištěnce, u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze po vykázání kódu 00800, 00982 nebo 00994, podmínka návaznosti je splněna i tehdy pokud byly tyto kódy vykázány na pojištěnce jiným poskytovatelem Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, | 1 072 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|---|-------------|
| | | <p>mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Materiál fixního ortodontického aparátu není hrazen ze zdravotního pojištění; to neplatí, jde-li o pojištěnce s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p> | |
| 00984 | <p><u>Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Kontrola postupu léčby dle individuálního léčebného postupu a funkce snímacích aparátů včetně jejich úpravy. Pro sledování průběhu změn po ortodonticky indikovaných extrakcích bez aparátu. Vztahuje se na všechny kontroly snímacího aparátu v daném čtvrtletí.</p> | <p>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.</p> | 326 Kč |
| 00985 | <p><u>Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Po ukončení léčby ortodontických anomálií sejmutí fixního ortodontického aparátu na 1 zubní oblouk, zábrus zubů, včetně případné analýzy modelů (nezahrnuje případné zhotovení a analýzu telorentgenů a ortopantomogramu).</p> | <p>Lze vykázat 2 / 1 čelist, z toho jedenkrát na čelist v návaznosti na kód 00982 a jedenkrát na čelist v návaznosti na kód 00994, u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze</p> | 945 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|---|-------------|
| | | <p>vykázat v návaznosti na kód 00800 a to max. 3 / 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 8x na 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 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> | 338 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 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> | 126 Kč |
| 00988 | <p><u>Analýza telerentgenového snímku lbi</u></p> <p>Vyhodnocení profilového, eventuálně zadopředního dálkového rentgenového snímku lbi pomocí speciálních měření.</p> | <p>Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok.</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. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u</p> | 207 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|--|--|-------------|
| | | 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. | |
| 00989 | <u>Analýza ortodontických modelů</u> Vyhodnocení ortodontických modelů zubních oblouků a přilehlých tkání, včetně případných dalších speciálních měření. | Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 457 Kč |
| 00990 | <u>Diagnostická přestavba ortodontického modelu</u> Přestavba zubů ortodontického modelu jedné čelisti z diagnostických důvodů nebo modelová operace čelistí k chirurgickým účelům. | Lze vykázat 2 / 1 pojištěnce. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 658 Kč |
| 00991 | <u>Nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku</u> Palatinální nebo linguální expanzní nebo kotevní drátěný oblouk nebo lip- | Lze vykázat 2 / 1 pojištěnce. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s | 279 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|---|-------------|
| | bumper, továrně zhotovené, jejich adaptace a zasazení do zařízení na kroužcích. | <p>ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).</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> | |
| 00992 | <p><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.</p> | <p>Lze vykázat 2 / 1 pojištěnce. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).</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</p> | 299 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|---|-------------|
| | | čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | |
| 00993 | <u>Navázání parciálního oblouku</u> Příprava a navázání částečného drátěného oblouku, nebo tvarování průběžného oblouku sloužící k segmentálnímu pohybu zubů. | Lze vykázat 4 / 1 kalendářní pololetí na pojištěnce. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Materiál není hrazen ze zdravotního pojištění; to neplatí, jde-li o pojištěnce s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 439 Kč |
| 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. Lokalizace – čelist. Materiál fixního ortodontického aparátu není hrazen ze zdravotního pojištění; kód se nevykazuje u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 1 197 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|--|-------------|
| 00995 | <p><u>Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu I</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.</p> | <p>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 00982. Lze vykázat pouze u pojištěnců od 22 let věku, jejichž léčba byla započata před 1. lednem 2022. Materiál fixního ortodontického aparátu není hrazen ze zdravotního pojištění. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p> | 963 Kč |
| 00996 | <p><u>Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu I</u> Kontrola postupu léčby dle individuálního léčebného postupu a funkce snímacích aparátů včetně jejich úpravy. Pro sledování průběhu změn po ortodonticky indikovaných extrakcích bez aparátu. Vztahuje se na všechny kontroly snímacího aparátu v daném čtvrtletí.</p> | <p>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 u pojištěnců od 22 let věku, jejichž léčba byla započata před 1. lednem 2022. Nelze vykázat pro léčbu ve fázi retence nebo při sledování růstu a vývoje chrupu a čelisti bez aktivní léčby. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p> | 259 Kč |
| 00997 | <p><u>Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu I</u> Po ukončení léčby ortodontických anomálií, sejmutí fixního ortodontického aparátu na 1 zubní oblouk, zábrus zubů, včetně případné analýzy modelů (nezahrnuje případné zhotovení a analýzu telorentgenů a ortopantomogramu).</p> | <p>Lze vykázat 1 / 1 čelist, a to v návaznosti na kód 00982. Lze vykázat pouze u pojištěnců od 22 let věku, jejichž léčba byla započata před 1. lednem 2022. Lokalizace – čelist. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p> | 843 Kč |
| 00998 | <p><u>Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje I</u> Kontrola pojištěnce před začátkem nebo po ukončení aktivní fáze ortodontické</p> | <p>Lze vykázat 1 / 1 kalendářní pololetí, a to maximálně 8x na pojištěnce.</p> | 270 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-------|---|---|-------------|
| | léčby snímacími nebo fixními aparáty podle individuálního léčebného postupu. Součástí může být i použití pevných, nebo snímacích dlah, retainerů nebo jiných retenčních aparátů. | Lze vykázat pouze u pojištěnců od 22 let věku, jejichž léčba byla započata před 1. lednem 2022. Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | |
| 00999 | <u>Navázání parciálního oblouku I</u> Příprava a navázání částečného drátěného oblouku v rozsahu do 6 zubů do zámeků nebo kanyl jako součásti fixního aparátu. | Lze vykázat 4 / 1 kalendářní pololetí. Lze vykázat pouze u pojištěnců od 22 let věku, jejichž léčba byla započata před 1. lednem 2022. Materiál není hrazen ze zdravotního pojištění. Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 366 Kč |
| 00800 | <u>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I</u> Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem – na jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu, včetně přípravy zubů. Zahrnuje veškerý přímý materiál ortodontického aparátu použitý při zahájení léčby a při pokračování v léčbě v kalendářním roce, ve kterém byl nasazen fixní ortodontický aparát | Lze vykázat 2 / 1 čelist. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00982 ani 00801. 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. | 9 045 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). Odbornost 015 podle seznamu výkonů. | 1 573 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 | 839 Kč |

| Kód | Výkon | Regulační omezení | Výše úhrady |
|-----|-------|------------------------------------|-------------|
| | | Odbornost 014 podle seznamu výkonů | |

Vysvětlení zkratk:

PZL praktický zubní lékař

PA parodontolog

CH stomatochirurg

PE pedostomatolog

**Léčivé přípravky vyjmuté z paušální úhrady, z platby vyčleněné z paušální úhrady,
z úhrady formou případového paušálu a z ambulantní složky úhrady**

1. Z platby případovým paušálem, platby vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, z ambulantní složky úhrady jsou vyjmuty:

1.1 Léčivé přípravky obsahující tyto léčivé látky:

B02BB01
B02BD01
B02BD02
B02BD03
B02BD04
B02BD05
B02BD06
B02BD07
B02BD08
B02BD10
B02BX06
B05AA02

1.2 Tyto individuálně vyráběné léčivé přípravky:

Kryoprotein (0207926)

Plazma čerstvá, zmrazená pro klinické použití (0207921)

Plazma rekonvalescentní (0207928)

Plazma rekonvalescentní patogen-inaktivovaná (0207929, 0207922)

- 1.3 Hromadně vyráběné léčivé přípravky používané k léčbě nebo profylaxi onemocnění COVID-19

Výše úhrad podle § 20

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

$$Úhrada_{JP,2023} = \left(\sum_{i=1}^n Úhrada_{JP,i} * Počet_{výkonů}_{JP,i} \right) - EM_{JP}$$

kde:

$Úhrada_{JP,2023}$ je celková výše úhrady za hrazené služby jednodenní péče v oboru chirurgie poskytnuté v hodnoceném období.

$Úhrada_{JP,i}$ je výše úhrady za výkon i jednodenní péče v oboru chirurgie, kde i nabývá hodnot 1 až n a označuje výkon jednodenní péče v oboru chirurgie uvedený v tabulce v bodě 6.

$Počet_{výkonů}_{JP,i}$ je počet výkonů i jednodenní péče v oboru chirurgie poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v hodnoceném období, kde i nabývá hodnot 1 až n a označuje výkon jednodenní péče v oboru chirurgie uvedený v tabulce v bodě 6.

EM_{JP} je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci hrazených služeb jednodenní péče v oboru chirurgie poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v hodnoceném období, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

2. Úhrada podle bodu 1 se vztahuje pouze na zdravotní služby poskytnuté pojištěncům s diagnózou U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí.
3. Poskytovatel jednodenní péče v oboru chirurgie společně s výkonem jednodenní péče v oboru chirurgie vykazuje i všechny poskytnuté výkony podle seznamu výkonů a zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky; úhrada těchto výkonů, materiálu a léčivých přípravků je zahrnuta v úhradě za výkon jednodenní péče v oboru chirurgie podle tabulky v bodě 6.
4. Vyžádanou extramurální péčí se rozumí péče související s poskytováním hrazené jednodenní péče v oboru chirurgie u poskytovatele, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době od přijetí na lůžko jednodenní péče v oboru chirurgie u poskytovatele do jeho propuštění z tohoto lůžka poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji vykazuje zdravotní pojišťovně.
5. U poskytovatele akutní lůžkové péče se úhrada podle bodu 1 uplatní pouze pokud je jednodenní péče v oboru chirurgie poskytována na samostatném pracovišti jednodenní péče.

6. Tabulka výkonů jednodenní péče v oboru chirurgie:

| Název výkonu jednodenní péče v oboru chirurgie | Výše úhrady |
|--|-------------|
| Parciální nebo klínovitá resekce mammy s biopsií nebo bez nebo mastektomie jednoduchá | 26 059 Kč |
| Operace konečníku transanální endoskopickou mikrochirurgickou metodou | 22 926 Kč |
| Hemoroidektomie | 22 337 Kč |
| Operace hemoroidů dle Longa | 37 134 Kč |
| Operace kýly inguinální a femorální – dospělí, včetně inkarcerovaných | 35 761 Kč |
| Operace kýly umbilikální nebo epigastrická – dospělí včetně resekce omenta | 26 990 Kč |
| Operace kýly s použitím štěpu či implantátu, operace kýly nebo kýly v jizvě s použitím štěpu či implantátu | 47 936 Kč |
| Operace rozsáhlého pilonidálního sinu, dermoidní cysty excize rozsáhlých perianálních či gluteálních zánětlivých lézí (hidrosadenitis, aktinomykosis, tbc) | 22 926 Kč |
| Výkon laparoskopický a torakoskopický - appendektomie | 43 671 Kč |
| Výkon laparoskopický a torakoskopický - cholecystektomie prostá | 53 868 Kč |
| Výkon laparoskopický a torakoskopický - hernioplastika jednostranná primární | 51 081 Kč |
| Výkon laparoskopický a torakoskopický - hernioplastika oboustranná primární | 68 422 Kč |
| Výkon laparoskopický a torakoskopický - hernioplastika recidivující kýly | 43 964 Kč |
| Adheziolýza druhého stupně laparoskopicky nebo thorakoskopicky | 57 008 Kč |
| Vysoká ligatura venae saphenae magnaе + stripping subfasciální ligatury vv. perforantes | 39 273 Kč |
| Vysoká ligatura venae saphenae magnaе + stripping subfasciální ligatury vv. perforantes - obě nohy | 39 273 Kč |
| Fundoplikace laparoskopicky | 86 486 Kč |