



Sbírka zákonů a mezinárodních smluv

ČESKÁ REPUBLIKA

Zpřístupněna dne 30. října 2025

Vyhláška č. 432/2025 Sb.

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

432

VYHLÁŠKA

ze dne 22. října 2025

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

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 371/2021 Sb. a zákona č. 289/2025 Sb.:

§ 1

(1) Tato vyhláška stanoví pro rok 2026

- a) hodnoty bodu,
- b) výši úhrad hrazených služeb poskytovaných pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon“) a pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, členských států Evropského hospodářského prostoru a Švýcarské konfederace podle přímo použitelných předpisů Evropské unie upravujících koordinaci systémů sociálního zabezpečení¹⁾, pojištěncům Spojeného království podle Dohody o obchodu a spolupráci²⁾ a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast hrazených služeb³⁾ (dále jen „zahraniční pojištěnec“),
- c) výši záloh na úhradu hrazených služeb,
- d) regulační omezení pro úhrady za hrazené služby uvedené v § 4 až 20, poskytované smluvními poskytovateli zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel“).

(2) Tato vyhláška se vztahuje na poskytovatele

- a) lůžkové péče,
- b) v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami³⁾ (dále jen „seznam výkonů“),
- c) v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů,
- d) specializované ambulantní péče v odbornostech podle seznamu výkonů neuvedených jinde v tomto odstavci a stacionární ambulantní péče (dále jen „specializovaná ambulantní péče“),
- e) dialyzační zdravotní péče,
- f) v odbornostech 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů,
- g) ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů,
- h) v oboru zubní lékařství,

- i) ambulantní péče v odbornostech 222, 801, 802, 806 až 810, 812 až 818 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen „vyjmenovaná odbornost“),
- j) ambulantní péče v odbornostech 914, 916 a 921 podle seznamu výkonů,
- k) domácí péče v odbornostech 925 a 926 podle seznamu výkonů,
- l) ambulantní péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů,
- m) zdravotnické záchranné služby,
- n) přepravy pacientů neodkladné péče,
- o) zdravotnické dopravní služby,
- p) lékařské pohotovostní služby,
- q) pohotovostní služby v oboru zubní lékařství,
- r) lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravovny,
- s) lékárenské péče a
- t) jednodenní péče.

§ 2

- (1) Referenčním obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2024. Referenčními hodnotami poskytovatele jsou hodnoty příslušných úhradových ukazatelů poskytovatele v referenčním období.
- (2) Hodnoceným obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2026.
- (3) Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2024, poskytovatelem vykázané do 31. března 2025 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2025.
- (4) Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2026, poskytovatelem vykázané do 28. února 2027 a zdravotní pojišťovnou uznané do 30. dubna 2027. Úhrada za hrazené služby vykázané po 31. březnu 2027 vypočtená podle § 4 až 20 se násobí koeficientem 0,95.
- (5) Pokud dojde v hodnoceném období ke sloučení zdravotních pojišťoven, použije se pro výpočet úhrad součet údajů za referenční období sloučených zdravotních pojišťoven.

§ 3

- (1) Unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí pojištěnec zdravotní pojišťovny ošetřený poskytovatelem v konkrétní odbornosti v hodnoceném období nebo v referenčním období alespoň jednou, s tím, že není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastních zdravotních služeb nebo vyžádaných zdravotních služeb, pokud není dále stanoveno jinak. Je-li stanoveno, že hrazené služby nevstupují do výpočtu celkové nebo obdobné výše úhrady, nevstupují pojištěnci, kterým byly poskytnuty pouze hrazené služby nevstupující do výpočtu celkové nebo obdobné výše úhrady, do tohoto výpočtu jako unikátní pojištěnci.
- (2) Pokud byl unikátní pojištěnec poskytovatelem v konkrétní odbornosti ošetřen v hodnoceném období nebo v referenčním období vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti a období pouze jednou.

- (3) V případě sloučení zdravotních pojišťoven se pojištěnec, za kterého byly v hodnoceném období nebo v referenčním období uhrazeny hrazené služby více než jednou ze sloučených zdravotních pojišťoven, započte do počtu unikátních pojištěnců pouze jednou.
- (4) Globálním unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí pojištěnec zdravotní pojišťovny ošetřený poskytovatelem lůžkové péče v libovolné odbornosti v rámci vlastních nebo vyžádaných zdravotních služeb v hodnoceném období nebo v referenčním období alespoň jednou, pokud není dále stanoveno jinak.
- (5) Pokud byl globální unikátní pojištěnec poskytovatelem ošetřen v hodnoceném období nebo v referenčním období vícekrát, a to bez ohledu na počet odborností, v nichž byl pojištěnec ošetřen, zahrnuje se do počtu globálních unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených u daného poskytovatele pouze jednou.
- (6) V případě sloučení zdravotních pojišťoven se pojištěnec, za kterého byly v hodnoceném období nebo v referenčním období uhrazeny hrazené služby více než jednou ze sloučených zdravotních pojišťoven, započte do počtu globálních unikátních pojištěnců pouze jednou.
- (7) Má-li zdravotní pojišťovna při stanovení výše úhrad nebo regulačních omezení použít hodnoty úhradových ukazatelů srovnatelných poskytovatelů, použije k určení těchto hodnot příslušné hodnoty všech smluvních poskytovatelů, kteří v hodnoceném období poskytují zdravotní služby ve srovnatelném celkovém rozsahu a struktuře jako poskytovatel, pro kterého se ustanovení o srovnatelném poskytovateli používá.
- (8) Mezinárodní klasifikací nemocí se pro účely této vyhlášky rozumí Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů v jejím aktuálním znění (MKN-10)⁵).
- (9) Ordinačními hodinami se pro účely této vyhlášky rozumí ordinační hodiny sjednané ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem, kdy je na pracovišti poskytovatele pro pojištěnce dostupný alespoň 1 zdravotnický pracovník se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru, s tím, že se do ordinačních hodin nezapočítává doba věnovaná návštěvní službě a administrativním činnostem.

§ 4

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

§ 5

- (1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli lůžkové péče, s výjimkou hrazených služeb poskytovaných poskytovateli následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, sociálně-zdravotní lůžkové péče nebo zvláštní lůžkové péče, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v přílohách č. 1, 9, 10, 12, 14 a 15 k této vyhlášce.
- (2) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, sociálně-zdravotní lůžkové péče, zvláštní lůžkové péče nebo zvláštní ambulanci péče poskytované podle § 22 písm. c) zákona se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 1 k této vyhlášce.

§ 6

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

§ 7

Pro specializovanou ambulantní péči poskytovanou poskytovateli ambulantní péče hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v přílohách č. 3 a 15 k této vyhlášce.

§ 8

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

§ 9

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

§ 10

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

§ 11

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

§ 12

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

§ 13

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

§ 14

- (1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické záchranné služby a přepravy pacientů neodkladné péče hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,32 Kč, s výjimkou výkonů přepravy podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 1,47 Kč, a s výjimkou výkonu s bodovou hodnotou (dále jen „výkon“) č. 06714 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1,34 Kč.
- (2) Úhrada podle odstavce 1 se poskytovateli zdravotnické záchranné služby navyšuje o 1 550 Kč za poskytnutí péče pojištěnci zdravotní pojišťovny zahrnující příjem tísňové výzvy operátorem zdravotnického operačního střediska a výjezd zdravotnické záchranné služby vykázaný podle odstavce 1.

§ 15

- (1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby se výše úhrady stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony přepravy pro poskytovatele
 - a) poskytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu s hodnotou bodu ve výši 1,47 Kč,
 - b) neposkytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu s hodnotou bodu ve výši 1,21 Kč.
- (2) Pro výkon přepravy č. 69 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,34 Kč.

§ 16

- (1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v rámci lékařské pohotovostní služby hrazené podle seznamu výkonů se pro výkony, s výjimkou výkonů přepravy a výkonu č. 09580 podle seznamu výkonů, stanoví hodnota bodu ve výši 1,14 Kč a pro výkony přepravy podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,26 Kč.
- (2) Pohotovostní služba v oboru zubní lékařství je hrazena paušálně výkonovou úhradou. Paušální složka úhrady se stanoví ve výši 9 600 Kč násobených koeficientem poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu podle přílohy č. 9 k této vyhlášce za jeden den poskytování těchto služeb ve dnech a alespoň v rozsahu podle vyhlášky o pohotovostních službách na pracovišti smluvního poskytovatele pohotovostní služby v oboru zubní lékařství. Pro stanovení výkonové složky úhrady a regulačních omezení se použije § 9.

§ 17

- (1) Pro komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé, děti a dorost poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za 1 den pobytu ve výši 102 % smluvně sjednané úhrady za 1 den pobytu pro rok 2025. Nebyla-li úhrada za 1 den pobytu pro rok 2025 sjednána do 31. prosince 2025 včetně, stanoví se úhrada ve výši úhrady hrazené srovnatelným poskytovatelům. Úhrada za ubytování a stravu průvodce pojištěnce se stanoví ve stejné výši jako úhrada za tyto složky u pojištěnců, kterým je poskytována komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče pro dospělé.
- (2) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé, děti a dorost poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za 1 den pobytu ve výši 102 % smluvně sjednané úhrady za 1 den pobytu

pro rok 2025. Nebyla-li úhrada za 1 den pobytu pro rok 2025 sjednána do 31. prosince 2025 včetně, stanoví se úhrada ve výši úhrady hrazené srovnatelným poskytovatelům.

- (3) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči se pro výkon č. 09543 podle seznamu výkonů stanoví hodnota bodu ve výši 0,77 Kč. Tento výkon může být pojišťovně vykázán maximálně třikrát během jednoho léčebného pobytu pojištěnce.
- (4) Pro hrazené služby poskytované v ozdravovnách se stanoví úhrada za 1 den pobytu ve výši 1 310 Kč, která se skládá ze složky ubytování, stravování a složky ozdravný program. Úhrada za ubytování a stravu průvodce pojištěnce se stanoví ve stejné výši jako úhrada za tyto složky u pojištěnců, kterým jsou poskytovány hrazené služby v ozdravovnách.

§ 18

- (1) Pro výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,12 Kč. Věta první se nepoužije u poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče, u kterého se postupuje podle § 17 odst. 3.
- (2) Pro výkony č. 09555 až 09557 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,12 Kč.
- (3) Pro výkony č. 09580 a 09581 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,04 Kč.
- (4) Za každý výkon č. 09990 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 36 Kč.
- (5) Úhrada podle odstavců 1 až 4 nevstupuje do výpočtu maximální, celkové nebo jim obdobné výše úhrady za hrazené služby. S výjimkou podle odstavce 1 věty druhé se odstavce 1 až 4 nepoužijí pro hrazené služby jednodenní a lůžkové péče.

§ 19

- (1) Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09552 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 32 Kč.
- (2) Nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli 16 Kč za každé převedení listinného receptu do elektronické podoby, byl-li na základě tohoto receptu vydán jejímu pojištěnci léčivý přípravek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely (dále jen „léčivý přípravek“) hrazený z veřejného zdravotního pojištění.

§ 20

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

§ 21

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2026.

Ministr:

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

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

A) Hrazené služby podle § 5 odst. 1

1. Úhrada poskytovateli v hodnoceném období zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady podle bodu 2, paušální úhradu podle bodu 3, úhradu vyčleněnou z paušální úhrady podle bodu 4, úhradu formou případového paušálu podle bodu 5, úhradu za akutní lůžkovou péči pro malý počet pojištěnců podle bodu 6, úhradu za ambulantní péči podle bodu 7 (dále jen „ambulantní složka úhrady“) a ostatní úhrady podle bodu 8.
 - 1.1 Pro účely bodů 3 až 5 se při výpočtu proměnných v referenčním období případy hospitalizací rozumí případy hospitalizací přepočtené podle pravidel pro Klasifikaci hospitalizovaných pacientů pro rok 2026⁶⁾ (dále jen „Klasifikace“).
 - 1.2 Pro účely bodů 3 až 6 se vyžádanou extramurální péčí rozumí péče související s hospitalizací pojištěnce u poskytovatele, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji vykazuje zdravotní pojišťovně.
 - 1.3 Pro výkony OD 00031 a 00032 se stanoví paušální sazba za ošetrovací den ve výši 572 Kč, přičemž tyto výkony jsou vyjmuty z úhrady podle bodů 3 až 6. Hrazené služby podle bodu 7.12 písm. c), pokud jsou poskytnuty během hospitalizace pojištěnce, jsou vyjmuty z úhrady podle bodů 3 až 6 a hradí se podle bodu 7.
 - 1.4 Léčivé přípravky, kterým se stanoví úhrada podle přílohy č. 15 k této vyhlášce, jsou vyjmuty z úhrady podle bodů 3 až 7. Léčivé přípravky a zdravotnické prostředky uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, přičemž tyto léčivé přípravky a zdravotnické prostředky jsou vyjmuty z úhrady podle bodů 3 až 7 a přílohy č. 15 k této vyhlášce.
 - 1.5 Pro účely bodů 3 až 8 se poskytovatelem, který má status centra vysoce specializované péče, rozumí poskytovatel, který je podle zákona o zdravotních službách držitelem statusu centra vysoce specializované zdravotní péče nebo centra vysoce specializované zdravotní péče pro pacienty se vzácným onemocněním, nebo smluvním poskytovatelem uvedeným v seznamu center vysoce specializované zdravotní péče podle zákona o zdravotních službách.
 - 1.6 Pokud byl v rámci případu hospitalizace vykázan zvlášť účtovaný materiál pro robotickou operativu a současně výkon č. 09539 podle seznamu výkonů a nebyl vykázan jiný výkon podle seznamu výkonů nebo DRG marker podle Klasifikace označující robotický operační výkon, nepoužije se při přepočtu případu hospitalizace podle bodu 1.1 navýšení dílčí relativní váhy případu hospitalizace pro materiálové náklady při překročení horního mezního bodu materiálových nákladů podle Klasifikace.
2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

Pokud si zdravotní pojišťovna a poskytovatel dohodnou rozdílnou výši a způsob úhrady hrazených služeb i pro hrazené služby, jež jsou zahrnuty v paušální úhradě, v úhradě

vyčleněné z paušální úhrady nebo v úhradě formou případového paušálu, úhrada za tyto služby se nezapočítá do úhrady uvedené v bodech 3 až 6.

3. Paušální úhrada

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

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

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

kde:

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

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

kde:

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

- i. $CM_{2024,CZ-DRG,A} * 90\,000$ Kč pro poskytovatele, který je v hodnoceném období součástí referenční sítě poskytovatelů akutní lůžkové péče podle § 41a zákona, který má alespoň v části hodnoceného období alespoň 8 statusů centra vysoce specializované péče, a který má alespoň v části hodnoceného období status centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče nebo centra vysoce specializované hematologické péče pro dospělé nebo centra vysoce specializované péče o pacienty s multirezistentní tuberkulózou nebo centra vysoce specializované péče pro izolaci pacientů s podezřením na vysoce nakažlivou nemoc,
- ii. $CM_{2024,CZ-DRG,A} * 85\,000$ Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky podbodu i., který má alespoň v části hodnoceného období status centra vysoce specializované traumatologické péče a alespoň 4 další statusy centra vysoce specializované péče,

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

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

kde:

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

$\text{ÚHR}_{PU,CZ-DRG,2024}$ je celková výše paušální úhrady uhrazená poskytovateli v referenčním období.

$EM_{2024,A-C}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze podle přílohy č. 10, částí A až C k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v referenčním období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$\text{ÚHR}_{ISU,A-C}^{2024}$ je celková úhrada poskytovateli za případy hospitalizací zařazené do individuálně smluvně sjednaných bází v referenčním období, a zároveň zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech A až C k této vyhlášce.

$\text{ÚHR}_{EU,A-C}^{2024}$ je celková úhrada poskytovateli za případy hospitalizací zahraničních pojištěnců v referenčním období, zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech A až C k této vyhlášce.

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

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

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

kde:

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

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

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

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

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

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

kde:

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

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

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

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

a kde:

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

kde:

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

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

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

ii. V ostatních případech se redukovaný casemix stanoví takto:

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

kde:

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

kde:

$CM_{1,2026,CZ-DRG,A,ij}$ je případ hospitalizace j poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznáný, ukončený v hodnoceném období, který nebyl ukončen kódem ukončení léčení 5, zařazený podle Klasifikace do skupiny i vztahený k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhláše, oceněný relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhláše. Index i označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, části A k této vyhláše. Index j označuje jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny i .

$CM_{1,2026,JPL,A,ij}$ je případ hospitalizace j poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznáný, ukončený v hodnoceném období, který nebyl ukončen kódem ukončení léčení 5, zařazený podle Klasifikace do skupiny i vztahený k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 14, části A k této vyhláše, oceněný relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 14, části A k této vyhláše. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u skupiny i v příloze č. 14, části A.

a kde:

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

kde:

$CM_{2026,CZ-DRG,A,5,ij}$ je případ hospitalizace j poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznáný, ukončený v hodnoceném období, který byl ukončen kódem ukončení léčení 5, zařazený podle Klasifikace do skupiny i vztahený k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhláše, oceněný relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhláše. Index i označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, části A k této vyhláše. Index j označuje

jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny i .

$CM_{2026,JPL,A,5,i,j}$ je případ hospitalizace j poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznáný, ukončený v hodnoceném období, který byl ukončen kódem ukončení léčení 5, zařazený podle Klasifikace do skupiny i vztážen k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 14, části A k této vyhlášce, oceněný relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 14, části A k této vyhlášce. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u skupiny i v příloze č. 14, části A.

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

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

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

4. Úhrada vyčleněná z paušální úhrady

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

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

$$\begin{aligned} \dot{U}HR_{vy\check{c}l,CZ-DRG,2026} = & \left\{ \sum_{i=1}^n \left[\sum_{j=1}^m \max(\dot{U}HR_{CE,nepovinn\acute{e}JPL,i,j}; CM_{2026,CZ-DRG,CE,i,j} * IZS_{2026,CZ-DRG,CE} * NM) * KC_{CE,i,j} \right] \right\} \\ & + \dot{U}HR_{CE,povinn\acute{e}JPL} - EM_{2026,CE} \end{aligned}$$

kde:

a) $CM_{2026,CZ-DRG,CE,i,j}$ je případ hospitalizace j poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznáný, ukončený v hodnoceném období, zařazený podle Klasifikace do skupiny i vztážen k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, oceněný relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce. Index i označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce. Index j označuje jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny i . Do případů hospitalizací podle věty první se nezahrnou případy hospitalizací zahrnuté do proměnné $\dot{U}HR_{CE,povinn\acute{e}JPL}$.

b) $\dot{U}HR_{CE,nepovinn\acute{e}JPL,i,j}$ je výše jednodenní úhrady pro případ hospitalizace j , zařazený podle Klasifikace do skupiny i vztážen k diagnóze a uvedený v příloze č. 14, části B k této vyhlášce. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se

- zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u skupiny i v příloze č. 14, části B k této vyhlášce.
- c) $KC_{CE,ij}$ je koeficient centralizace, který se stanoví pro skupinu i vztaženou k diagnóze a uvedenou v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, ve výši 1,03, pokud poskytovatel má alespoň v části hodnoceného období alespoň 1 status centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, a není-li tato podmínka splněna, ve výši uvedené pro danou skupinu v příloze č. 10, pokud poskytovatel nemá po celé hodnocené období ani 1 status centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, a ve výši 1, pokud daná skupina nemá uveden žádný status centra vysoce specializované péče v částech C a E k této vyhlášce a u případů hospitalizace j , kdy nejdéle 1 den před začátkem hospitalizace byl poskytovatelem vykázán výkon č. 09563 nebo 09564 podle seznamu výkonů nebo výkon odbornosti 719 podle seznamu výkonů.
- d) $ÚHR_{CE,povinnéJPL}$ je souhrnná výše jednodenní úhrady pro případy hospitalizace zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 14, části C k této vyhlášce, přičemž se zahrnou pouze případy hospitalizace splňující podmínky definované u těchto skupin v příloze č. 14, části C.
- e) $EM_{2026,CE}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupiny vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.
- f) NM je nákladový modifikátor pro vyčleněnou úhradu, který se stanoví následovně:
- i. 1,20 pro poskytovatele s casemix-indexem referenčního období (CMI) vyšším než 2,8. CMI se vypočte následovně

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

kde:

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

$PP_{drg,2024,všechnyZP}$ je počet případů hospitalizací pojištěnců přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených

v příloze č. 10 k této vyhlášce, za všechny zdravotní pojišťovny dohromady.

- ii. 1,15 pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky podbodu i., který je v hodnoceném období součástí referenční sítě poskytovatelů akutní lůžkové péče podle § 41a zákona, který má alespoň v části hodnoceného období alespoň 8 statusů centra vysoce specializované péče, a který má alespoň v části hodnoceného období status centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče nebo centra vysoce specializované hematoonkologické péče pro dospělé nebo centra vysoce specializované péče o pacienty s multirezistentní tuberkulózou nebo centra vysoce specializované péče pro izolaci pacientů s podezřením na vysoce nakažlivou nemoc,
- iii. 1,10 pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky podbodů i. a ii., který má alespoň v části hodnoceného období status centra vysoce specializované traumatologické péče a alespoň 4 další statusy centra vysoce specializované péče,
- iv. 1 pro ostatní poskytovatele.
- g) $IZS_{2026,CZ-DRG,CE}$ je individuální základní sazba pro péči vyčleněnou z paušální úhrady, která se vypočte následovně:

- i. V případě, že:

$$NM > 1$$

pak:

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

- ii. V případě, že:

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

pak:

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

- iii. V případě, že:

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

pak:

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

- iv. V ostatních případech:

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

kde:

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

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

kde:

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

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

Parametr	Název parametru	Hodnota
CZS_{CZ-DRG}	Centrální základní sazba pro CZ-DRG	82 000
$RK_{CE,horn\acute{i}}$	Horní risk-koridor	0,05
$RK_{CE,doln\acute{i}}$	Dolní risk-koridor	0,05
$TS_{CE,horn\acute{i}}$	Horní tempo sblíživání sazeb	1
$TS_{CE,doln\acute{i}}$	Dolní tempo sblíživání sazeb	0,75

5. Úhrada formou případového paušálu podle CZ-DRG

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

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

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

kde:

- $CM_{2026,CZ-DRG,BFG,ij}$ je případ hospitalizace j poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznáný, ukončený v hodnoceném období, zařazený podle Klasifikace do skupiny i vztahený k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce, oceněný relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce. Index i označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce. Index j označuje jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny i . Do případů hospitalizací podle věty první se nezahrnou případy hospitalizací zahrnuté do proměnné $\dot{U}HR_{BFG,povinn\acute{e}JPL}$.
- $\dot{U}HR_{BFG,nepovinn\acute{e}JPL,ij}$ je výše jednodenní úhrady pro případ hospitalizace j , zařazený podle Klasifikace do skupiny i vztahený k diagnóze a uvedený v příloze č. 14, části D k této vyhlášce. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u skupiny i v příloze č. 14, části D k této vyhlášce.
- $\dot{U}HR_{BFG,povinn\acute{e}JPL}$ je souhrnná výše jednodenní úhrady pro případy hospitalizace zařazené podle Klasifikace do skupin vztahených k diagnóze a uvedených v příloze č. 14, části E k této vyhlášce. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u těchto skupin v příloze č. 14, části E k této vyhlášce.
- $EM_{2026,BFGH}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznávaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupiny vztahených k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech B, F, G a H k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

- e) $K_{CBFG,ij}$ je koeficient centralizace, který se stanoví pro skupinu i vztaženou k diagnóze a uvedenou v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce, ve výši 1,03, pokud poskytovatel má alespoň v části hodnoceného období alespoň 1 status centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce, a není-li tato podmínka splněna, ve výši uvedené pro danou skupinu v příloze č. 10, pokud poskytovatel nemá po celé hodnocené období ani 1 status centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce, a ve výši 1, pokud daná skupina nemá uveden žádný status centra vysoce specializované péče v částech B, F a G k této vyhlášce a u případů hospitalizace j , kdy nejdéle 1 den před začátkem hospitalizace byl poskytovatelem vykázán výkon č. 09563 nebo 09564 podle seznamu výkonů nebo výkon odbornosti 719 podle seznamu výkonů.
- f) NM_{PP} je nákladový modifikátor pro případový paušál, který se stanoví ve výši 1,20 pro poskytovatele s casemix-indexem (CMI) vyšším než 2,8 podle bodu 4.2 a ve výši 1 pro ostatní poskytovatele.
- g) KP_{Krit} je koeficient plnění kritérií poskytování akutní psychiatrické péče, který nabývá hodnoty 1,03 v případě, že poskytovatel splňuje současně všechny podmínky uvedené v bodě 5.3. V ostatních případech KP_{Krit} nabývá hodnoty 0,93.
- h) K_{Trans} je koeficient transformace, který se stanoví ve výši 1 pro poskytovatele bez transformačního plánu, a pro poskytovatele s transformačním plánem se vypočte následovně:

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

kde:

- i. K_{CDZ} je koeficient bonifikace za provoz centra duševního zdraví, který nabývá nejvyšší splněnou hodnotu, přičemž pokud poskytovatel alespoň v části hodnoceného období poskytoval služby v odbornosti 350, 360, 370 nebo 922 podle seznamu výkonů nabývá hodnoty 0,02, pokud alespoň v části hodnoceného období poskytoval služby v odbornosti 355 podle seznamu výkonů nabývá hodnoty 0,04, a pokud alespoň v části hodnoceného období poskytoval služby v odbornosti 355 podle seznamu výkonů a zároveň alespoň v jedné z odborností 350, 360, 370 nebo 922 podle seznamu výkonů nabývá hodnoty 0,06.
- ii. K_{DS} je koeficient bonifikace za provoz denního stacionáře, který nabývá hodnoty 0,03 v případě, že poskytovatel alespoň v části hodnoceného období poskytoval služby v rámci denního psychiatrického stacionáře vykazovaného výkonu č. 00043 podle seznamu výkonů, a hodnoty 0,02 v případě, že nevykazoval výkonu č. 00043 podle seznamu výkonů, ale vykazoval výkonu č. 00041 nebo 00042 podle seznamu výkonů.
- iii. $K_{TransNLP}$ je koeficient plnění transformačního plánu a redukce následné lůžkové péče, který se vypočte následovně:

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

kde:

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

$PLNLP_{2030}$ je cílový počet lůžek následné lůžkové péče po ukončení transformace, který se stanoví jako celkový počet lůžek následné a dlouhodobé specializované psychiatrické lůžkové péče, s výjimkou lůžek ochranné léčby určených k vykazování výkonů č. 00090 a 00091 podle seznamu výkonů, který je podle transformačního plánu plánován k 31. prosinci 2030.

$PLNLP_{2026}$ je celkový počet lůžek následné a dlouhodobé specializované psychiatrické lůžkové péče, s výjimkou lůžek ochranné léčby určených k vykazování výkonů č. 00090 a 00091 podle seznamu výkonů, k 31. prosinci hodnoceného období.

i) $CM_{red,2026,CZ-DRG,H}$ je redukovaný casemix, který se vypočítá následovně:

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

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

ii. V ostatních případech se redukovaný casemix stanoví následovně:

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

kde:

$CM_{2026,CZ-DRG,H}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

$LOS_{2024,CZ-DRG,H}^{median}$ je medián délky hospitalizace u případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

$LOS_{2026,CZ-DRG,H}^{median}$ je medián délky hospitalizace u případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

X je proměnná podle bodu 3.2.

U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou nebo neposkytoval akutní lůžkovou péči

zařazenou podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu $CM_{red,2026,CZ-DRG,H}$ následující referenční hodnotu:

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

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

- a) počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce, které byly ukončeny přeložením pacienta k poskytovateli následné psychiatrické péče, nepřekročí 55 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce,
 - b) počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce, které byly ukončeny přeložením pacienta k jinému poskytovateli akutní psychiatrické péče, nepřekročí 10 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce,
 - c) poskytovatel zajišťuje nepřetržitou péči v režimu 24 hodin denně 7 dní v týdnu při příjmu pacientů k hospitalizacím zařazovaným podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.
6. V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním období nebo hodnoceném období hrazené služby v rámci 50 a méně případů hospitalizací pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby následovně:

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

kde:

$CM_{2026,CZ-DRG,BCEFG,ij}$ je případ hospitalizace j poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, zařazený podle Klasifikace do skupiny i vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce, oceněný relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce. Index i označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce. Index j označuje jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny i . Do případů hospitalizací podle věty první se nezahrnou případy hospitalizací zahrnuté do proměnné $\dot{U}HR_{BCEFG,povinnéJPL}$.

$\dot{U}HR_{BCEFG, nepovinnéJPL, ij}$ je výše jednodenní úhrady pro případ hospitalizace j , zařazený podle Klasifikace do skupiny i vztažené k diagnóze a uvedené v příloze č. 14, částech B a D k této vyhlášce. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u skupiny i v příloze č. 14, částech B a D k této vyhlášce.

$KC_{BCEFG, i}$ je koeficient centralizace, který se stanoví pro skupinu i vztaženou k diagnóze a uvedenou v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce, ve výši 1,03, pokud poskytovatel má alespoň v části hodnoceného období alespoň 1 status centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce, a není-li tato podmínka splněna, ve výši uvedené pro danou skupinu v příloze č. 10, pokud poskytovatel nemá po celé hodnocené období ani 1 status centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce, a ve výši 1, pokud daná skupina nemá uveden žádný status centra vysoce specializované péče v částech B, C, E, F a G k této vyhlášce a u případů hospitalizace, kdy nejdéle 1 den před začátkem hospitalizace byl poskytovatelem vykázán výkon č. 09563 nebo 09564 podle seznamu výkonů nebo výkon odbornosti 719 podle seznamu výkonů.

$\dot{U}HR_{BCEFG, povinnéJPL}$ je výše jednodenní úhrady pro případy hospitalizace zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze a uvedené v příloze č. 14, částech C a E k této vyhlášce. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u těchto skupin v příloze č. 14, částech C a E k této vyhlášce.

$EM_{pod50, 2026}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázáných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupiny vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

ZS_{pod50} je základní sazba CZ-DRG pod 50 případů hospitalizací, která se stanoví následovně:

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

7. Ambulantní složka úhrady zahrnuje úhradu specializované ambulantní péče, hrazených služeb v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství, hrazených služeb poskytovaných ve vyjmenovaných odbornostech, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby a hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v odbornostech 902, 903, 905, 914, 916, 917, 919, 921, 925, 926 a 927 podle seznamu výkonů (dále jen „ambulantní péče“) s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje vyšetření pacienta při příjmu k hospitalizaci a při propuštění z hospitalizace.
- 7.1 Výkony poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle § 15.

- 7.2 Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby se hradí podle bodu 7.14. Hrazené služby poskytované v rámci pohotovostní služby v oboru zubní lékařství se hradí podle § 16.
- 7.3 Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 006 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,97 Kč.
- 7.4 Hrazené služby
- a) poskytované poskytovateli v odbornostech 350, 355, 360, 370, 920, 922 a 935 podle seznamu výkonů, se hradí s hodnotou bodu podle části A bodu 1 písm. a) přílohy č. 3 k této vyhlášce,
 - b) poskytované poskytovateli v odbornostech 305, 306, 308, 309, 901, 910, 919 a 931 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. b) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,
 - c) poskytované poskytovateli v odbornosti 914 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hradí s hodnotou bodu podle části A bodu 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce,
 - d) poskytované v rámci samostatné ambulance psychiatrické krizové péče nebo v rámci samostatného pracoviště psychiatrické krizové péče podle bodu 7.14 v odbornostech 305, 308, 901, 914, 920 a 935 podle seznamu výkonů poskytovatelem splňujícím podmínky pro paušální bonifikaci za poskytování psychiatrické krizové péče při urgentním příjmu podle bodu 7.14 se hodnota bodu pro tyto hrazené služby stanoví ve výši 1,21 Kč a v odbornosti 306 podle seznamu výkonů a pro výkony podle kapitoly 931 seznamu výkonů ve výši 1,35 Kč, přičemž hodnoty bodu pro tyto odbornosti podle písmen a) až c) se nepoužijí.
- 7.5 Hrazené služby poskytované poskytovateli
- a) v odbornostech 905 a 927 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. c) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,
 - b) v odbornosti 407 podle seznamu výkonů se úhrada stanoví podle části A bodu 1 přílohy č. 3 k této vyhlášce a násobí se koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21, přičemž navýšení podle části A bodu 1 písm. k) přílohy č. 3 k této vyhlášce se nepoužije,
 - c) v odbornosti 008 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. h) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21.
- 7.6 Hrazené služby poskytované pojištěncům do dne dosažení 15 let
- a) v odbornostech specializované ambulantní péče podle seznamu výkonů s výjimkou hrazených služeb podle bodů 7.4, 7.5 a 7.13 se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce, přičemž navýšení podle písmen a) až d) se nepoužije, a hodnota bodu se vynásobí koeficientem BON_{ost} stanoveným v bodě 7.21,
 - b) v odbornostech 809 a 810 podle seznamu výkonů s výjimkou hrazených služeb podle bodu 7.13 se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 3 přílohy č. 5 k této vyhlášce násobené koeficientem BON_{rad} podle bodu 7.21.

- 7.7 Hrazené služby poskytované v odbornosti 806 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 přílohy č. 5 k této vyhlášce.
- 7.8 Pro hrazené služby poskytované poskytovateli
- a) v odbornosti 921 podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 a 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 3 přílohy č. 6 k této vyhlášce se nepoužije,
 - b) v odbornosti 926 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části B bodu 1 přílohy č. 6 k této vyhlášce, přičemž navýšení podle části B bodu 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce a výpočet celkové výše úhrady podle části B bodu 1 přílohy č. 6 k této vyhlášce se nepoužije.
- 7.9 Pro hrazené služby poskytované poskytovateli dialyzační péče hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodů 1 a 2 přílohy č. 8 k této vyhlášce, přičemž regulační omezení uvedená v části C přílohy č. 8 k této vyhlášce se nepoužijí. Pro hrazené služby uvedené v části B přílohy č. 8 k této vyhlášce se úhrada stanoví podle části B přílohy č. 8 k této vyhlášce.
- 7.10 Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle přílohy č. 11 k této vyhlášce. Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství, které nelze hradit podle věty první, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč.
- 7.11 Výkon č. 88101 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,90 Kč.
- 7.12 Výkony
- a) novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81753, 81755, 93121, 93123, 93124, 93281, 94297 a 94298 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,22 Kč,
 - b) záchytu a prevence karcinomu děložního hrdla č. 95198, 95199, 95201, 95202 a 95203 podle seznamu výkonů, výkony časného záchytu karcinomu prostaty č. 81800 a 87012 podle seznamu výkonů a výkon č. 81733 podle seznamu výkonů vykázaný v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 1 přílohy č. 5 k této vyhlášce,
 - c) č. 02125 podle seznamu výkonů poskytované podle seznamu výkonů vykázané v souvislosti s podáním zvlášť účtovaného léčivého přípravku ATC skupiny J07BB02 se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle části A bodu 8 písm. b) přílohy č. 2 k této vyhlášce.
- 7.13 Výkony
- a) č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440 a 15950 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli v odbornosti 105 podle seznamu výkonů, vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. g) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,
 - b) screeningu karcinomu plic č. 25507 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli v odbornosti 205 podle seznamu výkonů, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. g) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,

- c) časného záchytu karcinomu prostaty č. 01130, 76027, 76029, 76031, 76033, 76621, 76623 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 706 podle seznamu výkonů, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. g) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,
- d) časného záchytu aneurysmatu abdominální aorty č. 89970 poskytované poskytovateli v odbornosti 102 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. g) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,
- e) č. 75022 podle seznamu výkonů, vykázané společně s výkonem č. 02040 nebo 02041 podle seznamu výkonů, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,
- f) č. 89111 až 89131, 89663 až 89665 a 89951 až 89958 podle seznamu výkonů, a výkony č. 89970 poskytované poskytovateli v odbornosti 809 podle seznamu výkonů, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 2 přílohy č. 5 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{rad} podle bodu 7.21.
- 7.14 Pro výkon č. 09564 podle seznamu výkonů, pro hrazené služby lékařské pohotovostní služby a pro hrazené služby poskytované na urgentním příjmu v odbornosti 719 podle seznamu výkonů se úhrada stanoví následovně:

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

kde:

- a) $\dot{U}hrada_{PrijemZZS,2026}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané výkony č. 09564 podle seznamu výkonů, která se stanoví ve výši 1 000 Kč za každý výkon.
- b) $\dot{U}hrada_{LPS,2026}$ je úhrada za hrazené služby lékařské pohotovostní služby, která se stanoví následovně:

$$\dot{U}hrada_{LPS,2026} = \text{ProdukceLPS}_{2026} + \text{PaušálLPS}_{2026}$$

kde:

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

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

$$\text{PaušálLPS}_{2026} = K * (\text{Paušál}_{LPS,dospěti,2026} + \text{Paušál}_{LPS,děti,2026})$$

kde:

K nabývá hodnoty od 0 do 1, přičemž pro poskytovatele, který má status centra vysoce specializované traumatologické péče, se stanoví podle bodu 2 přílohy č. 9 k této vyhlášce a odpovídá poměru počtu pojištěnců

dané zdravotní pojišťovny v daném regionu, kde je zajišťována lékařská pohotovostní služba, a pro ostatní poskytovatele se tento poměr stanoví podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce a odpovídá poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okresu, kde je zajišťována lékařská pohotovostní služba.

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

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

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

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

kde:

- i. $Paušál_{Urg,2026}$ je paušální složka úhrady urgentního příjmu, která se stanoví ve výši:
- I. 250 000 000 Kč pro poskytovatele, má status centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé a status centra vysoce specializované traumatologické péče pro děti, a který zajišťuje urgentní příjem pro dospělé a zároveň druhý odlišný urgentní příjem pro děti,
 - II. 55 000 000 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky uvedené v odstavci I., který alespoň v části hodnoceného období má status centra vysoce specializované traumatologické péče a zajišťuje urgentní příjem,
 - III. 9 000 000 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky uvedené v odstavcích I. a II., který zajišťuje urgentní příjem,
 - IV. 0 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky uvedené v odstavcích I. až III.,
 - V. výše paušální složky podle odstavců I. až III. se krátí o 50 % v případě, že poskytovatel prokazatelně nezajistí péči na urgentním příjmu po celé hodnocené období v nepřetržitém režimu a výpadek provozu přesáhne 72 hodin za celé hodnocené období v případě urgentního příjmu nebo 3 po sobě jdoucí dny v případě lékařské pohotovostní služby pro dospělé nebo nezajistí služby v rámci lékařské pohotovostní služby pro dospělé alespoň v rozsahu stanoveném vyhláškou o pohotovostních službách.
- ii. $Výkony_{Urg,2026}$ je výkonová složka úhrady urgentního příjmu, která se stanoví ve výši:

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

kde:

$PB_{urg,2026}$ je počet bodů za výkony č. 06720, 06726, 06727, 06728, 06729 podle seznamu výkonů vykázané v odbornosti 719 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

$KP_{urg,2026}$ je hodnota korunových položek poskytovatelem vykázaných společně s výkony č. 06720, 06726, 06727, 06728, 06729 podle seznamu výkonů v odbornosti 719 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

$Limit_{urg,2026}$ je horní hranice výkonové složky úhrady urgentního příjmu, která se stanoví ve výši:

- I. K*120 000 000 Kč pro poskytovatele, který má status centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé a status centra vysoce specializované traumatologické péče pro děti, a který zajišťuje urgentní příjem pro dospělé a zároveň druhý odlišný urgentní příjem pro děti,
- II. K*65 000 000 Kč pro poskytovatele, který nespĺňuje podmínky uvedené v odstavci I., má status centra vysoce specializované traumatologické péče a zajišťuje urgentní příjem,
- III. K*25 000 000 Kč pro poskytovatele, který nespĺňuje podmínky uvedené v odstavcích I. a II. a zajišťuje urgentní příjem.

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

- I. poskytovateli, který má status centra vysoce specializované traumatologické péče a zajišťuje na urgentním příjmu současně poskytování psychiatrické krizové péče pro děti a dospělé v samostatné místnosti (dále jen „samostatná ambulance“) a akutní lůžkovou péči v psychiatrických lůžkových oborech, se $CKP_{bonifikace,2025}^{paušální}$ stanoví ve výši 1 000 000 Kč,
- II. poskytovateli, který má status centra vysoce specializované traumatologické péče a zajišťuje při urgentním příjmu současně poskytování psychiatrické krizové péče pro děti a dospělé na samostatném pracovišti a akutní lůžkovou péči v psychiatrických lůžkových oborech, se $CKP_{bonifikace,2025}^{paušální}$ stanoví ve výši 2 500 000 Kč.

7.14.1 Bonifikace $CKP_{bonifikace,2025}^{paušální}$ podle bodu 7.14 písm. c) podbodů iii. odstavce I. náleží poskytovateli při současném splnění následujících podmínek po celé hodnocené období:

- a) v rámci pracoviště urgentního příjmu v odbornosti 719 podle seznamu výkonů je zřízena samostatná ambulance psychiatrické krizové péče s nepřetržitým provozem včetně zajištění telefonické krizové intervence s nepřetržitým provozem,
- b) samostatná ambulance psychiatrické krizové péče je personálně zajištěna vyčleněným zdravotnickým pracovníkem se způsobilostí k provádění psychiatrické krizové intervence a dále stávajícími zdravotnickými pracovníky poskytovatele z pracovišť s odborností 305, 306, 308, 901, 914, 920 a 935 podle seznamu výkonů se způsobilostí k provádění psychiatrické krizové intervence,

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

7.14.2 Bonifikace CKP^{paušální}_{bonifikace,2025} podle bodu 7.14 písm. c) podbodu iii. odstavce II. náleží poskytovateli při současném splnění následujících podmínek po celé hodnocené období:

- a) při pracovišti urgentního příjmu v odbornosti 719 podle seznamu výkonů je zřízeno samostatné pracoviště psychiatrické krizové péče s nepřetržitým provozem včetně zajištění telefonické krizové intervence s nepřetržitým provozem,
- b) samostatné pracoviště psychiatrické krizové péče je personálně zajištěno 7 dnů v týdnu v době od 8 hodin do 22 hodin zdravotnickými pracovníky vyčleněnými pouze pro toto pracoviště v minimálním rozsahu psychiatra v úvazku 1,00 nebo klinického psychologa v úvazku 1,00 a psychiatrické sestry v úvazku 1,00 nebo všeobecné sestry v úvazku 1,00,
- c) samostatné pracoviště psychiatrické krizové péče je personálně zajištěno 7 dnů v týdnu v době od 22 hodin do 8 hodin stávajícími zdravotnickými pracovníky poskytovatele z pracovišť s odborností 305, 306, 308, 901, 914, 920 a 935 podle seznamu výkonů se způsobilostí k provádění psychiatrické krizové intervence,
- d) poskytovatel zajišťuje personální zabezpečení psychiatrické krizové péče na samostatném pracovišti při urgentním příjmu takovým způsobem, aby vždy bylo zároveň zajištěno minimální personální zabezpečení podle vyhlášky o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb pro ostatní hrazené služby v psychiatrických oborech.

7.15 Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů a poskytovateli v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, hrazené kombinovanou kapitačně výkonovou platbou nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví podle přílohy č. 2 k této vyhlášce, přičemž navýšení úhrady podle části A bodů 2, 3, 9 a 10 přílohy č. 2 k této vyhlášce a regulační omezení podle části C přílohy č. 2 k této vyhlášce se pro tyto hrazené služby nepoužijí.

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

7.17 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 802, 807 až 810, 812 až 818 a 823 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů, s výjimkou hrazených služeb uvedených v bodech 7.6, 7.11, 7.12 a 7.13 písm. d), se hodnota bodu stanoví:

- a) v odbornostech 809 a 810 podle seznamu výkonů ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 3 přílohy č. 5 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 3 písm. b) a c) a bodů 5 a 6 a výpočet celkové výše úhrady podle části A bodu 4 přílohy č. 5 k této vyhlášce se nepoužijí,
- b) v odbornostech 222, 801, 802, 807, 808, 812 až 818 a 823 podle seznamu výkonů ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 2 přílohy č. 5 k této vyhlášce, s výjimkou výkonů

podle kapitol 819 a 999 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 1 přílohy č. 5 k této vyhlášce, přičemž výpočet celkové výše úhrady podle části B bodu 3 přílohy č. 5 k této vyhlášce se nepoužije.

- 7.18 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 1 Kč. Hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám v souvislosti se zaevidováním těhotné pojištěnky ve zdravotnickém zařízení poskytovatele lůžkové péče k porodu a předporodní ambulantní péči v odbornostech 603 nebo 604 podle seznamu výkonů uhradí zdravotní pojišťovna souhrnnou úhradou ve výši 2 290 Kč. Souhrnná úhrada je uhrazena poskytovateli, který pojištěnku zaevidoval k porodu na základě žádanky registrujícího poskytovatele odbornosti 603 nebo 604 podle seznamu výkonů, a to pouze jedenkrát za těhotenství pojištěnky. V souhrnné úhradě jsou zahrnuty veškeré hrazené služby od 36. týdne těhotenství související se zaevidováním těhotné ženy k porodu a s následnou předporodní ambulantní péčí v zařízení až do data porodu, včetně úhrady za výkony č. 09119, 63022, 63023, 63055, 63115, 63415 a 63417 podle seznamu výkonů, přičemž tyto výkony nejsou v období mezi 36. týdnem těhotenství a porodem vykazovány podle seznamu výkonů ani poskytovatelem, který těhotnou pojištěnku zaevidoval k porodu, ani jinými poskytovateli, s výjimkou výkonů, které je neevidující poskytovatel oprávněn vykázat jako nepravidelnou péči o těhotnou pojištěnku. Poskytnutí souhrnné úhrady podle tohoto bodu není podmíněno porodem u poskytovatele, který pojištěnku zaevidoval. Souhrnná úhrada poskytovateli lůžkové péče nevyklučuje současnou úhradu registrujícímu poskytovateli ambulantní péče za hrazené služby v třetím trimestru těhotenství podle části B bodu 1 písm. c) přílohy č. 4 k této vyhlášce a úhradu registrující ambulanci u poskytovatele lůžkové péče za výkony č. 09115, 09119, 09123, 09133, 09215, 09219, 09223, 09511, 09513, 09523, 09532, 63021, 63022, 63023, 63055, 63115, 63413 a 63417 podle seznamu výkonů, poskytnuté ve třetím trimestru těhotenství, podle věty první tohoto bodu.
- 7.19 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 916 a 925 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 a 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 3 přílohy č. 6 k této vyhlášce a výpočet celkové výše úhrady podle části A bodu 4 přílohy č. 6 k této vyhlášce se nepoužije.
- 7.20 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle bodu 1 a 2 přílohy č. 7 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle bodu 3 a výpočet celkové výše úhrady podle bodu 4 přílohy č. 7 k této vyhlášce se nepoužije.
- 7.21 Úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodů 7.15 až 7.20 se stanoví ve výši:

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

kde:

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

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

kde:

- i. $Hodnota_péče_{ref,lab}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.17 písm. b) v referenčním období, oceněné podle počtu bodů a hodnot bodu platných v referenčním období, včetně bonifikací platných v referenčním období.
- ii. $Hodnota_péče_{2024,lab}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.17 písm. b) v referenčním období, která je vypočtena následovně:

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

kde:

$PB_{i,2024,lab}$ je počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodu 7.17 písm. b) poskytnuté v referenčním období, kde $i=1$ až n , kde n je počet výkonů podle bodu 7.17 písm. b), přičemž se použijí bodové hodnoty výkonů podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období.

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

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

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

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

kde:

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

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

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

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

kde:

$PB_{i,2026,lab}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období, kde $i=1$ až n , kde n je počet výkonů podle bodu 7.17 písm. b).

$KP_{2026,lab}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodu 7.17 písm. b).

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

$$KN_{amb}^{lab} = 1,03 + \text{změna}BON_{lab}$$

kde:

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

$$\text{změna}BON_{lab} = \text{změna}BON_{prodloužený_režim}^{lab} + BON_{akreditace}$$

kde:

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

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

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

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

kde:

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

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

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

a kde:

b) $\dot{U}hr_amb_{2026,radost}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodů 7.15, 7.16, 7.17 písm. a) a 7.18 až 7.20, která se stanoví ve výši:

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

kde:

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

ii. $Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2024,radost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.15, 7.16, 7.17 písm. a) a 7.18 až 7.20 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

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

kde:

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

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

kde:

$PB_{i,2024,ost}$ je počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté v referenčním období, kde $i=1$ až n , kde n je počet výkonů podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20, přičemž se použijí bodové hodnoty výkonů podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období.

$HB_{i,2026,ost}$ je hodnota bodu příslušící danému výkonu i podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20, kde $i=1$ až m , kde m je počet výkonů podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20.

$KP_{2024,ost}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20.

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

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

kde:

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

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

II. $\text{Hodnota_péče}_{2024,rad}$ se vypočte následovně:

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

kde:

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

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

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

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

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

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

kde:

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

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

iii. $Hodnota_péče_{2026,radost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.15, 7.16, 7.17 písm. a) a 7.18 až 7.20 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

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

kde:

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

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

kde:

$PB_{i,2026,ost}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období, kde $i=1$ až n , kde n je počet výkonů podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20.

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

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

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

kde:

$PB_{i,2026,rad}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období, kde $i=1$ až n , kde n je počet výkonů podle bodu 7.17 písm. a).

$KP_{2026,rad}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodu 7.17 písm. a).

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

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

kde:

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

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

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

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

kde:

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

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

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

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

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

kde:

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

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

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

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

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

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

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

kde:

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

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

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

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

kde:

$GAUP_{2026}$ je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v hodnoceném období vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 7.15, 7.16, 7.17 písm. a) a 7.18 až 7.20.

$GAUP_{2024}$ je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v referenčním období vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 7.15, 7.16, 7.17 písm. a) a 7.18 až 7.20.

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

8. Ostatní úhrady

- 8.1 Za každý poskytovatelem vykázáný a zdravotní pojišťovnou uznáný výkon č. 78890 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 12 000 Kč.
- 8.2 Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 005 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,03 Kč.
- 8.3 Poskytovateli, který zajišťuje po celé hodnocené období paliativní péči prostřednictvím samostatného konziliárního týmu paliativní péče v rozsahu minimálně 0,5 úvazku lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, 0,5 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru, který je základním oborem pro nástavbový obor paliativní medicína nebo lékař se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, 1,0 úvazku všeobecné sestry, z toho minimálně 0,2 úvazku dětské sestry v případě konziliárních týmů pro děti, 0,5 úvazku zdravotně-sociálního pracovníka a 0,5 úvazku klinického psychologa nebo psychologa ve zdravotnictví, pokud je zajištěna dostupnost a odborný dohled klinického psychologa se stanoví úhrada ve výši $K \times 1\,950\,000$ Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce. Poskytovateli, který nesplňuje podmínky podle věty první, ale zajišťuje po celé hodnocené období paliativní péči prostřednictvím samostatného konziliárního týmu paliativní péče v rozsahu minimálně 0,3 úvazku lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, 0,2 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru, který je základním oborem pro nástavbový obor paliativní medicína nebo lékař se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, 0,5 úvazku všeobecné sestry, z toho minimálně 0,2 úvazku dětské sestry v případě konziliárních týmů pro děti, 0,25 úvazku zdravotně-sociálního pracovníka a 0,25 úvazku klinického psychologa nebo psychologa ve zdravotnictví, pokud je zajištěna dostupnost a odborný dohled klinického psychologa se stanoví úhrada ve výši $K \times 975\,000$ Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce. V případě, že poskytovatel má status centra vysoce specializované onkologické péče, pojišťovna uhradí činnost až 2 konziliárních týmů paliativní péče pro dospělé. V případě, že poskytovatel zajišťuje současně s jedním nebo více konziliárními týmy pro dospělé i konziliární tým pro děti, pojišťovna uhradí činnost tohoto týmu navíc k týmům pro dospělé. Úhrada poskytovateli se dále navýší o 4 300 Kč za každý případ hospitalizace pojištěnců od 18 let a o 8 600 Kč za každý případ hospitalizace pojištěnců do 18 let, u kterého byl poskytovatelem vykázán a zdravotní pojišťovnou uznán výkon intervence konziliárního týmu paliativní péče. Úhrada podle předchozí věty poskytovateli náleží i za pojištěnce hospitalizované v následné, dlouhodobé a sociálně-zdravotní lůžkové péči, kde se za případ hospitalizace považuje souvislé vykazování příslušných ošetrovacích dnů včetně ošetrovacích dnů propustek u pojištěnce jedním poskytovatelem.
- 8.4 Poskytovateli, který zajišťuje péči o pacienty se vzácným onemocněním, zapojenému do evropské referenční sítě podle směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU, se zvýší úhrada o $K \times 10\,000\,000$ Kč za každou evropskou referenční síť, které je v hodnoceném období členem, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu podle bodu 2 přílohy č. 9 k této vyhlášce. Poskytovateli podle věty první se současně zvýší úhrada o 126 Kč za každého globálního unikátního pojištěnce, na kterého v hodnoceném období vykázal výkon č. 99976 podle seznamu výkonů a ORPHA kód příslušného vzácného onemocnění.

- 8.5 Za každý výkon č. 51887 podle seznamu výkonů, vykázaný poskytovatelem se statusem centra vysoce specializované onkologické péče a zdravotní pojišťovnou uznaný, se stanoví úhrada ve výši 250 Kč.
9. Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím se dohodnou ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad. Podle věty první se dohodnou také změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb vyvolané výstavbou Národního onkologického centra v rámci Národního plánu obnovy, součástí této dohody je výše úhrady péče poskytované na těchto pracovištích, která nevstupuje do výpočtu úhrad podle bodů 2 až 7.
10. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny předpokládané úhrady za hodnocené období. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zahrne změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb, včetně změny počtu hospitalizací, počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Hrazené služby podle § 5 odst. 2

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

- a) Paušální sazba za 1 den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetrovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného OD včetně režie přiřazené k ošetrovacímu dni a kategorie pacienta podle seznamu výkonů, a veškeré hrazené služby, léčivé přípravky, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky poskytnuté a použité během hospitalizace, není-li stanoveno jinak.
- b) Výše paušální sazby za 1 den hospitalizace, s výjimkou dnů hospitalizace OD 00031, 00032, 00037, 00098 a 00099, se v hodnoceném období stanoví ve výši:

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

kde:

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

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

- c) KN se navýší o 0,003 pro daný typ OD za každé kritérium, které poskytovatel v hodnoceném období splňuje, zdravotní pojišťovna vyhodnotí plnění kritérií po skončení hodnoceného období:
- i. Personální zabezpečení (vztaženo k úvazku na sledovaném pracovišti):

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

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

kde:

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

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

- e) KN se navýší o
- i. 0,04 pro OD 00030, pokud poskytovatel má průměrně alespoň 0,4 úvazku lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína na 120 lůžek pro OD 00030,
 - ii. 0,04 pro OD 00005, 00024 a 00037, pokud poskytovatel má průměrně alespoň 0,4 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru geriatry na 120 lůžek pro OD 00005, 00024 a 00037,
 - iii. 0,25 pro OD 00005 a 00037 v případě poskytnutí hrazených služeb pojištěncům do dne dosažení 12 let, 0,75 pro OD 00024 v případě poskytnutí hrazených služeb pojištěncům do dne dosažení 6 let.
- f) V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s diagnózami G35 až G37 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 65 %, KN se pro OD 00005 a 00037 navýší o 0,15.
- g) Výše paušální sazby za 1 den hospitalizace OD 00031, 00032, 00098 a 00099 se stanoví v hodnoceném období ve výši, která byla sjednána na rok 2025, navýšené o 4,5 %. Věta první se nepoužije pro OD 00099, pokud posledním OD vykázaným bezprostředně před prvním

z jednoho nebo více souvisle vykázaných OD 00099 je OD 00021 nebo 00026, v takovém případě se výše paušální sazby za 1 den hospitalizace stanoví ve výši 50 % paušální sazby posledního OD vykázaného bezprostředně před prvním OD 00099.

- h) Výše paušální sazby za 1 den hospitalizace OD 00037 se v hodnoceném období stanoví ve výši:

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

kde:

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

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

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

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

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

- a) OD 00015, 00017 a 00020 jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,60 Kč pro OD 00015, 1,56 Kč pro OD 00017 a 1,54 Kč pro OD 00020. Výkony, kterými se vykazuje příjmové nebo propouštěcí vyšetření, jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,43 Kč.
- b) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce nad 18 let věku maximálně 90 OD 00017, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko následné intenzivní péče (dále jen „NIP“), včetně překladů na jiné pracoviště NIP poskytovatele nebo jiného poskytovatele NIP.
- c) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce maximálně 190 OD 00020, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (dále jen „DIOP“), včetně překladů na jiné pracoviště DIOP poskytovatele nebo jiného poskytovatele DIOP, přičemž překlad na jiné pracoviště DIOP je možný pouze s předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovna může udělit předchozí souhlas s překročením limitu podle předchozí věty.
- d) OD 00033 a 00035 jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,34 Kč.
- e) OD 00018, 00019 a 00038 jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč.

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

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

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

kde:

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

KN je koeficient navýšení, který nabývá hodnoty 1,02 v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 až C97, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, F00 až F99, G09 až G99 nebo I60 až I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, a hodnoty 1 v ostatních případech.

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

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

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

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

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

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

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

kde:

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

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

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

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

C) Regulační omezení

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

1.1 Regulační omezení uvedená v bodě 1.4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze

- a) pokud zdravotní pojišťovna sdělila poskytovateli do 30. dubna hodnoceného období hodnotu vyžádané extramurální péče v referenčním období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v referenčním období, a zároveň
- b) pokud zdravotní pojišťovna oznámila poskytovateli nejpozději týden před započítáním revize, jestli se bude jednat o revizi náhodného vzorku případů nebo o revizi vybraných jednotlivých případů.

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

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

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

1.4 Pokud zdravotní pojišťovna zjistí při kontrole odchylky od pravidel ve vykazování a kódování podle Klasifikace, v jejichž důsledku došlo k nesprávnému zařazení případu do DRG skupiny s vyšší relativní vahou uvedenou v příloze č. 10 k této vyhlášce u konkrétního poskytovatele, sníží poskytovatelem vykázaný a pojišťovnou uznaný počet případů násobený relativní vahou (dále jen CM) takto:

- a) při revizi jednotlivého případu sníží CM o:

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

nebo

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

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

nebo

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

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

kde:

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

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

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

Statisticky významný počet případů příslušné DRG báze

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

Statisticky méně významný počet případů příslušné DRG báze

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

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

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

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

- 2.1 Regulační omezení uvedená v bodech 2.2 a 2.3 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna hodnoceného období tyto hodnoty

referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:

- a) celkovou úhradu za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období předepsané při poskytování ambulantních služeb odbornostmi uvedenými v části A bodech 7.2, 7.15, 7.16 a 7.18,
 - b) celkovou úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období vyžádanou při poskytování ambulantních služeb odbornostmi uvedenými v části A bodech 7.2, 7.15, 7.16 a 7.18, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem,
 - c) počet globálních unikátních pojištěnců ošetřených v odbornostech uvedených v části A bodech 7.2, 7.15, 7.16 a 7.18.
- 2.2 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c), s výjimkou léčivých přípravků ATC skupiny H01AC01, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) vyšší než 115 % průměrné úhrady v referenčním období za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c), zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do regulačního omezení se nezahrnují léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky schválené revizním lékařem.
- 2.3 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za péči ve vyjmenovaných odbornostech, vyžádanou při poskytování ambulantních služeb odbornostmi uvedenými v bodě 2.1 písm. c), s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) vyšší než 110 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu, novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 podle seznamu výkonů, výkony screeningu karcinomu prostaty, výkony screeningu včasného záchytu karcinomu plic a výkony časného záchytu aneurysmatu abdominální aorty prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné

srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení součinem bodové hodnoty podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období a hodnoty bodu platné v hodnoceném období.

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

Hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení podle § 6**A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba**

1. Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní kapitační sazbou podle bodů 1 až 7 stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte jako součin počtu poskytovatelem registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 13 a indexů podle bodu 13. Základní kapitační sazba se stanoví ve výši:
 - a) 76 Kč pro pracoviště poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů a pracoviště poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, který na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin a alespoň 2 dny v týdnu umožňuje pojištěncům objednat se na pevně stanovenou hodinu,
 - b) 69 Kč pro pracoviště poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů a pracoviště poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, který na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin,
 - c) 60 Kč pro pracoviště poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů, který na tomto pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenech a) nebo b),
 - d) 66 Kč pro pracoviště poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, který na daném pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenech a) nebo b).
2. Základní kapitační sazba:
 - a) podle bodu 1 se navýší o 1,00 Kč v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna hodnoceného období doloží, že nejméně 50 % lékařů, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli dokladu vydaného příslušnou profesní komorou nebo profesním sdružením v souladu se stanovskými předpisy této komory nebo profesního sdružení osvědčujícího celoživotní vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů podle zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (dále jen „doklad celoživotního vzdělávání lékařů“), přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel doloží zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,
 - b) podle bodu 1 písm. a) až c) se navýší o 2,00 Kč v případě, že poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 podle seznamu výkonů alespoň u 30 % svých registrovaných pojištěnců příslušné

zdravotní pojišťovny ve věku od 40 do 80 let, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených preventivních prohlídek k počtu registrovaných pojištěnců ve věku od 40 do 80 let je 31. prosince hodnoceného období a celková částka, odpovídající navýšení kapitační sazby podle tohoto ustanovení, bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období,

- c) podle bodu 1 písm. a), b) a d) se navýší o 2,00 Kč v případě, že poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku, vykázanou výkony č. 02031 nebo 02032 podle seznamu výkonů alespoň u 40 % svých registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 6 do 19 let, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených preventivních prohlídek k počtu registrovaných pojištěnců ve věku od 6 do 19 let je 31. prosince hodnoceného období a celková částka, odpovídající navýšení kapitační sazby podle tohoto ustanovení, bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období,
- d) podle bodu 1 se navýší o 1,00 Kč poskytovateli, který předložil před hodnoceným obdobím nebo v jeho průběhu zdravotní pojišťovně rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví podle zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství, pediatrie, dětské lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost a zároveň doloží, že zajišťuje specializační vzdělávání pro lékaře (školence nebo rezidenta) v rámci vzdělávacího programu specializačního vzdělávání; navýšení kapitační platby se provede od prvního dne kalendářního měsíce, ve kterém došlo k písemnému oznámení o školení lékaře včetně doložení potvrzení o zařazení tohoto školence do vzdělávacího programu, nejpozději však do konce hodnoceného období.

3. Základní kapitační sazba:

- a) podle bodu 1 písm. a) až c) se navýší o 5 Kč pro pracoviště poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů, které splňuje podmínky podle bodu 4,
- b) podle bodu 1 písm. a), b) a d) se navýší o 5 Kč pro pracoviště poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, které splňuje podmínky podle bodu 5.

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

4. Podmínky pro navýšení základní kapitační sazby pro pracoviště poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů, jejichž plnění se posuzuje za všechny zdravotní pojišťovny společně, se stanoví takto:

- a) Alespoň u 25 % registrovaných pojištěnců poskytovatele na daném pracovišti ve věku od 45 do 74 let byly provedeny screening kolorektálního karcinomu vykázaný výkony č. 15120 nebo 15121 podle seznamu výkonů v období od 1. 1. 2025 do 31. 12. 2026 nebo koloskopické vyšetření vykázané výkonem č. 15101, 15103, 15105 nebo 15107 podle seznamu výkonů v období od 1. 1. 2017 do 31. 12. 2026, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených screeningových vyšetření k počtu registrovaných pojištěnců na daném pracovišti ve věku od 45 do 74 let je 31. prosince hodnoceného období.

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

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

09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM ²
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
44239	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ BÉRICOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BÉREC)
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNETÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

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

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

71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

8. Pro výkony nezahrnuté do kapitační platby se hodnota bodu stanoví takto:
- pro výkony č. 01021, 01022 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,35 Kč a pro výkony č. 02021, 02022, 02031 a 02032 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,23 Kč,
 - pro výkony č. 01201, 01204, 01186, 01188, 02036, 02037, 02039, 02240, 09532, 02100, 02105, 02125, 02130, 02160, 02161, 15118, 15119, 01130, 01135, 01136, 01196 a 01197 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,26 Kč,
 - pro ostatní výkony nezahrnuté do kapitační platby a pro výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny se stanoví hodnota bodu ve výši 1,18 Kč.
9. Hodnota bodu uvedená v bodě 8 se navýší o 0,04 Kč v případě, že poskytovatel příslušné zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna hodnoceného období doloží, že nejméně 50 % lékařů, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období. Podmínka podle předchozí věty se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel doloží zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů.
10. Hodnota bodu uvedená v bodě 8 se navýší o 0,06 Kč pro pracoviště poskytovatele v případě, že poskytovatel v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů nebo v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin a zároveň má objednávkový systém, který umožňuje pojištěncům zdravotní pojišťovny objednávat se na pevně stanovenou dobu alespoň 2 dny v týdnu.
11. Pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,26 Kč.
12. Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt u pacientů ode dne dovršení 18 let v souvislosti s klinickým vyšetřením poskytovatelem v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů nebo poskytovatelem v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 87 Kč.
13. Věkové skupiny a indexy, které vyjadřují poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 30 až 34 let, jsou stanoveny takto:

Věková skupina	Index
0–4 roky	4,35
5–9 let	2,01
10–14 let	1,54
15–19 let	1,06
20–24 let	0,90
25–29 let	0,95
30–34 let	1,00
35–39 let	1,05

40–44 let	1,05
45–49 let	1,10
50–54 let	1,43
55–59 let	1,54
60–64 let	1,59
65–69 let	1,80
70–74 let	2,12
75–79 let	2,54
80–84 let	3,07
85 a více let	3,60

B) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

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

C) Regulační omezení

1. Pro poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů a praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů se stanoví regulační omezení uvedená v bodech 1.1 až 1.4.
 - 1.1 Pokud průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní, vztahená na jednoho pojištěnce přepočteného podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona. Zdravotní pojišťovna při určení výše regulační srážky podle první věty přihlédne k případům, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní vztahená 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, vztahená na jednoho pojištěnce přepočteného podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 20 % celostátní průměrné úhrady za zdravotnické prostředky pro inkontinentní, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
 - 1.3 Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů a za výkony č. 02230, 01443, 01146, 01147, 01148 a 02220 podle seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, vztahená na jednoho pojištěnce přepočteného podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 15 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se nezapočítávají úhrady za registrované pojištěnce poskytovatele, u kterých byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 01186 nebo 01188 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se dále nezahrnují výkony

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

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

D) Úhrada za týmovou praxi

1. Úhrada za týmovou praxi náleží poskytovateli v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů nebo poskytovateli v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů zřizujícímu samostatně organizačně a prostorově vyčleněné pracoviště (dále jen „pracoviště týmové praxe“), pokud tento poskytovatel

alespoň v jednom kalendářním měsíci hodnoceného období splňoval následující podmínky:

- a) hrazené služby poskytované poskytovatelem na pracovišti týmové praxe jsou hrazeny kombinovanou kapitačně výkonovou platbou podle části A,
- b) poskytovatel v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů předložil zdravotní pojišťovně rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví podle zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství,
- c) poskytovatel na pracovišti týmové praxe poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně,
- d) poskytovatel na pracovišti týmové praxe provozuje elektronický objednávkový systém, který umožňuje pojištěncům objednání na pevně stanovenou dobu,
- e) poskytovatel na pracovišti týmové praxe registruje minimálně 1 800 pojištěnců všech zdravotních pojišťoven přepočtených podle věkových indexů, jde-li o poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů, a 1 700 pojištěnců všech zdravotních pojišťoven přepočtených podle věkových indexů, jde-li o poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů,
- f) poskytování hrazených služeb na pracovišti týmové praxe je personálně zajištěno nejméně v tomto rozsahu:
 - i. 1,0 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí, který je fyzicky přítomen na pracovišti týmové praxe po celou ordinační dobu, a
 - ii. 0,2 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí nebo lékaře s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene,
přičemž úvazkem 1,0 se pro účely této části rozumí úvazková kapacita sjednaná ve smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb v rozsahu 30 hodin týdně,
- g) na pracovišti týmové praxe celkový počet úvazků lékaře se specializovanou způsobilostí a lékaře s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene nepřesahuje 3,0 úvazku, přičemž počet úvazků lékaře s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene nepřesahuje 1,0 úvazku,
- h) technické a věcné vybavení pracoviště týmové praxe umožňuje provedení:
 - i. výkonů č. 01441, 01443, 02230, 02250, 09127, 15119 a 17129 podle seznamu výkonů, jedná-li se o pracoviště týmové praxe poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů,
 - ii. výkonů č. 01441, 02036, 02220, 02230, 02250 a 09125 podle seznamu výkonů, jedná-li se o pracoviště týmové praxe poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů,
přičemž tyto výkony zahrnuje smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb,
- i) poskytovatel na pracovišti týmové praxe průběžně registruje nové pojištěnce do naplnění kapacity 1 800 přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven přepočtených podle věkových indexů na 1,0 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe,

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

- j) poskytovatel splnil v hodnoceném období alespoň jednu z následujících podmínek:
- i. poskytovatel v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů na pracovišti týmové praxe nově zaregistroval minimálně 20 přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven v přepočtu na každého 0,1 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe nad rámec 1,0 celkové výše úvazků lékařů na tomto pracovišti,
 - ii. poskytovatel v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů na pracovišti týmové praxe nově zaregistroval minimálně 10 pojištěnců všech zdravotních pojišťoven v přepočtu na každého 0,1 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe nad rámec 1,0 celkové výše úvazků lékařů na tomto pracovišti,
 - iii. poskytovatel dosáhl kladného rozdílu počtu přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven registrovaných na pracovišti týmové praxe k 31. prosinci hodnoceného období oproti 1. lednu hodnoceného období;

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

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

$$\mathit{Úhr}_{\text{týmová praxe}} = KPP_{\text{okres}} \times \mathit{Úv}_+ \times 10\,400 \text{ Kč}$$

kde:

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

$\mathit{Úv}_+$ je počet desetin úvazků lékařů přesahujících 1,0 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe, vypočtený jako:

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

kde:

$\mathit{Úv}_\Sigma$ je celková výše úvazků lékařů se specializovanou způsobilostí a lékařů s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene na pracovišti týmové praxe.

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

E) Úhrada za podpůrnou psychoterapii

1. Měsíční úhrada za podpůrnou psychoterapii náleží poskytovateli v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, pokud tento poskytovatel v daném

měsíci hodnoceného období vykáže podpůrnou psychoterapii pojištěncům do dne dosažení 19 let.

2. Měsíční výše úhrady za podpůrnou psychoterapii poskytovanou pojištěncům do dne dosažení 19 let se stanoví následovně:

$$Úhr_{psycho_PLDD} = KPP_{okres} \times 5\,000 \text{ Kč}$$

kde:

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

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 7**A) Hodnota bodu a výše úhrad**

1. Výše úhrady za následující hrazené služby se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony, přičemž tyto hrazené služby nevstupují do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 3:
 - a) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 350, 355, 360, 370, 920, 922 a 935 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,10 Kč, přičemž se uplatní navýšení podle písmene k) podbodů i. a vii.
 - b) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 305, 308, 309, 901, 910, 919 a 931 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 0,98 Kč. Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 306 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 1,12 Kč.
 - c) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 905 a 927 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 0,94 Kč.
 - d) Pro výkony č. 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629 a 43633 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,82 Kč.
 - e) Pro výkony č. 43652 a 43653 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,25 Kč.
 - f) Pro výkony č. 75347, 75348 a 75427 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 705 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,89 Kč.
 - g) Pro výkony
 - i. č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440 a 15950 podle seznamu výkonů, vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 105 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,20 Kč,
 - ii. screeningu č. 73028, 73029 a 71112 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 701, 702 nebo 704 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,93 Kč,
 - iii. č. 25507 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 205 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,91 Kč,
 - iv. č. 01130, 76027, 76029, 76031, 76033, 76621, 76623 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli v odbornosti 706 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,00 Kč,
 - v. č. 89970 podle seznamu výkonů, vykázaný v rámci časného záchytu aneurysmatu abdominální aorty, poskytovaný poskytovateli v odbornosti 102 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,00 Kč,
 - vi. č. 75022 podle seznamu výkonů, vykázané společně s výkonem č. 02040 nebo 02041 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu podle bodu 2.

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

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

- j) Pro hrazené služby poskytované pojištěncům do dne dosažení 15 let, s výjimkou hrazených služeb podle písmen a) až i), se stanoví hodnota bodu ve výši 0,98 Kč.
- k) Hodnota bodu uvedená v písmenech b) až j) se dále při splnění následujících podmínek navýší o:
- i. 0,03 Kč, pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna hodnoceného období doloží, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských pracovníků, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel do 1 měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,
 - ii. 0,04 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u odborností 501 až 507, 601, 602, 605, 606, 701 a 704 až 707 podle seznamu výkonů (dále jen „operační obory“), jinak alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který má nasmlouvanu jednu nebo více odborností a podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin plní na jednom nebo více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště a odbornosti hodnotí jako celek,

- iii. 0,04 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období v dané odbornosti splňuje podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin uvedenou v podbodě ii. a zároveň ošetří alespoň 10 % pojištěnců, nebo u operačních oborů alespoň 15 % pojištěnců, u nichž v předchozích třech kalendářních letech nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon, s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů, a pokud poskytovatel nesplňuje podmínky tohoto navýšení, o 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců nebo u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v předchozích třech kalendářních letech nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon, s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů,
 - iv. 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření nebo ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav,
 - v. 0,06 Kč pro odbornost 306 podle seznamu výkonů a pro výkony podle kapitoly 931 seznamu výkonů poskytované poskytovateli odborností 901 a 931 podle seznamu výkonů v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti podle seznamu výkonů poskytuje v hodnoceném období hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin týdně nebo v hodnoceném období poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 15 ordinačních hodin týdně a zároveň v rozsahu alespoň o 5 hodin týdně delším než v referenčním období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu ordinačních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek,
 - vi. 0,06 Kč pro odbornost 306 podle seznamu výkonů v případě, že poskytovatel v hodnoceném období vykázal výkon č. 09532 podle seznamu výkonů alespoň u 20 % ošetřených pojištěnců, přičemž do počtu ošetřených pojištěnců se nezapočítávají pojištěnci, na které byl v hodnoceném období vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů,
 - vii. 0,03 Kč pro OD 00041, 00042 a 00043 podle seznamu výkonů.
- 1) Vypočtená částka odpovídající navýšení hodnoty bodu podle písm. k) podbodů iii. a vi. bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.
 2. Pro hrazené služby poskytované poskytovateli specializované ambulantní péče, s výjimkou hrazených služeb podle bodů 1 a 7, se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 0,98 Kč a následujícími navýšeními:
 - a) 0,03 Kč, pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna hodnoceného období doloží, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských pracovníků, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel do 1 měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti

- původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,
- b) 0,04 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, jinak alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který má nasmlouvanu jednu nebo více odborností a podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin plní na jednom nebo více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště a odbornosti hodnotí jako celek,
- c) 0,04 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období v dané odbornosti splňuje podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin uvedenou v písmenu b) a zároveň ošetří alespoň 10 % pojištěnců, nebo u operačních oborů alespoň 15 % pojištěnců, u nichž v předchozích třech kalendářních letech nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon, s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů, a pokud poskytovatel nesplňuje podmínky tohoto navýšení, o 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců nebo u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v předchozích třech kalendářních letech nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon, s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů,
- d) 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření nebo ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav.
3. Celková výše úhrady za hrazené služby podle bodu 2 v dané odbornosti nepřekročí částku, která se vypočte takto:

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

kde:

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

POPzpoMh je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; mimořádně nákladným unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti

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

PUR_{O_0} je přepočtená průměrná úhrada za výkony v referenčním období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, která se stanoví následovně:

$$PUR_{O_0} = \max \left\{ \frac{UHR_{ref}}{POP_{ref}}; \frac{((PB_{ref} * HB_{min}) + ZUM_{RO_0} + ZULP_{RO_0})}{POP_{ref}} \right\}$$

Kde:

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

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

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

HB_{min} je minimální hodnota bodu pro výpočet PUR_{O_0} , která činí 0,90 Kč.

ZUM_{RO_0} je úhrada za zvlášť účtovaný materiál v dané odbornosti za referenční období.

$ZULP_{RO_0}$ je úhrada za zvlášť účtované léčivé přípravky v dané odbornosti za referenční období.

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

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

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

KN koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

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

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

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

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

- c) 0,04 pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období v dané odbornosti splňuje podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin uvedenou v písmenu b) a zároveň ošetří alespoň 10 % pojištěnců, nebo u operačních oborů alespoň 15 % pojištěnců, u nichž v předchozích třech kalendářních letech nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon, s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů, a pokud poskytovatel nesplňuje podmínky tohoto navýšení, o hodnotu podle následující tabulky pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném, respektive referenčním období ošetřil alespoň 5 % pojištěnců nebo u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v předchozích třech kalendářních letech nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů:

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

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

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

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

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

- f) 0,15 pro odbornost 404 podle seznamu výkonů a 0,09 pro odbornost 405 podle seznamu výkonů,
 - g) 0,00 pro odbornosti 107, 302 a 780 podle seznamu výkonů,
 - h) 0,02 pro odbornosti 108, 205, 403, 501, 601 a 708 podle seznamu výkonů,
 - i) 0,04 pro odbornosti 102, 202, 207, 209, 402, 606, 701, 705 a 706 podle seznamu výkonů,
 - j) 0,06 pro odbornosti neuvedené v písmenech f) až i) tohoto bodu.
4. U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou nebo neposkytoval péči v dané odbornosti, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce hodnoty za referenční období srovnatelných poskytovatelů v dané odbornosti.
 5. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 3 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.
 6. Výpočet celkové výše úhrady v dané odbornosti podle bodu 3 se nepoužije v případě poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 100 a méně unikátních pojištěnců při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
 7. Pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,26 Kč, přičemž tyto hrazené služby nevstupují do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 3. Léčivé přípravky, kterým se stanoví úhrada podle přílohy č. 15 k této vyhlášce, jsou vyjmuty z úhrady podle bodů 1 až 3.
 8. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 108 % úhrady za referenční období. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna dále zahrne změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Regulační omezení

1. Regulační omezení uvedená v bodech 2 až 4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna hodnoceného období tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období, a to po jednotlivých odbornostech podle seznamu výkonů:
 - a) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „vyhláška č. 376/2011 Sb.“), a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;

- b) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
 - c) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.
2. Pokud poskytovatel poskytující hrazené služby uvedené v části A bodu 1 dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 115 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál vykázané v rámci hrazených služeb uvedených v části A bodu 1 v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
 3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 115 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
 4. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 110% průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče podle věty první se nezahrnují výkony mamografického screeningu, výkony screeningu karcinomu děložního hrdla, výkony screeningu kolorektálního karcinomu, výkony screeningu včasného záchytu karcinomu plic a výkony screeningu karcinomu prostaty prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad a výše srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

5. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.
6. Regulační omezení podle bodů 3 a 4 se nepoužije u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308, 309, 350, 355, 360, 370, 920, 922 a 935 podle seznamu výkonů. Regulační omezení podle bodu 2 se u poskytovatelů podle věty první uplatní jen na tu část překročení, o kterou 115 % průměrné úhrady referenčního období bylo překročeno v důsledku navýšení objemu individuálně připravovaných léčivých přípravků oproti referenčnímu období, nejvýše na překročení v rozsahu navýšení úhrady za individuálně připravované léčivé přípravky oproti referenčnímu období.
7. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
8. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví; ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech.
9. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval nebo neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
10. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 100 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordináčních 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 ordináčních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
11. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
12. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodů 2 až 4 zdravotní pojišťovna vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 8**A) Měsíční agregovaná úhrada za péči o registrovanou pojištěnku**

1. Měsíční agregovaná úhrada za péči o registrovanou pojištěnku pro poskytovatele v odbornosti 603 podle seznamu výkonů (dále jen „měsíční agregovaná úhrada“) se stanoví ve výši 118 Kč za jednu registrovanou pojištěnku, přičemž tato částka se dále navyšuje o:
 - a) 9 Kč, pokud je zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna hodnoceného období doloženo, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, to jest působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, a jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání lékařů se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel doloží zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,
 - b) 9 Kč, pokud poskytovatel alespoň na jednom pracovišti poskytuje v hodnoceném období hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má alespoň 2 dny v týdnu ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinační doby od 7 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18 hodin,
 - c) 9 Kč, pokud poskytovatel doloží příslušné zdravotní pojišťovně rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a porodnictví podle zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, které je platné po celé hodnocené období,
 - d) 9 Kč, pokud poskytovatel doloží certifikát ISO 9001, který je platný po celé hodnocené období,
 - e) 4 Kč, pokud poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku vykázanou výkony č 63021 nebo č. 63050 podle seznamu výkonů alespoň u 45 % registrovaných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny, které nedosáhly v hodnoceném období 70 let věku a jsou u něj registrovány k 31. prosinci hodnoceného období.
2. S výjimkou služeb hrazených podle částí B až D jsou měsíční agregovanou úhradou uhrazeny veškeré hrazené služby poskytované registrovaným pojištěnkám, včetně veškeré preventivní a léčebné péče, která zahrnuje především tyto činnosti:
 - a) vstupní komplexní vyšetření gynekologem,
 - b) preventivní prohlídka gynekologem a péče s ní související,
 - c) ultrasonografická vyšetření pánve u gynekologických onemocnění, v porodnictví a šestinedělí,
 - d) cílená a kontrolní vyšetření gynekologem,
 - e) telefonické konzultace ošetřujícího lékaře pacientem,

- f) minimální kontakt lékaře s pacientem,
 - g) odběry materiálu z pochvy, čípku a hrdla děložního,
 - h) dispenzární péče,
 - i) edukační pohovor lékaře s nemocným či rodinou,
 - j) injekce I.M, S.C., I.D.,
 - k) vystavení a ukončení dočasné pracovní neschopnosti,
 - l) odeslání pojištěnce na navazující vyšetření,
 - m) předání kopie nebo výpisu zdravotnické dokumentace při změně registrujícího lékaře,
 - n) poučení pojištěnce, rozhodnutí o potřebě další návštěvy.
3. Nárok na měsíční agregovanou úhradu podle bodu 1 za daný kalendářní měsíc za registrovanou pojištěnku vzniká registrujícímu poskytovateli, pokud u ní byla tímto poskytovatelem v 24 kalendářních měsících předcházejících danému kalendářnímu měsíci provedena preventivní prohlídka vykázaná výkonem č. 63021 nebo 63050 podle seznamu výkonů. Pro účely předchozí věty jsou zohledněny pouze výkony č. 63021 a 63050 podle seznamu výkonů vykázané nejpozději k desátému dni daného kalendářního měsíce a uznané zdravotní pojišťovnou, přičemž k později vykázaným výkonům se pro účely měsíční agregované úhrady za daný kalendářní měsíc nepřihlíží.
4. Měsíční agregovaná úhrada ve výši podle bodu 1 je poskytovateli uhrazena, pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně doložil vybavení ultrazvukovým přístrojem vyrobeným po 31. prosinci 2011 a doklad ne starší 2 let o pravidelné kontrole tohoto přístroje certifikovaným subjektem. Pokud poskytovatel nesplnil podmínku podle předchozí věty, agregovaná úhrada podle odstavce 1 bez navýšení podle bodu 1 písm. a) až e) se vynásobí koeficientem 0,50. V případě, že je poskytovatel vybaven více ultrazvukovými přístroji, musí být podmínky splněny minimálně u jednoho přístroje na každém místě poskytování hrazených služeb uvedeném ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou. Splnění podmínek podle věty první až třetí je vyhodnoceno k poslednímu dni příslušného kalendářního měsíce.
5. Celková výše měsíční agregované úhrady za daný kalendářní měsíc se vypočte jako součin počtu registrovaných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny, u kterých byla splněna podmínka uvedená v bodě 3 k poslednímu dni daného kalendářního měsíce, a měsíční agregované úhrady na jednu registrovanou pojištěnku příslušné zdravotní pojišťovny vypočtené podle bodu 1 písm. a) až d), pokud byly splněny podmínky bodu 4, jinak měsíční agregované úhrady podle bodu 4.
6. Poskytovatel vykazuje následující výkony, které mají pouze povahu signálních výkonů pro vykazování kontaktu registrované pojištěnky s registrujícím poskytovatelem a pro vyhodnocení podmínek měsíční agregované úhrady:
- a) výkon č. 63021 podle seznamu výkonů v případě provedení komplexního vyšetření gynekologem při převzetí a registraci pojištěnky do péče,
 - b) výkon č. 63050 podle seznamu výkonů v případě provedení preventivní prohlídky gynekologem,
 - c) výkon č. 09215 podle seznamu výkonů v souvislosti s vykázaním zvlášť účtovaného léčivého přípravku nebo zvlášť účtovaného materiálu.

7. V případě, že poskytovatel v rámci nepravdivé péče ošetří pojištěnku, která u něj není registrována, vykazuje tuto péči výhradně prostřednictvím výkonů č. 63022, 63023 nebo 63417 podle seznamu výkonů jako nepravdivou péči, přičemž tyto výkony jsou uhrazeny s hodnotou bodu ve výši 1,00 Kč.
8. Pokud úhrada za hrazené služby poskytnuté registrovaným pojištěnkám poskytovatele neregistrujícím poskytovatelem v odbornosti 603 podle seznamu výkonů, s výjimkou hrazených služeb podle částí C až F, přesáhne 6 % z celkové výše úhrady poskytovateli, pak se část úhrady za tuto péči tento limit přesahující odečte v plné výši z úhrady registrujícímu poskytovateli.
9. Úhrada podle bodu 1 písm. e) a bodu 8 se finančně vypořádá nejpozději do 150 dní po dni skončení hodnoceného období.

B) Úhrada hrazených služeb poskytnutých těhotným pojištěnkám

1. Pro hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám se stanoví úhrada ve výši podle písmen a) až c) za podmínek stanovených v písmenech d) až i):
 - a) Úhrada za hrazené služby v prvním trimestru těhotenství ve výši 2 074 Kč.
 - b) Úhrada za hrazené služby v druhém trimestru těhotenství ve výši 3 455 Kč.
 - c) Úhrada za hrazené služby v třetím trimestru těhotenství ve výši 4 838 Kč.
 - d) V případě ukončení těhotenství umělým nebo spontánním potratem bez následného provedení revize poskytovatel vykazuje signální výkon ukončení těhotenství potratem a v případě ukončení těhotenství porodem mimo zdravotnické zařízení poskytovatel vykazuje signální výkon ukončení těhotenství mimo zdravotnické zařízení.
 - e) Poskytovatel vykazuje kontakt s těhotnou pojištěnkou prostřednictvím výkonů č. 63053, 63055, 63411 nebo 63413 podle seznamu výkonů, jejichž úhrada je součástí úhrad podle písmen a) až c) a které slouží pouze jako signální výkony pro vykazování kontaktu těhotné pojištěnky s registrujícím poskytovatelem a provedení screeningového ultrazvukového vyšetření registrujícím poskytovatelem.
 - f) Podmínkou úhrady hrazených služeb podle písmen a) až c) je registrace pojištěnky u daného poskytovatele v odbornosti 603 podle seznamu výkonů a nahlášení této registrace zdravotní pojišťovně nejpozději zároveň s vykazáním těchto hrazených služeb.
 - g) U těhotných pojištěnek, u nichž se úhrada za hrazené služby stanoví podle písmen a) až c), nejsou v průběhu těhotenství zdravotní pojišťovnou hrazeny žádné výkony s výjimkami uvedenými v částech A a D.
 - h) Úhrada za péči o těhotné pojištěnky vypočtená podle písmen a) až c) se vynásobí koeficientem 1, ke kterému se při splnění následujících podmínek ultrazvukových a genetických vyšetření přičtou tyto koeficienty:
 - i. koeficient genetických vyšetření ve výši:
 - I. 0,05 v případě, že podíl těhotných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykazány výkony v rámci odborností 208 nebo 816 podle seznamu výkonů k počtu těhotných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném období (dále jen „podíl geneticky testovaných pojištěnek“) nepřesáhne hranici 20 %,

- II. $-0,05$ v případě, že podíl geneticky testovaných pojištěnek je větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %,
 - III. $-0,10$ v případě, že podíl geneticky testovaných pojištěnek přesáhne hranici 60 %,
- ii. koeficient konziliárních ultrazvukových vyšetření ve výši:
- I. $0,05$ v případě, že podíl těhotných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykázány výkony č. 32410, 32420 nebo 63415 podle seznamu výkonů, k počtu těhotných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném období (dále jen „podíl pojištěnek s vybranými vyšetřeními plodu“) nepřesáhne hranici 30 %,
 - II. $-0,05$ v případě, že podíl pojištěnek s vybranými vyšetřeními plodu je větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %,
 - III. $-0,10$ v případě, že podíl pojištěnek s vybranými vyšetřeními plodu přesáhne hranici 60 %.
- i) Za těhotnou pojištěnku se pro účely úhrady podle písmene h) považuje pojištěnka, na kterou byly v hodnoceném období vykázány výkony č. 63053 a 63055 podle seznamu výkonů nebo hrazené služby podle bodu 1 písm. a), b) nebo c).
 - j) Koeficienty podle písmene h) podbodů i. a ii. se nepoužijí v případě, že měl poskytovatel v průběhu hodnoceného období ve své péči méně než 10 těhotných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny.
 - k) Úhrada podle písmene h) se finančně vypořádá nejpozději do 150 dní po dni skončení hodnoceného období.

C) Úhrada služeb asistované reprodukce (výkony IVF)

1. Nad rámec měsíční agregované úhrady podle části A se stanoví úhrada ve výši 848 Kč za hrazené služby v souvislosti s vyšetřením a léčbou neplodnosti, které zahrnují vyšetření ženy a jejího partnera, nastavení léčby a v případě neúspěchu předání do centra asistované reprodukce. Hrazené služby podle předchozí věty zdravotní pojišťovna uhradí maximálně dvakrát za rok, maximálně šestkrát za život pojištěnky.
2. Hrazené služby podle § 15 odst. 3 a § 38a zákona jsou hrazeny podle bodu 3.
3. Pro níže uvedené hrazené služby se stanovuje úhrada ve výši:
 - a) IVF cyklus přerušovaný před odběrem oocytů 1 646 Kč,
 - b) IVF cyklus s odběrem oocytů k in vitro fertilizaci bez přenosu embryí 19 119 Kč,
 - c) kompletní IVF cyklus s transferem embryí 39 773 Kč,
 - d) kompletní IVF cyklus s transferem pouze jednoho embrya 39 773 Kč,
 - e) použití darovaných oocytů při IVF cyklu 13 200 Kč,
 - f) použití darovaných spermií při IVF cyklu a IUI 1 668 Kč,
 - g) intrauterinní inseminace (IUI) 4 310 Kč,
 - h) odběr a uchování zárodečných buněk – oocytů – u indikovaných pacientů 27 039 Kč,
 - i) odběr a uchování zárodečných buněk – spermií – u indikovaných pacientů 5 625 Kč,
 - j) uchování zárodečných buněk ve 2. až 9. roce – oocytů – u indikovaných pacientů 2 580 Kč,

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

D) Úhrada vybraných výkonů specializovaných a konziliárních služeb

1. Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt u pojištěnců ode dne dovršení 18 let v souvislosti s klinickým vyšetřením nebo výkonem č. 63050, 63053 a 63055 podle seznamu výkonů v ordinaci poskytovatele v odbornosti 603 nebo 604 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 87 Kč. U pojištěnců do 18 let se použijí výkony podle § 18 odst. 2.
2. Za následující hrazené služby se úhrada stanoví takto:
 - a) Za konziliární vyšetření v rámci kolposkopické expertízy vykázané výkonem č. 63063 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 1 076 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření.
 - b) Za konziliární superspecializované ultrazvukové vyšetření v průběhu prenatální péče vykázané výkonem č. 63415 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 1 576 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření.
 - c) Za výkon č. 63311 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 1 342 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření.
 - d) Za výkon č. 63319 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 1 957 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření.
 - e) Za vyšetření urogynekologem vykázané výkonem č. 63701 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 593 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření.
 - f) Za urogynekologické ultrazvukové vyšetření vykázané výkonem č. 63703 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 654 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada výkonu č. 63417 podle seznamu výkonů.
 - g) Pro výkony urogynekologické péče vykazované výkony podle kapitol 706 a 716 seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,00 Kč.
 - h) Pro výkony č. 02125, 01186, 01188, 15118, 15119, 15120, 15121, 63511, 63531, 63547, 63651 a 82053 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,00 Kč.
3. Nad rámec měsíční agregované úhrady podle části A jsou poskytovateli v odbornosti 603 podle seznamu výkonů hrazeny zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál použité při poskytování hrazených služeb.
4. Pro hrazené služby poskytnuté poskytovatelem v odbornosti 604 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč.

E) Regulační omezení

1. Regulační omezení na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech jsou uvedena v bodech 1.1 a 1.2.
 - 1.1 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 115 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží

poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.

- 1.2 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a výkony č. 95201, 95202 a 95203 podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
2. Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1 nebo 1.2.
3. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 přiměřeně upraví.
4. V případě, že poskytovatel v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, zdravotní pojišťovna použije pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
5. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužije. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců podle první věty přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
6. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodu 1 maximálně do výše odpovídající 15 % celkového objemu úhrady za hodnocené období podle částí A až D.
7. Pokud poskytovatel vykáže zdravotnický prostředek s úhradou vyšší než 15 000 Kč schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se tato úhrada do výpočtu regulačních omezení podle bodu 1.1.

F) Agregovaná úhrada vybraných ambulantních gynekologických zákroků

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

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

2. Úhrada za veškerou péči související s provedením hrazených služeb podle bodu 1 je zahrnuta v agregované úhradě, zejména jde o:
- vyšetření nutné k příjmu pojištěnce do péče,
 - vyšetření nutné pro propuštění pojištěnce do domácího ošetřování,
 - operační výkon,
 - veškerá vyšetření související s operačním výkonem,
 - kompletní anesteziologická péče, zejména vyšetření anesteziologem, anestézie a kontrolní vyšetření,
 - zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky související s výkonem, a to k operačnímu výkonu i anestézii,
 - ošetřovatelská péče a náklady spojené s pobytem pojištěnce na lůžku.
3. V jeden den je poskytovateli na pojištěnce uhrazena pouze jedna hrazená služba podle bodu 1, kromě případů, kdy zdravotní pojišťovna před poskytnutím hrazené služby odsouhlasila jiný rozsah poskytnutých hrazených služeb.
4. Zdravotní služby zahrnuté podle bodu 2 v hrazené službě podle bodu 1 jiný poskytovatel poskytne jako péči vyžádanou poskytovatelem hrazené služby podle bodu 1.

Příloha č. 5

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 10**A. Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornostech 806, 809 a 810 podle seznamu výkonů**

1. Pro výkony odbornosti 806 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,15 Kč.
2. Do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4 nevstupuje úhrada za výkony:
 - a) č. 89111 až 89131 podle seznamu výkonů, přičemž hodnota bodu za tyto výkony se stanoví ve výši 1,34 Kč,
 - b) č. 89663 až 89665 podle seznamu výkonů, přičemž hodnota bodu za tyto výkony se stanoví ve výši 1,08 Kč,
 - c) č. 89951 až 89958 podle seznamu výkonů poskytnuté v odbornosti 809 podle seznamu výkonů, přičemž hodnota bodu za tyto výkony se stanoví ve výši 1 Kč,
 - d) č. 89970 podle seznamu výkonů v odbornosti 809 podle seznamu výkonů v rámci časného záchytu aneurysmatu abdominální aorty, přičemž hodnota bodu za tyto výkony se stanoví ve výši 1 Kč.
3. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů:
 - a) Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 809 a 810 podle seznamu výkonů se pro poskytovatele, kteří v referenčním období vykázali některý z výkonů č. 89111 až 89131 podle seznamu výkonů, stanoví hodnota bodu ve výši 1,32 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,51 Kč. Pro poskytovatele, kteří v referenčním období nevykázali žádný z výkonů č. 89111 až 89131 podle seznamu výkonů, se pro hrazené služby poskytované v odbornostech 809 a 810 podle seznamu výkonů stanoví hodnota bodu ve výši 1,21 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,51 Kč.
 - b) Pro výkony č. 89611 až 89619 podle seznamu výkonů odbornosti 809 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,63 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,45 Kč. V případě, že poskytovatel doloží do 31. ledna kalendářního roku následujícího po skončení hodnoceného období, že je po celé hodnocené období zapojen do systému elektronické distribuce obrazových dat, stanoví se hodnota bodu pro výkony podle první věty ve výši 0,65 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,45 Kč.
 - c) Pro výkony č. 89711 až 89725 podle seznamu výkonů odbornosti 809 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,66 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,46 Kč. V případě, že poskytovatel doloží do 31. ledna kalendářního roku následujícího po skončení hodnoceného období, že je po celé hodnocené období zapojen do systému elektronické distribuce obrazových dat, stanoví se hodnota bodu pro výkony podle první věty ve výši 0,68 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,46 Kč.
 - d) Pro výkon č. 89312 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,94 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,43 Kč.
4. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornostech uvedených v bodě 3 písm. a) až d) se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu. Výsledná hodnota bodu je součtem variabilní složky úhrady a fixní složky úhrady, a stanoví se pro každou odbornost a výkony uvedené v bodě 3 písm. a) až d) samostatně:

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

kde:

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

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

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

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

kde:

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

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

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

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

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

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

5. Hodnoty bodu uvedené v bodě 2 písm. a) a d) a v bodě 3 písm. a) se navýší o hodnotu 0,02 Kč v případě, že poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby po celé hodnocené období v rozsahu alespoň 35 hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně.
6. Hodnoty bodu uvedené v bodě 2 písm. b) a c) a v bodě 3 písm. b) a c) se navýší o hodnotu 0,02 Kč v případě, že poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby po celé hodnocené období v rozsahu alespoň 70 hodin týdně.
7. Zdravotní pojišťovna sdělí poskytovatelům hrazeným podle bodu 3 písm. a) do 30. dubna hodnoceného období následující hodnoty referenčního období:
 - a) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za výkony uvedené v bodu 3 písm. a),
 - b) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za jiné výkony než výkony uvedené v bodu 3 písm. a),

- c) celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem vstupujících do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4.
8. U poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval nebo poskytoval hrazené služby pouze v části referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady podle bodu 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
9. Pro poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 4 nepoužije.
10. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde k nárůstu průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 4 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnot bodu podle bodu 3 písm. a) až d).
11. Měsíční předběžná úhrada za hrazené služby podle bodu 3 písm. a) až d) se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 102 % úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

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

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši:
- a) 1,11 Kč pro výkony č. 95198, 95199, 95201, 95202 a 95203 podle seznamu výkonů v rámci screeningu děložního hrdla,
- b) 1,22 Kč pro výkon č. 81733 podle seznamu výkonů,
- c) 1,05 Kč pro výkony podle kapitol 819 a 999 seznamu výkonů,
- d) 0,95 Kč pro výkony č. 81800 a 87012 podle seznamu výkonů v rámci časného záchytu karcinomu prostaty.
2. Pro hrazené služby neuvedené v bodě 1 se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů:
- a) Pro výkony č. 81021, 81022, 81023, 81320, 81443, 81530, 81563, 81681, 81689, 81702, 81710, 81714, 81759, 81760, 81765, 81772, 82098, 82250, 82305, 82306, 87446, 87700, 87701, 91561, 93113, 93115, 93125, 93129, 93131, 93133, 93135, 93137, 93139, 93141, 93145, 93149, 93151, 93153, 93161, 93169, 93171, 93177, 93181, 93183, 93185, 93187, 93189, 93193, 93195, 93199, 93213, 93215, 93217, 93221, 93229, 93245, 93247, 93255, 93259, 93265, 96103, 96163, 96167, 96235, 96315, 96515, 96813, 96833, 96837, 96889, 96891, 96898, 96899, 96900, 96901, 96902, 96905, 96911 a 96912 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.
- b) Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 808, 812 až 815 podle seznamu výkonů, neuvedené v písmenu a), se stanoví hodnota bodu ve výši 0,80 Kč pro poskytovatele, kteří jsou v hodnoceném období držiteli Osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo NASKL R3. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 802 a 818 podle seznamu výkonů, neuvedené v písmenu a), se stanoví hodnota bodu ve výši

0,90 Kč pro poskytovatele, kteří jsou v hodnoceném období držiteli Osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo NASKL R3. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 807, 817 a 823 podle seznamu výkonů, neuvedené v písmenu a), se stanoví hodnota bodu ve výši 0,68 Kč pro poskytovatele, kteří jsou v hodnoceném období držiteli Osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo NASKL R3. Osvědčení pro hodnocené období předloží poskytovatel nejpozději do 31. prosince hodnoceného období, přičemž hodnota bodu podle věty první, druhé a třetí mu bude stanovena po dobu platnosti osvědčení. Pro hrazené služby podle věty první, druhé a třetí poskytované poskytovateli, kteří nesplňují podmínky podle věty první, druhé a třetí, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,40 Kč.

- c) Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 816 podle seznamu výkonů, neuvedené v písmenu a), se stanoví hodnota bodu ve výši 0,82 Kč.
3. Celková výše úhrady za hrazené služby podle bodu 2 ve všech odbornostech podle bodu 2 písm. b) a celková výše úhrady za hrazené služby podle bodu 2 v odbornosti podle bodu 2 písm. c) se stanoví následovně:

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

kde:

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

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

kde:

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

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

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

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

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

kde:

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

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

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

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

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

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

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

kde:

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

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

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

kde:

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

$HB_{min,b}$ je minimální hodnota bodu stanovená ve výši 66 % hodnoty bodu odbornosti uvedené v bodě 2 písm. c) v referenčním období.

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

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

Skutečná hodnota bodu poskytovatele je stanovena jako:

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

kde:

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

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

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

kde:

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

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

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

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

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

4. U odborností uvedených v bodě 2 písm. b) a c), se stanoví celková výše úhrady podle bodu 3 souhrnně pro všechny odbornosti uvedené v daném písmenu.
5. Zdravotní pojišťovna sdělí poskytovatelům hrazeným podle bodu 2 písm. b) a c) do 31. května hodnoceného období následující hodnoty referenčního období:
 - a) průměrnou úhradu za hrazené služby podle bodu 2, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. b) a v odbornosti uvedené v bodě 2 písm. c),
 - b) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v odbornostech 222, 801, 807, 808, 812 až 815, 817 a 823 podle seznamu výkonů vstupujících do výpočtu $PURO_{icz}$,
 - c) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v odbornostech 802 a 818 podle seznamu výkonů vstupujících do výpočtu $PURO_{icz}$,
 - d) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v odbornosti 816 podle seznamu výkonů vstupující do výpočtu $PURO_{icz}$,
 - e) celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. b) a v odbornosti uvedené v bodě 2 písm. c) vstupujících do výpočtu $PURO_{icz}$,
 - f) celkovou hodnotu korunových položek poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v rámci hrazených služeb podle bodu 2 v odbornosti uvedené v bodě 2 písm. c) v referenčním období,
 - g) hodnotu průměrné úhrady za hrazené služby podle bodu 2, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. b) vypočítané podle bodu 3 písm. a) $PURO_{icznové}$, v případě, že u poskytovatele došlo k poklesu skutečné hodnoty bodu $HB_{skut,a}$ pod hodnotu minimální hodnoty bodu $HB_{min,a}$ v referenčním období,
 - h) hodnotu průměrné úhrady za hrazené služby podle bodu 2, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. c) vypočítané podle bodu 3 písm. b) $PURO_{icznové}$, v případě, že u poskytovatele došlo k poklesu skutečné hodnoty bodu $HB_{skut,b}$ pod hodnotu minimální hodnoty bodu $HB_{min,b}$ v referenčním období,
 - i) počet bodů poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných za výkon č. 81681 podle seznamu výkonů v referenčním období.
6. U poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval nebo poskytoval hrazené služby pouze v části referenčního období, použije zdravotní pojišťovna

- pro účely výpočtu celkové úhrady podle bodu 3 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů. U poskytovatelů, kteří nebyli v referenčním období držiteli Osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo NASKL R3, ale pro hodnocené období předloží alespoň jedno z těchto osvědčení, provede zdravotní pojišťovna přepočít P_{URO}_{ICZ} s použitím hodnoty bodu 0,86 Kč pro hrazené služby poskytované v odbornostech uvedených ve větě první v bodě 2 písm. b), s použitím hodnoty bodu 0,98 Kč pro odbornosti uvedené ve větě druhé bodu 2 písm. b), a s použitím hodnoty bodu 0,79 Kč pro odbornosti uvedené ve větě třetí bodu 2 písm. b).
7. Pro poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 3 nepoužije a hrazené služby budou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle bodu 2.
 8. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 3 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnot bodu podle bodu 2 písm. a) až c).
 9. Měsíční předběžná úhrada za hrazené služby podle bodu 1 písm. b) a c) a bodu 2 se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 103 % úhrady za tyto hrazené služby za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Příloha č. 6

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 11

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

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

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

kde:

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

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

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

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

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

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

KN je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

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

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

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

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

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

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

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

9. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2.
10. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

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

1. Hodnota bodu odbornosti 926 podle seznamu výkonů se stanoví ve výši:
 - a) 1,20 Kč za výkony č. 80088 a 80089 podle seznamu výkonů, a
 - b) 1,20 Kč za výkony č. 80090 a 80091 podle seznamu výkonů, přičemž celková výše úhrady za tyto výkony nepřekročí částku, která se vypočte takto:

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

kde:

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

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

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

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

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

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

- v případě, že poskytovatel odbornosti 926 podle seznamu výkonů ošetřil v hodnoceném období méně než 10 unikátních pojištěnců.
4. Úhrada jiných poskytnutých hrazených služeb než podle bodu 1, včetně služeb poskytnutých jiným poskytovatelem, v den, kdy byl pojištěnci poskytnut výkon č. 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů, bude odečtena z úhrady poskytovateli odbornosti 926 podle seznamu výkonů s následujícími výjimkami:
 - a) pokud počet pojištěnců, na které tento poskytovatel odbornosti 926 podle seznamu výkonů vykázal výkon č. 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů a současně byly na tyto pojištěnce vykázány jiné hrazené služby mimo hrazených služeb uvedených v písmenu b) tohoto bodu, nepřesáhne 10 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených poskytovatelem odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období, nebo nepůjde o více než 1 pojištěnce v případě, že poskytovatel odbornosti 926 podle seznamu výkonů ošetřil v hodnoceném období méně než 10 unikátních pojištěnců, nebudou tyto jiné hrazené služby odečteny z úhrady poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů,
 - b) z úhrady poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů nebudou odečteny následující hrazené služby:
 - i. kapitační platba registrujícímu praktickému lékaři,
 - ii. poskytnutá stomatologická péče,
 - iii. zdravotnický materiál a léčivé přípravky, které byly předepsány před datem přijetí pacienta do péče poskytovatele,
 - iv. výkony odbornosti 801, 802, 807, 808, 812 až 819 a 823, které vyžádal jiný poskytovatel před přijetím pacienta do péče poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů,
 - v. výkony indikované a provedené u pacienta jiným poskytovatelem v den přijetí pacienta do péče poskytovatelem odbornosti 926 podle seznamu výkonů,
 - vi. prohlídka zemřelého a přeprava lékaře k tomuto výkonu,
 - vii. další výkony provedené na zemřelém pacientovi,
 - viii. tímto poskytovatelem odbornosti 926 podle seznamu výkonů vykázané výkony č. 09555 až 09557 a 09990 podle seznamu výkonů.
 5. Celková výše úhrady podle bodu 1 písm. b) se nepoužije v případě poskytovatele, který ošetřil v hodnoceném období 5 a méně unikátních pojištěnců.
 6. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc s hodnotou bodu podle bodu 1.
 7. Měsíční předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 12

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

$$(1,07 + KN) \times POPzpoZ \times PUROo + \max [(1,07 + KN) \times PUROo \times POPzpoMh; (UHRMh - UHRMr)],$$

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.

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

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

UHRMr

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

KN

je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

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

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

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

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

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

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

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

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

PUR_{Oo}

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

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

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

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

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

kde:

UHR_{ref}	je celková výše úhrady poskytovatele v referenčním období za hrazené služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady.
KP_{ref}	je hodnota korunových položek poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období za služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady.
PB_{ref}	je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za výkony, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady.
HB_{ref}	je hodnota bodu platná v referenčním období pro jednotlivé služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady.

- U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že vznikl v průběhu referenčního období, nebo u poskytovatele, který ošetřil v referenčním období 50 a méně pojištěnců, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce podle bodu 4 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
- Hrazené služby poskytnuté pojištěncům, na které byly vykázány v hodnoceném období hrazené služby s hlavní nebo vedlejší diagnózou C50, E83, F84, G20, G21, G22, G23.1 až G23.9, G35, G51 až G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90 podle mezinárodní klasifikace nemocí, se 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.
- Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 107 % úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 13

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Pro poskytovatele poskytující dialyzační péči se hodnota bodu stanoví ve výši 1,16 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 18530 a 18550 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
2. Hodnocení kvality poskytované dialyzační péče: Pokud poskytovatel v hodnoceném období čtvrtletně referoval výsledky jím poskytované dialyzační léčby minimálně u 90 % pojištěnců v pravidelném dialyzačním léčení ošetřených na jednotlivých pracovištích (dialyzační střediska), zdravotní pojišťovna nejpozději do 31. března kalendářního roku následujícího po skončení hodnoceného období z referovaných dat vyhodnotí níže uvedená kvalitativní kritéria a navýší hodnotu bodu za jednotlivá pracoviště za následujících podmínek:
 - a) Za pojištěnce v pravidelném dialyzačním léčení se považuje pojištěnec, u kterého jsou pravidelně prováděny výkony dialyzačních nebo hemoeliminačních metod nebo peritoneální dialýzy podle seznamu výkonů, a to nejméně do 90 dní od prvního dne jejich vykázání.
 - b) Hodnota bodu podle bodu 1 se navýší pracovišti poskytovatele o 0,05 Kč, pokud toto pracoviště splní pouze 1. úroveň plnění níže uvedených kritérií, nebo o 0,07 Kč, v případě, že toto pracoviště poskytovatele splní 2. úroveň plnění níže uvedených kritérií:

Parametr kvality dialyzační léčby		1. úroveň plnění kritérií: Minimální podíl referovaných pojištěnců ošetřených na pracovišti poskytovatele plnicích daný parametr kvality	2. úroveň plnění kritérií: Minimální podíl referovaných pojištěnců ošetřených na pracovišti poskytovatele plnicích daný parametr kvality
Hodnota Hb > 100 g/l		70 %	85 %
Hodnota P < 1,8 mmol/l		50 %	65 %
Hodnota KtV	Hemodialýza: eKt/V > 1,2	70 %	90 %
	Peritoneální dialýza: wKt/V > 1,7		
	Domácí hemodialýza: stdKt/V > 2,1		

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

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

1. Pro níže uvedené hrazené služby se stanovuje úhrada ve výši:
 - a) Oznámení o začátku vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce již zařazeného do dialyzačního programu 3 000 Kč.
 - i. Popis: Signalizace zahájení vyšetřování pojištěnce s chronickým renálním selháním (stadium 5) bez klíčových kontraindikací k transplantaci ledvin.
 - ii. Podmínky úhrady: Vykazuje se na jednoho pojištěnce jedenkrát.
 - b) Oznámení o začátku vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce v predialyzačním stádiu 4 500 Kč.
 - i. Popis: Signalizace zahájení vyšetřování pojištěnce s chronickým renálním selháním, u kterého opakovaně hodnota glomerulární filtrace (GFR) dosáhne hodnoty menší než 0,20 ml/s.
 - ii. Podmínky úhrady: U pojištěnce nebyl v době před začátkem vyšetřování vhodnosti k transplantaci ledviny vykázan 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 vykážalo 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 vykážalo 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 hodnoceného období tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
 - a) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a úhrady za zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;
 - b) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
 - c) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.
2. Pokud poskytovatel hrazených služeb poskytující dialyzační péči dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a úhrady za zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 115 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a úhrady za zvlášť účtovaný materiál vykázaný v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se

- nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
4. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu časného záchytu rakoviny plic a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Do vyžádané péče se dále nezahrnou náklady na pojištěnce zdravotní pojišťovny, na které byly poskytovatelem vykázány hrazené služby podle části B bodu 1 písm. a), b) nebo e). Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období hodnotou bodu účinnou v hodnoceném období.
 5. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.
 6. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
 7. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely přiměřeně upraví; ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech.
 8. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
 9. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužije, pokud poskytovatel v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb pro danou odbornost.
 10. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.

Koefficienty poměru počtu pojištěnců

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

OKRES	VZP	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZPMV	RBP
BENEŠOV	0,632	0,063	0,026	0,083	0,000	0,196	0,000
BEROUN	0,468	0,048	0,314	0,088	0,000	0,082	0,000
BLANSKO	0,635	0,044	0,023	0,027	0,000	0,271	0,000
BRNO-MĚSTO	0,579	0,094	0,071	0,058	0,000	0,198	0,000
BRNO-VENKOV	0,581	0,080	0,094	0,047	0,000	0,198	0,000
BRUNTÁL	0,384	0,079	0,171	0,052	0,000	0,242	0,072
BŘECLAV	0,575	0,048	0,147	0,038	0,000	0,192	0,000
ČESKÁ LÍPA	0,657	0,118	0,082	0,044	0,017	0,082	0,000
ČESKÉ BUDĚJOVICE	0,583	0,151	0,031	0,053	0,000	0,182	0,000
ČESKÝ KRUMLOV	0,664	0,112	0,027	0,032	0,000	0,165	0,000
DĚČÍN	0,616	0,058	0,155	0,052	0,000	0,119	0,000
DOMAŽLICE	0,763	0,061	0,027	0,040	0,000	0,109	0,000
FRÝDEK- MÍSTEK	0,301	0,000	0,442	0,014	0,000	0,051	0,192
HAVLÍČKŮV BROD	0,656	0,048	0,166	0,037	0,000	0,093	0,000
HODONÍN	0,442	0,030	0,223	0,025	0,000	0,155	0,125
HRADEC KRÁLOVÉ	0,536	0,167	0,050	0,056	0,000	0,191	0,000
CHEB	0,671	0,093	0,067	0,050	0,000	0,119	0,000
CHOMUTOV	0,743	0,034	0,121	0,023	0,000	0,079	0,000
CHRUDIM	0,725	0,068	0,064	0,049	0,000	0,094	0,000
JABLONEC NAD NISOU	0,814	0,056	0,000	0,044	0,000	0,086	0,000
JESENÍK	0,483	0,052	0,351	0,015	0,000	0,099	0,000
JIČÍN	0,686	0,043	0,029	0,040	0,061	0,141	0,000
JIHLAVA	0,798	0,042	0,052	0,033	0,000	0,075	0,000
JINDŘICHŮV HRADEC	0,702	0,115	0,036	0,029	0,000	0,118	0,000
KARLOVY VARY	0,708	0,071	0,056	0,067	0,000	0,098	0,000
KARVINÁ	0,259	0,000	0,241	0,010	0,000	0,059	0,431
KLADNO	0,431	0,034	0,404	0,057	0,000	0,074	0,000
KLATOVY	0,635	0,086	0,139	0,043	0,000	0,097	0,000
KOLÍN	0,695	0,051	0,036	0,081	0,000	0,137	0,000
KROMĚŘÍŽ	0,436	0,042	0,093	0,030	0,000	0,132	0,267
KUTNÁ HORA	0,484	0,121	0,260	0,046	0,000	0,089	0,000
LIBEREC	0,721	0,118	0,011	0,068	0,000	0,082	0,000
LITOMĚŘICE	0,703	0,092	0,011	0,066	0,000	0,128	0,000

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

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

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

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

Příloha č. 10

Skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace s relativními váhami těchto skupin

Seznam zkratk pro části B, C, E, F a G

Seznam center vysoce specializované péče a intermediární péče v perinatologii	Použitá zkratka
Centrum vysoce specializované péče v oblasti transplantologie	Trans
Centrum vysoce specializované hematoonkologické péče pro dospělé	HematoOnkoDosp
Centrum vysoce specializované cerebrovaskulární péče	Cerebro
Centrum vysoce specializované onkologické péče pro dospělé	OnkoDosp
Centrum vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče	PneumoOnko
Centrum vysoce specializované komplexní kardiiovaskulární péče pro dospělé	KompKardioDosp
Centrum vysoce specializované komplexní kardiiovaskulární péče pro děti, která provádějí transplantace srdce a související výkony	KompKardioDěti_T
Centrum vysoce specializované spondylochirurgické péče	SpondyloChir
Centrum vysoce specializované onkourologické péče	OnkoUro
Centrum vysoce specializované péče v onkogynekologii	OnkoGyn
Centrum vysoce specializované intenzivní zdravotní péče v perinatologii	IntenzivníPerinat
Centrum vysoce specializované péče pro pacienty s popáleninami	TraumaPop
Centrum vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé	TraumaDosp
Centrum vysoce specializované komplexní kardiiovaskulární 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 iktus	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 kardiiovaskulární péče	KardioDosp
Centrum vysoce specializované kardiiovaskulární péče pro děti	KardioDěti
Centrum vysoce specializované chirurgické péče v oblasti hepatopankreatobiliárních onemocnění	HPB
Centrum vysoce specializované chirurgické péče v oblasti karcinomu rekta	Rektum
Centrum vysoce specializované chirurgické péče v oblasti karcinomu jícnu a gastroezofageální jankce	Jícen
Centrum vysoce specializované zdravotní péče pro léčbu pokročilých forem endometriózy	Endometrióza
Další použité zkratky	Použitá zkratka
Koeficient centralizace	KC

Část A

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

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
00-M01	00-M01-01	Velký kardiochirurgický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitty s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	11,56215
00-M01	00-M01-02	Velký chirurgický výkon vyjma kardiochirurgického s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	10,83786
00-M01	00-M01-03	Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	8,26594
00-M01	00-M01-04	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	5,33516
00-M01	00-M01-05	Invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů) u dětí do 18 let věku	14,56451
00-M01	00-M01-06	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů) u dětí do 18 let věku	6,82275
00-M02	00-M02-01	Velký kardiochirurgický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitty s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	17,76898
00-M02	00-M02-02	Velký chirurgický výkon vyjma kardiochirurgického s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	15,56853
00-M02	00-M02-03	Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	14,09900
00-M02	00-M02-04	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	10,08558
00-M02	00-M02-05	Invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů) u dětí do 18 let věku	22,65556
00-M02	00-M02-06	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů) u dětí do 18 let věku	13,51537
00-M03	00-M03-01	Velký kardiochirurgický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitty s UPV 505–1008 hodin (22–42 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let nebo UPV 505–1008 hodin (22–42 dnů) u dětí do 18 let věku	28,48724
00-M03	00-M03-02	Velký chirurgický výkon vyjma kardiochirurgického s UPV 505–1008 hodin (22–42 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	26,83411
00-M03	00-M03-03	Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 505–1008 hodin (22–42 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	22,50284
00-M03	00-M03-04	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 505–1008 hodin (22–42 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	17,01331
00-M04	00-M04-01	Velký kardiochirurgický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitty s UPV 1009–1800 hodin (43–75 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let nebo UPV 1009–1800 hodin (43–75 dnů) u dětí do 18 let věku	69,56309
00-M04	00-M04-02	Velký chirurgický výkon vyjma kardiochirurgického s UPV 1009–1800 hodin (43–75 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	46,64869
00-M04	00-M04-03	Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 1009–1800 hodin (43–75 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	46,64869
00-M04	00-M04-04	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 1009–1800 hodin (43–75 dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	40,69386

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
00-M05	00-M05-01	Velký kardiochirurgický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitty s UPV 1801 a více hodin (76 a více dnů) u pacientů ve věku 18 a více let nebo UPV 1801 a více hodin (76 a více dnů) u dětí do 18 let věku	74,46599
00-M05	00-M05-02	Velký chirurgický výkon vyjma kardiochirurgického s UPV 1801 a více hodin (76 a více dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	74,46599
00-M05	00-M05-03	Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 1801 a více hodin (76 a více dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	74,46599
00-M05	00-M05-04	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 1801 a více hodin (76 a více dnů) u pacientů ve věku 18 a více let	74,46599
01-C01	01-C01-01	Aplikace více než 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	4,15562
01-C01	01-C01-02	Aplikace 90 až 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	3,31273
01-C01	01-C01-03	Aplikace 45 až 90 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	1,18330
01-C01	01-C01-04	Aplikace 25 až 45 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	0,76218
01-C01	01-C01-05	Aplikace 15 až 25 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	1,33822
01-C01	01-C01-06	Aplikace méně než 15 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	1,11253
01-C03	01-C03-01	Cílená léčba pro novotvary nervové soustavy	0,31361
01-C03	01-C03-02	Chemoterapie pro novotvary nervové soustavy	0,81095
01-C04	01-C04-01	Cílená léčba pro autoimunitní onemocnění nervové soustavy	0,18760
01-C04	01-C04-02	Chemoterapie pro autoimunitní onemocnění nervové soustavy	0,28397
01-D01	01-D01-01	Dlouhodobý EEG video monitoring pro epilepsii v CVSP	1,21420
01-D01	01-D01-02	Dlouhodobý EEG video monitoring mimo CVSP	0,50157
01-D01	01-D01-03	Jiný dlouhodobý diagnostický monitoring	0,15629
01-I13	01-I13-00	Chirurgické uvolnění mononeuropatie horní končetiny	0,43829
01-K01	01-K01-01	Autoimunitní onemocnění centrální nervové soustavy u pacientů s CC=1-4	0,90735
01-K01	01-K01-02	Autoimunitní onemocnění centrální nervové soustavy u pacientů s CC=0	0,44668
01-K02	01-K02-01	Bakteriální neuroinfekce nebo herpetická meningoencefalitida u pacientů s CC=2-4	3,03505
01-K02	01-K02-02	Bakteriální neuroinfekce nebo herpetická meningoencefalitida u pacientů s CC=0-1	2,20514
01-K02	01-K02-03	Jiná infekční onemocnění nervové soustavy u pacientů s CC=2-4	1,94704
01-K02	01-K02-04	Jiná infekční onemocnění nervové soustavy u pacientů s CC=0-1	1,19161
01-K03	01-K03-01	Epilepsie v CVSP u pacientů s CC=3-4	2,47731
01-K03	01-K03-02	Epilepsie v CVSP u pacientů s CC=1-2	1,00923
01-K03	01-K03-03	Epilepsie v CVSP u dětí do 18 let nebo u pacientů ve věku 75 a více let s CC=0	0,80033
01-K03	01-K03-04	Epilepsie v CVSP u pacientů ve věku 18-74 let s CC=0	0,50760
01-K03	01-K03-05	Epilepsie mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	1,87590
01-K03	01-K03-06	Epilepsie mimo CVSP u pacientů s CC=1-2	0,78535
01-K03	01-K03-07	Epilepsie mimo CVSP u dětí do 18 let nebo u pacientů ve věku 75 a více let s CC=0	0,53014
01-K03	01-K03-08	Epilepsie mimo CVSP u pacientů ve věku 18-74 let s CC=0	0,34586

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
01-K04	01-K04-01	Neurodegenerativní onemocnění u pacientů s CC=1-4	1,03848
01-K04	01-K04-02	Neurodegenerativní onemocnění u pacientů s CC=0	0,66267
01-K05	01-K05-01	Hydrocefalus u pacientů s CC=1-4	0,93528
01-K05	01-K05-02	Hydrocefalus u pacientů s CC=0	0,43645
01-K06	01-K06-00	Poruchy spánku	0,15738
01-K07	01-K07-01	Poruchy mozkových nervů u dětí do 18 let věku	1,06743
01-K07	01-K07-02	Poruchy mozkových nervů u pacientů ve věku 18 a více let	0,56487
01-K07	01-K07-03	Jiné bolesti hlavy u dětí do 18 let věku	0,56673
01-K07	01-K07-04	Jiné bolesti hlavy u pacientů ve věku 18 a více let	0,39685
01-K08	01-K08-01	Neuropatie a onemocnění motoneuronu u pacientů s CC=1-4	1,07524
01-K08	01-K08-02	Neuropatie a onemocnění motoneuronu (mimo mononeuropatie horní končetiny) u pacientů s CC=0	0,60314
01-K08	01-K08-03	Mononeuropatie horní končetiny u pacientů s CC=0	0,37165
01-K09	01-K09-01	Onemocnění nervosvalového přenosu u pacientů s CC=1-4	1,03018
01-K09	01-K09-02	Onemocnění nervosvalového přenosu u pacientů s CC=0	0,49292
01-K10	01-K10-07	Mozkový infarkt mimo CVSP	0,80532
01-K11	01-K11-01	Netraumatické intrakraniální krvácení v komplexním CVSP u pacientů s CC=3-4	2,71988
01-K11	01-K11-02	Netraumatické intrakraniální krvácení v komplexním CVSP u pacientů s CC=1-2	1,91530
01-K11	01-K11-03	Netraumatické intrakraniální krvácení v komplexním CVSP u pacientů s CC=0	1,36452
01-K11	01-K11-04	Netraumatické intrakraniální krvácení v CVSP u pacientů s CC=3-4	2,11419
01-K11	01-K11-05	Netraumatické intrakraniální krvácení v CVSP u pacientů s CC=1-2	1,51413
01-K11	01-K11-06	Netraumatické intrakraniální krvácení v CVSP u pacientů s CC=0	1,11978
01-K11	01-K11-07	Netraumatické intrakraniální krvácení mimo CVSP	1,30530
01-K12	01-K12-01	Jiná cévní onemocnění mozku a míchy v komplexním CVSP	0,65629
01-K12	01-K12-02	Jiná cévní onemocnění mozku a míchy v CVSP	0,54391
01-K12	01-K12-03	Jiná cévní onemocnění mozku a míchy mimo CVSP	0,42926
01-K13	01-K13-01	Novotvary mozku a mozkových plen v CVSP u pacientů s CC=3-4	1,29332
01-K13	01-K13-02	Novotvary mozku a mozkových plen v CVSP u pacientů s CC=0-2	0,78509
01-K13	01-K13-03	Novotvary mozku a mozkových plen mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	1,09627
01-K13	01-K13-04	Novotvary mozku a mozkových plen mimo CVSP u pacientů s CC=0-2	0,72049
01-K14	01-K14-00	Novotvary periferních nervů	1,16984
01-K15	01-K15-00	Vrozené vady nervové soustavy	0,55834
01-K16	01-K16-01	Závažná kraniocerebrální poranění v CVSP u pacientů s CC=3-4	1,85341
01-K16	01-K16-02	Závažná kraniocerebrální poranění v CVSP u pacientů s CC=0-2	0,70591
01-K16	01-K16-03	Závažná kraniocerebrální poranění mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	1,65313
01-K16	01-K16-04	Závažná kraniocerebrální poranění mimo CVSP u pacientů s CC=0-2	0,73330
01-K16	01-K16-05	Zlomeniny lebky	0,45450
01-K16	01-K16-06	Otřes mozku	0,25986
01-K17	01-K17-00	Poranění periferních nervů	0,55804
01-K18	01-K18-01	Jiná onemocnění a poruchy nervové soustavy s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo u pacientů s CC=4	2,23091

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

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
02-M01	02-M01-01	Laserová a koagulační léčba u dětí do 18 let	0,61925
02-M01	02-M01-02	Laserová a koagulační léčba u pacientů ve věku 18 a více let	0,60131
02-R03	02-R03-00	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka	0,90319
03-C01	03-C01-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku	0,45858
03-C01	03-C01-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku	0,44316
03-I19	03-I19-01	Jiný výkon v ústní dutině, hltanu nebo na čelisti u pacientů s CC=3-4	2,84402
03-I19	03-I19-02	Jiný výkon v ústní dutině, hltanu nebo na čelisti pro zhoubný novotvar nebo pro zánět u pacientů s CC=0-2	0,77053
03-I19	03-I19-03	Jiný výkon v ústní dutině, hltanu nebo na čelisti pro onemocnění mimo zhoubný novotvar a zánět u pacientů s CC=0-2	0,69901
03-I24	03-I24-00	Extrakce zubu nebo preprotetická úprava alveolu	0,42471
03-I25	03-I25-00	Tracheostomie	1,67786
03-K01	03-K01-01	Záněty ucha mimo nehnisavý zánět středního ucha	0,71158
03-K01	03-K01-02	Nehnisavý zánět středního ucha	0,39519
03-K02	03-K02-01	Záněty horních cest dýchacích a hrtanu s CC=3-4	1,11526
03-K02	03-K02-02	Záněty horních cest dýchacích a hrtanu u pacientů ve věku 65 a více let nebo s CC=1-2	0,58029
03-K02	03-K02-03	Záněty horních cest dýchacích a hrtanu u pacientů do 65 let věku s CC=0	0,35485
03-K03	03-K03-01	Záněty úst, ústní dutiny a čelisti u pacientů s CC=2-4	1,14666
03-K03	03-K03-02	Záněty úst, ústní dutiny a čelisti u pacientů s CC=0-1	0,51548
03-K04	03-K04-01	Funkční a strukturální poruchy ucha u pacientů ve věku 18 a více let	0,49103
03-K04	03-K04-02	Funkční a strukturální poruchy ucha u dětí do 18 let věku	0,48215
03-K05	03-K05-00	Funkční a strukturální poruchy nosu a nosních dutin	0,28188
03-K06	03-K06-01	Akutní záněty krčních mandlí	0,47583
03-K06	03-K06-02	Nemoci mandlí a adenoidní tkáň mimo akutní záněty	0,24312
03-K07	03-K07-00	Funkční a strukturální poruchy hrtanu	0,31627
03-K08	03-K08-00	Nezánětlivé nemoci úst, ústní dutiny a čelisti	0,37134
03-K09	03-K09-01	Zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní a krku v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,27052
03-K09	03-K09-02	Zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní a krku v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,52639
03-K09	03-K09-03	Zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní a krku mimo CVSP	0,51465
03-K10	03-K10-01	Novotvary ucha, nosu, dutiny ústní a krku mimo zhoubné	0,39603
03-K10	03-K10-02	Polypy nosu a hrdla	0,30667
03-K11	03-K11-00	Vrozené vady ucha, nosu, dutiny ústní a krku	0,35722
03-K12	03-K12-01	Traumata ucha, nosu, dutiny ústní a krku v CVSP	0,35396
03-K12	03-K12-02	Traumata ucha, nosu, dutiny ústní a krku mimo CVSP	0,27048
03-K13	03-K13-01	Jiné nemoci ucha, nosu, dutiny ústní a krku u pacientů s CC=1-4	0,54786
03-K13	03-K13-02	Jiné nemoci ucha, nosu, dutiny ústní a krku u pacientů s CC=0	0,19384
03-R01	03-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 21 a více ozařovacích dní	6,88520
03-R01	03-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 11-20 ozařovacích dní	3,82912
03-R01	03-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,96097

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
03-R01	03-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,79546
03-R01	03-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,48054
03-R01	03-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,61400
03-R02	03-R02-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ústní dutiny, hltanu nebo nosohltanu v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,67664
03-R02	03-R02-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ústní dutiny, hltanu nebo nosohltanu v rámci 1 ozařovacího dne	0,40398
04-C02	04-C02-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar dýchací soustavy	0,35859
04-C02	04-C02-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy	0,38452
04-I08	04-I08-01	Opakovaná hrudní drenáž nebo hrudní drenáž u pacientů s CC=4	3,01379
04-I08	04-I08-02	Hrudní drenáž otevřeným přístupem nebo thorakoskopicky u pacientů s CC=0-3	1,75335
04-I08	04-I08-03	Klasická nebo perkutánní hrudní drenáž u pacientů s CC=1-3	1,58692
04-I08	04-I08-04	Klasická nebo perkutánní hrudní drenáž u pacientů s CC=0	0,96547
04-I09	04-I09-01	Diagnostický chirurgický výkon nebo odstranění mizních uzlin pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=1-4	1,84669
04-I09	04-I09-02	Diagnostický chirurgický výkon nebo odstranění mizních uzlin pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=0	0,90573
04-I10	04-I10-01	Chirurgický výkon pro ošetření tracheostomie bez jejího uzavření	1,14542
04-I10	04-I10-02	Chirurgický výkon pro ošetření tracheostomie s jejím uzavřením	0,58926
04-K01	04-K01-01	Tuberkulóza u dětí do 18 let věku nebo u pacientů s CC=1-4	1,54237
04-K01	04-K01-02	Tuberkulóza u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,42448
04-K02	04-K02-01	Časné úmrtí do 2 dnů pro zánět plic	0,16709
04-K02	04-K02-02	Záněty plic u pacientů s CC=4, transplantovanými plicemi nebo s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	2,29069
04-K02	04-K02-03	Záněty plic u pacientů s CC=2-3	1,06790
04-K02	04-K02-04	Záněty plic u pacientů s CC=0-1	0,74860
04-K03	04-K03-01	Záněty průdušnice, průdušek a průdušinek u pacientů s CC=3-4	1,20917
04-K03	04-K03-02	Záněty průdušnice, průdušek a průdušinek u pacientů s CC=1-2	0,69535
04-K03	04-K03-03	Záněty průdušnice, průdušek a průdušinek u pacientů s CC=0	0,53463
04-K04	04-K04-01	Astma u pacientů s CC=2-4	0,93556
04-K04	04-K04-02	Astma u pacientů s CC=0-1	0,50894
04-K05	04-K05-01	Časné úmrtí do 2 dnů pro plicní embolii	0,43273
04-K05	04-K05-02	Plicní embolie v CVSP u pacientů s akutním cor pulmonale, CC=3-4 nebo s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	1,21945
04-K05	04-K05-03	Plicní embolie v CVSP u pacientů bez akutního cor pulmonale s CC=0-2	0,65989
04-K05	04-K05-04	Plicní embolie mimo CVSP u pacientů s akutním cor pulmonale, CC=3-4 nebo s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	0,93256
04-K05	04-K05-05	Plicní embolie mimo CVSP u pacientů bez akutního cor pulmonale s CC=0-2	0,51145
04-K06	04-K06-01	Chronická obstrukční plicní nemoc u pacientů s CC=4	1,78016
04-K06	04-K06-02	Chronická obstrukční plicní nemoc u pacientů s CC=2-3	0,88498
04-K06	04-K06-03	Chronická obstrukční plicní nemoc u pacientů s CC=0-1	0,58179
04-K07	04-K07-01	Intersticiální plicní nemoc u pacientů s CC=4	2,34102

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
04-K07	04-K07-02	Intersticiální plicní nemoc u pacientů s CC=2-3	1,07122
04-K07	04-K07-03	Intersticiální plicní nemoc u pacientů s CC=0-1	0,57482
04-K08	04-K08-01	Časné úmrtí do 2 dnů pro respirační selhání	0,44851
04-K08	04-K08-02	Respirační selhání u pacientů s CC=4	2,49149
04-K08	04-K08-03	Respirační selhání u pacientů s CC=2-3	1,18713
04-K08	04-K08-04	Respirační selhání u pacientů s CC=0-1	0,42628
04-K09	04-K09-01	Časné úmrtí do 2 dnů pro zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku	0,12042
04-K09	04-K09-02	Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,28095
04-K09	04-K09-03	Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,55611
04-K09	04-K09-04	Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,91589
04-K09	04-K09-05	Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,47515
04-K10	04-K10-01	Novotvary dýchací soustavy mimo zhoubné u pacientů s CC=2-4	0,76739
04-K10	04-K10-02	Novotvary dýchací soustavy mimo zhoubné u pacientů s CC=0-1	0,38046
04-K11	04-K11-01	Cystická fibróza u pacientů ve věku 16 a více let	1,65617
04-K11	04-K11-02	Cystická fibróza u dětí do 16 let věku	1,13841
04-K12	04-K12-00	Vrozené vady dýchací soustavy mimo cystickou fibrózu	0,65766
04-K13	04-K13-01	Trauma dýchací soustavy a hrudníku v CVSP	0,53793
04-K13	04-K13-02	Trauma dýchací soustavy a hrudníku mimo CVSP	0,41225
04-K14	04-K14-01	Pneumotorax a hemotorax u pacientů s CC=3-4	1,69367
04-K14	04-K14-02	Pneumotorax a hemotorax u pacientů s CC=1-2	1,04869
04-K14	04-K14-03	Pneumotorax a hemotorax u pacientů s CC=0	0,65388
04-K15	04-K15-01	Jiné nemoci dýchací soustavy u pacientů s CC=4	2,07085
04-K15	04-K15-02	Plicní edém nebo jiné nemoci dýchací soustavy u pacientů s CC=2-3	1,05434
04-K15	04-K15-03	Jiné nemoci dýchací soustavy u pacientů s CC=0-1	0,42467
04-M01	04-M01-01	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 1801 a více hodin (76 a více dní)	74,46599
04-M01	04-M01-02	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 1009-1800 hodin (43-75 dní)	40,69386
04-M01	04-M01-03	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 505-1008 hodin (22-42 dní)	16,06158
04-M01	04-M01-04	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 241-504 hodin (11-21 dní)	9,37921
04-M01	04-M01-05	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 97-240 hodin (5-10 dní)	4,85838
04-M01	04-M01-06	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 25-96 hodin (2-4 dny) u pacientů ve věku 18 a více let s CC=3-4	2,87521
04-M01	04-M01-07	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 25-96 hodin (2-4 dny) u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2	2,32196
04-M01	04-M01-08	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 25-96 hodin (2-4 dny) u dětí do 18 let věku	3,35907
04-M02	04-M02-01	Endoskopické zavedení endobronchiální chlopně pro chronickou obstrukční plicní nemoc	4,35481

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

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

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

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

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

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
07-K03	07-K03-01	Chronický zánět a cysta slinivky břišní u pacientů s CC=3-4	2,02915
07-K03	07-K03-02	Chronický zánět a cysta slinivky břišní u pacientů s CC=0-2	0,45722
07-K04	07-K04-01	Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=4	2,22707
07-K04	07-K04-02	Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=3	1,39658
07-K04	07-K04-03	Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=1-2 nebo hepatorenální syndrom	0,93506
07-K04	07-K04-04	Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=0	0,56947
07-K05	07-K05-01	Obstrukce nebo zánět žlučnicku a žlučových cest u pacientů s CC=3-4	1,45789
07-K05	07-K05-02	Zánět žlučnicku a žlučových cest u pacientů s CC=0-2	0,60187
07-K05	07-K05-03	Obstrukce žlučnicku a žlučových cest u pacientů s CC=0-2	0,34466
07-K06	07-K06-01	Zhoubný novotvar jater, žlučnicku a žlučových cest v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,07440
07-K06	07-K06-02	Zhoubný novotvar jater, žlučnicku a žlučových cest v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,43217
07-K06	07-K06-03	Zhoubný novotvar jater, žlučnicku a žlučových cest mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,80361
07-K06	07-K06-04	Zhoubný novotvar jater, žlučnicku a žlučových cest mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,36773
07-K07	07-K07-01	Zhoubný novotvar slinivky břišní v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,95888
07-K07	07-K07-02	Zhoubný novotvar slinivky břišní v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,49435
07-K07	07-K07-03	Zhoubný novotvar slinivky břišní mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,75230
07-K07	07-K07-04	Zhoubný novotvar slinivky břišní mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,41261
07-K08	07-K08-01	Novotvary hepatobiliární soustavy a slinivky břišní mimo zhoubné u pacientů s CC=2-4	0,74049
07-K08	07-K08-02	Novotvary hepatobiliární soustavy a slinivky břišní mimo zhoubné u pacientů s CC=0-1	0,37800
07-K09	07-K09-00	Vrozené vady hepatobiliární soustavy a slinivky břišní	0,91248
07-K10	07-K10-00	Traumata hepatobiliární soustavy a slinivky břišní	1,26755
07-K11	07-K11-01	Jiné nemoci hepatobiliární soustavy a slinivky břišní u pacientů s CC=3-4	0,91094
07-K11	07-K11-02	Jiné nemoci hepatobiliární soustavy a slinivky břišní u dětí do 18 let věku s CC=0-2	0,72893
07-K11	07-K11-03	Jiné nemoci hepatobiliární soustavy a slinivky břišní u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2	0,37810
07-R02	07-R02-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 21 a více ozařovacích dní	6,22087
07-R02	07-R02-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 11-20 ozařovacích dní	3,73685
07-R02	07-R02-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,95303
07-R02	07-R02-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,92934
07-R02	07-R02-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,53627
07-R02	07-R02-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,98841
07-R03	07-R03-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,63520
07-R03	07-R03-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy v rámci 1 ozařovacího dne	0,40398

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
08-C01	08-C01-01	Aplikace více než 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	4,62199
08-C01	08-C01-02	Aplikace 90 až 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	3,22875
08-C01	08-C01-03	Aplikace 45 až 90 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	2,60580
08-C01	08-C01-04	Aplikace 25 až 45 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	2,69236
08-C01	08-C01-05	Aplikace 15 až 25 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	1,60329
08-C01	08-C01-06	Aplikace méně než 15 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	1,29643
08-C03	08-C03-01	Chemoterapie nebo cílená léčba pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání u dětí do 18 let věku	1,16446
08-C03	08-C03-02	Chemoterapie nebo cílená léčba pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání u pacientů ve věku 18 a více let	0,71006
08-C04	08-C04-01	Cílená léčba pro autoimunitní onemocnění pojivových tkání	0,55909
08-C04	08-C04-02	Chemoterapie pro autoimunitní onemocnění pojivových tkání	0,18790
08-I12	08-I12-01	Amputace celé končetiny nebo amputace části končetiny pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=3-4	4,45428
08-I12	08-I12-02	Amputace části končetiny pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=0-2	2,06596
08-I17	08-I17-01	Operace poranění kostí předloktí a zápěstí v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=1-4 nebo u pacientů ve věku 75 a více let	1,30906
08-I17	08-I17-02	Operace poranění kostí předloktí a zápěstí v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	0,76758
08-I17	08-I17-03	Operace poranění kostí předloktí a zápěstí mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=1-4 nebo u pacientů ve věku 75 a více let	0,97419
08-I17	08-I17-04	Operace poranění kostí předloktí a zápěstí mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	0,70535
08-I29	08-I29-00	Krytí defektu kožním štěpem pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání	1,95987
08-I30	08-I30-01	Drenážní výkon a chirurgické odstranění nekrotické tkáně pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=2-4	2,05725
08-I30	08-I30-02	Drenážní výkon a chirurgické odstranění nekrotické tkáně u pacientů s CC=0-1	1,12161
08-I32	08-I32-00	Odstranění osteosyntetického materiálu	0,40636
08-K01	08-K01-01	Systémová onemocnění pojivových tkání u pacientů s CC=2-4	1,52239
08-K01	08-K01-02	Systémová onemocnění pojivových tkání u pacientů s CC=1	1,22593
08-K01	08-K01-03	Systémová onemocnění pojivových tkání u pacientů s CC=0	0,70917
08-K02	08-K02-01	Neinfekční zánětlivá onemocnění kloubů a páteře u pacientů s CC=2-4	1,56259
08-K02	08-K02-02	Neinfekční zánětlivá onemocnění kloubů a páteře u pacientů s CC=1	1,07123
08-K02	08-K02-03	Neinfekční zánětlivá onemocnění kloubů a páteře u pacientů s CC=0	0,78698
08-K03	08-K03-01	Infekční onemocnění obratlů a meziobratlových plotének u pacientů s CC=1-4	2,83371
08-K03	08-K03-02	Infekční onemocnění obratlů a meziobratlových plotének u pacientů s CC=0 nebo ostatní infekce kloubů a kostí u pacientů s CC=1-4 nebo akutní osteomyelitida	1,54582
08-K03	08-K03-03	Ostatní infekční onemocnění kloubů a kostí u pacientů s CC=0	0,65499
08-K04	08-K04-01	Jiná onemocnění kostí, kloubů a měkkých tkání u pacientů s CC=1-4	0,98252

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
08-K04	08-K04-02	Jiná onemocnění kostí, kloubů a měkkých tkání u pacientů do 18 let s CC=0	0,50581
08-K04	08-K04-03	Jiná onemocnění kostí, kloubů a měkkých tkání u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,40831
08-K05	08-K05-00	Patologické zlomeniny	0,83350
08-K06	08-K06-01	Deformity a vrozené vady pohybového aparátu kromě páteře, ruky a chodidla	0,48277
08-K06	08-K06-02	Deformity a vrozené vady ruky a chodidla	0,14689
08-K07	08-K07-00	Mozková obrna a jiné syndromy ochrnutí	0,72349
08-K08	08-K08-00	Jiná onemocnění páteře a bolest zad	0,54452
08-K09	08-K09-01	Zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,45098
08-K09	08-K09-02	Zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v CVSP u dětí do 18 let s CC=0-1	1,02056
08-K09	08-K09-03	Zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v CVSP u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	0,63474
08-K09	08-K09-04	Zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání mimo CVSP	0,87860
08-K10	08-K10-00	Nezhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání	0,65416
08-K11	08-K11-01	Poranění míchy a zlomeniny obratlů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4	0,93140
08-K11	08-K11-02	Poranění míchy a zlomeniny obratlů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0	0,46624
08-K11	08-K11-03	Ostatní poranění páteře v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,26099
08-K11	08-K11-04	Poranění míchy a zlomeniny obratlů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4	0,57492
08-K11	08-K11-05	Poranění míchy a zlomeniny obratlů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0	0,41077
08-K11	08-K11-06	Ostatní poranění páteře mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,20991
08-K12	08-K12-01	Poranění pánve a stehna v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4	1,07481
08-K12	08-K12-02	Poranění pánve a stehna v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0	0,60596
08-K12	08-K12-03	Poranění pánve a stehna mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4	0,79740
08-K12	08-K12-04	Poranění pánve a stehna mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0	0,44723
08-K13	08-K13-01	Poranění končetin mimo pánev a stehno v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4	0,77827
08-K13	08-K13-02	Poranění končetin mimo pánev a stehno v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0	0,36049
08-K13	08-K13-03	Poranění končetin mimo pánev a stehno mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4	0,46727
08-K13	08-K13-04	Poranění končetin mimo pánev a stehno mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0	0,27057
08-K14	08-K14-01	Poranění páteře, pánve a stehna v CVSP u dětí do 16 let	0,63076
08-K14	08-K14-02	Poranění dolní končetiny mimo pánev a stehno v CVSP u dětí do 16 let	0,34835
08-K14	08-K14-03	Poranění horní končetiny v CVSP u dětí do 16 let	0,30751
08-K14	08-K14-04	Poranění páteře a dolní končetiny mimo CVSP u dětí do 16 let	0,45150
08-K14	08-K14-05	Poranění horní končetiny mimo CVSP u dětí do 16 let	0,33720

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
08-K15	08-K15-00	Následná ortopedická péče nebo neurčené poruchy muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání	0,34814
08-M01	08-M01-00	Léčebná výměnná plazmaferéza pro systémové onemocnění pojivových tkání	5,08857
08-R02	08-R02-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 21 a více ozařovacích dní	6,14879
08-R02	08-R02-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 11-20 ozařovacích dní	3,73487
08-R02	08-R02-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,44362
08-R02	08-R02-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	2,21412
08-R02	08-R02-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,83850
08-R02	08-R02-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,17233
09-C02	09-C02-00	Cílená léčba pro papuloskvamózní onemocnění	0,23509
09-C03	09-C03-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar prsu	0,32750
09-C03	09-C03-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar prsu	0,36624
09-C04	09-C04-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar kůže	0,24318
09-C04	09-C04-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar kůže	0,34150
09-I02	09-I02-01	Amputace celé končetiny nebo amputace části končetiny mimo prsty pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=3-4	3,80942
09-I02	09-I02-02	Amputace části končetiny pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=0-2	2,04869
09-I05	09-I05-01	Opakovaný chirurgický výkon pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu s CC=3-4	3,63123
09-I05	09-I05-02	Opakovaný chirurgický výkon pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu s CC=0-2	1,98937
09-I11	09-I11-01	Amputace prstů nebo záprstí pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=2-4	1,22644
09-I11	09-I11-02	Amputace prstů nebo záprstí pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=0-1	0,80874
09-I12	09-I12-01	Krytí defektu kožním štěpem pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů se závažnou hlavní diagnózou nebo s CC=1-4	1,17009
09-I12	09-I12-02	Krytí defektu kožním štěpem pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0	0,70583
09-I13	09-I13-01	Jiný chirurgický výkon pro zánětlivé onemocnění kůže u pacientů s CC=3-4 nebo pro nezápětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=4	2,37476
09-I13	09-I13-02	Jiný chirurgický výkon pro zánětlivé onemocnění kůže u pacientů s CC=1-2 nebo pro nezápětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=3	1,06706
09-I13	09-I13-03	Jiný chirurgický výkon pro zánětlivé onemocnění kůže u pacientů s CC=0 nebo pro nezápětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=1-2	0,70970
09-I13	09-I13-04	Jiný chirurgický výkon pro vybrané nezápětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0	0,55927
09-I13	09-I13-05	Jiný chirurgický výkon pro ostatní nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0	0,45587
09-K01	09-K01-01	Onemocnění kůže způsobená mikroorganismy a parazity u pacientů s CC=4	2,31572
09-K01	09-K01-02	Onemocnění kůže způsobená mikroorganismy a parazity u pacientů s CC=1-3	1,01137

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
09-K01	09-K01-03	Růže u pacientů s CC=0	0,79364
09-K01	09-K01-04	Jiná onemocnění kůže způsobená mikroorganismy a parazity u pacientů s CC=0	0,55657
09-K02	09-K02-00	Bulózní dermatózy a papuloskvamózní onemocnění	0,96653
09-K03	09-K03-01	Vředová onemocnění kůže u pacientů s CC=1-4	1,16357
09-K03	09-K03-02	Vředová onemocnění kůže u pacientů s CC=0	0,79208
09-K04	09-K04-01	Jiná zánětlivá onemocnění kůže u pacientů s CC=1-4	0,84422
09-K04	09-K04-02	Jiná zánětlivá onemocnění kůže u pacientů s CC=0	0,63236
09-K05	09-K05-00	Erytematózní onemocnění	0,78512
09-K06	09-K06-00	Lymfedém	0,85584
09-K07	09-K07-01	Zhoubný novotvar kůže u pacientů s CC=2-4	1,32108
09-K07	09-K07-02	Zhoubný novotvar kůže u pacientů s CC=0-1	0,56923
09-K08	09-K08-01	Zhoubný novotvar prsu v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,04913
09-K08	09-K08-02	Zhoubný novotvar prsu v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,56312
09-K08	09-K08-03	Zhoubný novotvar prsu mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,67580
09-K08	09-K08-04	Zhoubný novotvar prsu mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,51709
09-K09	09-K09-00	Novotvary kůže mimo zhoubné	0,50103
09-K10	09-K10-00	Novotvary prsu mimo zhoubné	0,46528
09-K11	09-K11-00	Vrozené vady kůže, podkožní tkáně a prsu	0,76580
09-K12	09-K12-00	Poranění kožního krytu hlavy a krku	0,24472
09-K13	09-K13-01	Otevřené poranění kožního krytu trupu nebo končetin nebo povrchové poranění kožního krytu trupu nebo končetin u pacientů s CC=1-4	0,54835
09-K13	09-K13-02	Povrchové poranění kožního krytu trupu nebo končetin u pacientů s CC=0	0,29798
09-K14	09-K14-01	Jiná onemocnění kůže a podkožního vaziva u pacientů s CC=1-4	0,87558
09-K14	09-K14-02	Jiná onemocnění kůže a podkožního vaziva u pacientů s CC=0	0,51103
09-K15	09-K15-00	Jiné nemoci a poruchy prsní tkáně	0,32749
09-K16	09-K16-00	Následky poranění a následná péče	0,58704
09-R01	09-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 21 a více ozařovacích dní	5,95788
09-R01	09-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 11-20 ozařovacích dní	3,24915
09-R01	09-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,86416
09-R01	09-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,79338
09-R01	09-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,56445
09-R01	09-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,61933
09-R02	09-R02-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,61499
09-R02	09-R02-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v rámci 1 ozařovacího dne	0,40119
10-C01	10-C01-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar endokrinních žláz	0,47188
10-C01	10-C01-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar endokrinních žláz	0,42635

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

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

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

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

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
12-K11	12-K11-00	Jiné nemoci mužské reprodukční soustavy	0,49362
12-R02	12-R02-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní	6,29094
12-R02	12-R02-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní	3,48316
12-R02	12-R02-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,93632
12-R02	12-R02-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,83781
12-R02	12-R02-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,48169
12-R02	12-R02-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,61049
12-R03	12-R03-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,65499
12-R03	12-R03-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v rámci 1 ozařovacího dne	0,40376
13-C01	13-C01-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy	0,22403
13-C01	13-C01-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy	0,25762
13-I18	13-I18-01	Jiný chirurgický výkon pro onemocnění ženské reprodukční soustavy otevřeným přístupem nebo u pacientek s CC=3-4	1,65029
13-I18	13-I18-02	Jiný chirurgický výkon pro závažné onemocnění ženské reprodukční soustavy nebo u pacientek ve věku 60 a více let s CC=0-2	0,97890
13-I18	13-I18-03	Jiný chirurgický výkon pro onemocnění ženské reprodukční soustavy u pacientek do 60 let věku s CC=0-2	0,63476
13-K01	13-K01-01	Záněty ženské reprodukční soustavy u pacientek ve věku 60 a více let	0,93212
13-K01	13-K01-02	Záněty ženské reprodukční soustavy u pacientek do 60 let věku	0,52507
13-K02	13-K02-00	Funkční a strukturální poruchy děložních adnex	0,28530
13-K03	13-K03-00	Funkční a strukturální poruchy dělohy	0,28375
13-K04	13-K04-00	Funkční a strukturální poruchy pochvy a vulvy	0,40391
13-K05	13-K05-00	Genitální pístěle a sestup ženských pohlavních orgánů	0,53195
13-K06	13-K06-00	Endometrióza	0,41632
13-K07	13-K07-01	Zhoubný novotvar děložních adnex u pacientek s CC=2-4	1,05511
13-K07	13-K07-02	Zhoubný novotvar děložních adnex u pacientek s CC=0-1	0,50537
13-K08	13-K08-01	Zhoubný novotvar dělohy u pacientek s CC=2-4	1,06984
13-K08	13-K08-02	Zhoubný novotvar dělohy u pacientek s CC=0-1	0,41893
13-K09	13-K09-01	Zhoubný novotvar pochvy a vulvy u pacientek s CC=2-4	1,20945
13-K09	13-K09-02	Zhoubný novotvar pochvy a vulvy u pacientek s CC=0-1	0,46020
13-K10	13-K10-00	Novotvary děložních adnex mimo zhoubné	0,33012
13-K11	13-K11-00	Novotvary dělohy mimo zhoubné	0,31542
13-K12	13-K12-00	Novotvary pochvy a vulvy mimo zhoubné	0,30290
13-K13	13-K13-00	Vrozené vady ženské reprodukční soustavy	0,38785
13-K14	13-K14-00	Traumata ženské reprodukční soustavy	0,33051
13-K15	13-K15-01	Jiné nemoci ženské reprodukční soustavy u pacientek ve věku 60 a více let	0,35197
13-K15	13-K15-02	Jiné nemoci ženské reprodukční soustavy u pacientek do 60 let věku	0,25044
13-R01	13-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar děložního hrdla v délce 21 a více ozařovacích dní	6,61698

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
13-R01	13-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženských pohlavních orgánů vyjma hrdla děložního v délce 21 a více ozařovacích dní	5,60641
13-R01	13-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní	3,58249
13-R01	13-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientek s CC=2-4	3,02656
13-R01	13-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientek s CC=0-1	2,03127
13-R01	13-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientek s CC=2-4	1,46422
13-R01	13-R01-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientek s CC=0-1	0,52711
13-R02	13-R02-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,61248
13-R02	13-R02-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v rámci 1 ozařovacího dne	0,36317
14-I07	14-I07-00	Cerkláž děložního hrdla v těhotenství	0,94540
14-K01	14-K01-00	Mimoděložní těhotenství	0,25197
14-K02	14-K02-00	Potrat	0,22724
14-K03	14-K03-01	Předporodní diagnózy při mnohočetném těhotenství nebo se závažnou diagnózou	0,48127
14-K03	14-K03-02	Předporodní diagnózy při těhotenství jednoho dítěte bez závažné diagnózy	0,30032
14-K04	14-K04-00	Falešný porod	0,14404
14-K05	14-K05-01	Péče o pacientku bezprostředně po porodu mimo zdravotnické zařízení	0,30239
14-K05	14-K05-02	Poporodní a popotrátové diagnózy u pacientek ve věku 40 a více let nebo se závažnou diagnózou	0,60614
14-K05	14-K05-03	Poporodní a popotrátové diagnózy u pacientek do 40 let věku bez závažné diagnózy	0,36321
15-K01	15-K01-00	Časný překlad novorozence	0,21957
16-C01	16-C01-01	Podání koagulačních faktorů v CVSP	1,36421
16-C01	16-C01-02	Podání koagulačních faktorů mimo CVSP	1,39020
16-C02	16-C02-00	Podání romiplostimu nebo eltrombopagu	4,13161
16-C03	16-C03-01	Podání trombocytů v CVSP u pacientů s CC=2-4	3,90695
16-C03	16-C03-02	Podání trombocytů v CVSP u pacientů s CC=0-1	1,87395
16-C03	16-C03-03	Podání trombocytů mimo CVSP	1,28756
16-C04	16-C04-01	Aplikace více než 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	4,50368
16-C04	16-C04-02	Aplikace 90 až 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	3,58334
16-C04	16-C04-03	Aplikace 45 až 90 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	2,53205
16-C04	16-C04-04	Aplikace 25 až 45 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	1,28891
16-C04	16-C04-05	Aplikace 15 až 25 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	1,17948
16-C04	16-C04-06	Aplikace méně než 15 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	1,26146
16-C05	16-C05-01	Cílená léčba pro myelodysplastický syndrom	0,82307
16-C05	16-C05-02	Chemoterapie pro myelodysplastický syndrom	0,64228

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

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

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

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část A - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
18-K02	18-K02-04	Virové nemoci a neurčené následky infekcí nezařazené jinde u pacientů s CC=1-4	0,67215
18-K02	18-K02-05	Virové nemoci a neurčené následky infekcí nezařazené jinde u pacientů s CC=0	0,47029
18-K03	18-K03-01	Zánětlivé a systémové stavy nezařazené jinde u pacientů s CC=2-4	1,17748
18-K03	18-K03-02	Zánětlivé a systémové stavy nezařazené jinde u pacientů s CC=0-1	0,61996
18-M01	18-M01-01	Eliminační metody krve pro sepsi provedené v 6 a více dnech nebo s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	3,68676
18-M01	18-M01-02	Eliminační metody krve pro sepsi provedené ve 4-5 dnech	3,19275
18-M01	18-M01-03	Eliminační metody krve pro sepsi provedené v 1-3 dnech	1,91563
21-I01	21-I01-01	Opakované chirurgické ošetření pro roztržení operační rány	3,61959
21-I01	21-I01-02	Chirurgický výkon pro roztržení operační rány u pacientů ve věku 60 a více let	1,07559
21-I01	21-I01-03	Chirurgický výkon pro roztržení operační rány u pacientů do 60 let věku	0,87887
21-K01	21-K01-00	Mnohočetná a jiná poranění nezařazená jinde	0,66837
21-K02	21-K02-00	Účinky vnějších příčin nezařazené jinde	0,36031
21-K03	21-K03-00	Vyšetření a pozorování po úrazu a otravě	0,19599
21-K04	21-K04-00	Alergické reakce	0,24946
21-K05	21-K05-01	Toxické účinky u pacientů s CC=3-4	1,94046
21-K05	21-K05-02	Toxické účinky léčiv a drog u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2	0,44006
21-K05	21-K05-03	Toxické účinky léčiv a drog u dětí ve věku 11 až 17 let s CC=0-2	0,88163
21-K05	21-K05-04	Toxické účinky léčiv a drog u dětí do 11 let věku s CC=0-2	0,28174
21-K05	21-K05-05	Toxické účinky jiných látek u pacientů s CC=0-2	0,26736
21-K06	21-K06-01	Závažné komplikace zdravotní péče u pacientů s CC=3-4	2,15745
21-K06	21-K06-02	Závažné komplikace zdravotní péče u pacientů s CC=0-2	0,66109
21-K06	21-K06-03	Jiné komplikace zdravotní péče	0,37925
21-M01	21-M01-00	Eliminační metody krve pro toxické účinky	1,96643
22-I02	22-I02-00	Amputace částí končetin mimo prsty pro popálení, poleptání nebo omrzlinu	2,07860
22-I03	22-I03-01	Amputace prstů nebo záprstí v CVSP pro popálení, poleptání nebo omrzlinu	1,36253
22-I03	22-I03-02	Amputace prstů nebo záprstí mimo CVSP pro popálení, poleptání nebo omrzlinu	0,86009
22-I04	22-I04-01	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny v CVSP s 2 a více ošetrovacími dny	3,33437
22-I04	22-I04-02	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny v CVSP s 1 ošetrovacím dnem	1,79489
22-I04	22-I04-03	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny v CVSP bez celkové anestezie	0,79175
22-I04	22-I04-04	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny mimo CVSP s 2 a více ošetrovacími dny	1,78983
22-I04	22-I04-05	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny mimo CVSP s nejvýše 1 ošetrovacím dnem	0,45710
22-K01	22-K01-00	Popáleniny a poleptání dětí ve věku do 3 let	0,28221
22-K02	22-K02-00	Popáleniny a poleptání dětí ve věku 3-14 let	0,30309
22-K03	22-K03-00	Popáleniny a poleptání pacientů ve věku 15 a více let	0,27984
22-K04	22-K04-00	Omrzliny	0,81806

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

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

Část B

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

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

Část C

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

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část C - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
01-K10	01-K10-01	Mozkový infarkt v komplexním CVSP u pacientů ve věku 18 a více let s CC=3-4 nebo u dětí do 18 let věku	2,33907	-	-
01-K10	01-K10-02	Mozkový infarkt v komplexním CVSP u pacientů ve věku 18 a více let s CC=1-2	1,27736	-	-
01-K10	01-K10-03	Mozkový infarkt v komplexním CVSP u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,84895	-	-
01-K10	01-K10-04	Mozkový infarkt v CVSP u pacientů s CC=3-4	1,71469	-	-
01-K10	01-K10-05	Mozkový infarkt v CVSP u pacientů s CC=1-2	1,0097	-	-
01-K10	01-K10-06	Mozkový infarkt v CVSP u pacientů s CC=0	0,73164	-	-
03-I14	03-I14-01	Chirurgický výkon ve vnitřním uchu nebo chirurgický výkon ve středním uchu pro novotvar, u dětí do 3 let věku, s CC=3-4 nebo s dalším provedeným výkonem pro komplikaci	1,78074	-	-
03-I14	03-I14-02	Chirurgický výkon ve středním uchu pro onemocnění mimo novotvar u pacientů ve věku 3 a více let s CC=0-2	1,0056	-	-

Část E

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

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část E - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
00-I06	00-I06-00	Transplantace orgánů nezařazených jinde	5,82749	-	-
00-K01	00-K01-01	Léčba akutní rejekce transplantovaného orgánu pomocí plazmaferézy	5,43795	-	-
00-K01	00-K01-02	Léčba akutní rejekce transplantovaného orgánu u pacientů s CC=3-4	2,53525	-	-
00-K01	00-K01-03	Léčba akutní rejekce transplantovaného orgánu u pacientů s CC=0-2	1,03821	-	-
00-K02	00-K02-00	Léčba akutní rejekce transplantátu krvetvorných buněk	1,65183	-	-
01-C02	01-C02-01	Trombolýza pomocí rt-PA v komplexním CVSP u pacientů s CC=1-4	2,13791	-	-
01-C02	01-C02-02	Trombolýza pomocí rt-PA v komplexním CVSP u pacientů s CC=0	1,33148	-	-
01-C02	01-C02-03	Trombolýza pomocí rt-PA mimo komplexní CVSP u pacientů s CC=1-4	1,50409	-	-
01-C02	01-C02-04	Trombolýza pomocí rt-PA mimo komplexní CVSP u pacientů s CC=0	1,07702	-	-
01-I06	01-I06-01	Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií u dětí do 18 let věku pro epilepsii	8,92334	-	-
01-I06	01-I06-02	Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií u dětí do 18 let věku pro ostatní onemocnění	5,63362	-	-
01-I06	01-I06-03	Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií u pacientů ve věku 18 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den	6,53233	-	-
01-I06	01-I06-04	Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií u pacientů ve věku 18 a více let pro závažnou hlavní diagnózu a s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=3-4	4,73577	-	-
01-I06	01-I06-05	Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií u pacientů ve věku 18 a více let pro závažnou hlavní diagnózu a s CC=0-2	3,13540	-	-
01-I06	01-I06-06	Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií u pacientů ve věku 18 a více let pro ostatní onemocnění a s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=3-4	3,87735	-	-
01-I06	01-I06-07	Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií u pacientů ve věku 18 a více let pro ostatní onemocnění a s CC=0-2	2,58655	-	-
01-I07	01-I07-01	Chirurgický výkon z návrtu nebo transsfenoidálním přístupem s dalším operačním výkonem v jiný den	5,46583	-	-

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část E - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
01-I07	01-I07-02	Chirurgický výkon z návrtu nebo transsfenoidálním přístupem pro netraumatické krvácení, infekci nebo s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo u pacientů s CC=4	4,09496	-	-
01-I07	01-I07-03	Chirurgický výkon z návrtu nebo transsfenoidálním přístupem pro hydrocefalus nebo vrozené vady nervové soustavy u pacientů s CC=0-3	2,15948	-	-
01-I07	01-I07-04	Chirurgický výkon z návrtu nebo transsfenoidálním přístupem pro ostatní onemocnění u pacientů s CC=0-3	1,91546	-	-
01-I09	01-I09-01	Extrakraniální chirurgický výkon na cévách hlavy v komplexním CVSP u pacientů s CC=1-4	2,21108	-	-
01-I09	01-I09-02	Extrakraniální chirurgický výkon na cévách hlavy v komplexním CVSP u pacientů s CC=0	1,34577	-	-
01-I09	01-I09-03	Extrakraniální chirurgický výkon na cévách hlavy mimo komplexní CVSP	1,30408	-	-
01-I11	01-I11-01	Chirurgický výkon v retrobasilinguální nebo velofaryngeální oblasti pro poruchu spánku	0,89171	-	-
01-I11	01-I11-02	Chirurgický výkon v nosní dutině nebo nosohltanu pro poruchu spánku	0,61064	-	-
01-I12	01-I12-01	Mikrochirurgická sutura nervových pletení	2,20869	-	-
01-I12	01-I12-02	Jiný chirurgický výkon na nervových pleteních	0,97182	-	-
01-I14	01-I14-01	Mikrochirurgická sutura jiných periferních nervů	1,00627	-	-
01-I14	01-I14-02	Jiný chirurgický výkon na jiných periferních nervech	0,92905	-	-
01-M02	01-M02-00	Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro onemocnění nervové soustavy	4,16960	-	-
01-M03	01-M03-01	Angioplastika mozkových cév pro mozkový infarkt, aneurysma nebo disekci	3,79122	-	-
01-M03	01-M03-02	Angioplastika mozkových cév pro ostatní cévní onemocnění mozku	1,98924	-	-
01-R01	01-R01-00	Radiochirurgie pro onemocnění nervové soustavy	0,97501	-	-
02-I01	02-I01-00	Transplantace rohovky včetně chirurgického výkonu na čočce	1,16071	-	-
02-I02	02-I02-01	Transplantace rohovky	1,11959	-	-
02-I02	02-I02-02	Transplantace amniové membrány	1,51084	-	-
02-I03	02-I03-00	Výkon na očnici nebo zrakovém nervu z kraniotomie	2,94407	-	-
02-I04	02-I04-00	Rekonstrukční chirurgický výkon na očnici	0,88482	-	-
02-I05	02-I05-01	Chirurgické ošetření poranění oka ve dvou a více operačních dnech	2,10229	-	-
02-I05	02-I05-02	Chirurgické ošetření poranění oka v rámci jednoho operačního dne	1,22203	-	-

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část E - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
02-I06	02-I06-01	Odstranění sklivce pro zánět	1,25274	-	-
02-I06	02-I06-02	Odstranění sklivce včetně chirurgického výkonu na čočce pro nezánettivé onemocnění	0,96898	-	-
02-I06	02-I06-03	Odstranění sklivce pro odchlípení nebo trhlinu sítnice	0,72940	-	-
02-I06	02-I06-04	Odstranění sklivce pro jiné hlavní diagnózy	0,58080	-	-
02-I07	02-I07-01	Odstranění celého oka nebo části oka z předního segmentu s komplikující hlavní diagnózou	1,43039	-	-
02-I07	02-I07-02	Odstranění celého oka nebo části oka z předního segmentu bez komplikující hlavní diagnózy	0,83919	-	-
02-I08	02-I08-01	Chirurgický výkon pro náhradu čočky u dětí do 18 let	1,20904	-	-
02-I08	02-I08-02	Chirurgický výkon pro náhradu čočky u pacientů ve věku 18 a více let	0,66659	-	-
02-I10	02-I10-01	Rekonstrukční výkon na slzném ústrojí pro zánět	0,74088	-	-
02-I10	02-I10-02	Rekonstrukční výkon na slzném ústrojí pro jiné hlavní diagnózy	0,54063	-	-
02-I11	02-I11-01	Rekonstrukční výkon na okohybném svalu u dětí do 18 let	0,71651	-	-
02-I11	02-I11-02	Rekonstrukční výkon na okohybném svalu u pacientů ve věku 18 a více let	0,49179	-	-
02-R01	02-R01-00	Radiochirurgie oka	0,91585	-	-
02-R02	02-R02-00	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar oka	1,67602	-	-
03-I07	03-I07-01	Roboticky asistovaný resekční výkon v dutině ústní nebo na slinných žlázách s odstraněním krčních mízních uzlin	3,51552	OnkoDosp	0,7
03-I07	03-I07-02	Resekční výkon v dutině ústní nebo na slinných žlázách s odstraněním krčních mízních uzlin a se zavedením gastrostomie, umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=3-4	4,20844	OnkoDosp	0,7
03-I07	03-I07-03	Resekční výkon v dutině ústní s odstraněním krčních mízních uzlin u pacientů s CC=0-2	2,57357	OnkoDosp	0,7
03-I07	03-I07-04	Resekční výkon na slinných žlázách s odstraněním krčních mízních uzlin u pacientů s CC=0-2	1,59485	OnkoDosp	0,7
03-I08	03-I08-01	Roboticky asistované odstranění krčních mízních uzlin pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku	3,51552	-	-
03-I08	03-I08-02	Disekce krčních uzlin pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku	2,30552	-	-
03-I08	03-I08-03	Částečná exstirpace krčních uzlin pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku	0,99243	-	-
03-I09	03-I09-01	Rekonstrukční výkon pro rozštěp rtu nebo patra u dětí do 18 let věku	1,73259	-	-

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

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

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část E - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
		operačním výkonem v jiný den u pacientů ve věku 2 a více let s CC=0-3 nebo u pacientů ve věku 2 a více let s CC=4			
06-I07	06-I07-05	Resekce střeva nebo peritonea pro závažné onemocnění trávicí soustavy u pacientů ve věku 2 a více let s CC=0-3	2,57724	-	-
06-I07	06-I07-06	Resekce střeva nebo peritonea pro méně závažné onemocnění trávicí soustavy u pacientů ve věku 2 a více let s CC=0-3	2,15317	-	-
06-I12	06-I12-01	Chirurgický výkon na žaludku nebo střevu mimo resekce s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	4,40983	-	-
06-I12	06-I12-02	Chirurgický výkon na žaludku nebo střevu mimo resekce pro závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-3	2,04802	-	-
06-I12	06-I12-03	Chirurgický výkon na žaludku nebo střevu mimo resekce pro méně závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-3	1,70662	-	-
06-I13	06-I13-01	Stomický výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	3,48638	-	-
06-I13	06-I13-02	Stomický výkon pro závažné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	1,90556	-	-
06-I13	06-I13-03	Stomický výkon pro méně závažné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	1,37399	-	-
06-I15	06-I15-00	Výkon pro brániční kýlu nebo refluxní chorobu	1,64168	-	-
06-I18	06-I18-01	Odstranění apendixu s dalším operačním výkonem v jiný den	2,67089	-	-
06-I18	06-I18-02	Odstranění apendixu u dětí do 18 let věku nebo pacientů ve věku 65 a více let pro rozsáhlý zánět nebo s CC=2-4	2,30670	-	-
06-I18	06-I18-03	Odstranění apendixu u pacientů ve věku 18-64 let pro rozsáhlý zánět nebo s CC=2-4	1,15230	-	-
06-I18	06-I18-04	Odstranění apendixu pro méně rozsáhlý zánět nebo jiné onemocnění u dětí do 18 let nebo pacientů ve věku 65 a více let s CC=0-1	1,09231	-	-
06-I18	06-I18-05	Odstranění apendixu pro méně rozsáhlý zánět nebo jiné onemocnění u pacientů ve věku 18-64 let s CC=0-1	0,73206	-	-
06-I19	06-I19-00	Uvolňování srůstů pobřišnice nebo střeva	1,17406	-	-
06-I20	06-I20-01	Jiný chirurgický výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=2-4	2,46660	-	-
06-I20	06-I20-02	Jiný chirurgický výkon pro onemocnění trávicí soustavy mimo akutní bolest břicha a jiné symptomy u pacientů s CC=0-1	1,31199	-	-
06-I20	06-I20-03	Jiný chirurgický výkon pro akutní bolest břicha nebo jiné symptomy týkající se trávicí soustavy u pacientů s CC=0-1	0,45749	-	-

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

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

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část E - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
08-I08	08-I08-02	Implantace reverzní totální endoprotézy ramene	2,38760	-	-
08-I08	08-I08-03	Implantace anatomické totální endoprotézy ramene	2,62438	-	-
08-I08	08-I08-04	Implantace cervikokapitální endoprotézy ramene	1,96239	-	-
08-I10	08-I10-01	Implantace endoprotézy zápěstí	0,85622	-	-
08-I10	08-I10-02	Implantace ne-silikonové endoprotézy prstu	0,93172	-	-
08-I10	08-I10-03	Implantace silikonové endoprotézy prstu	0,80631	-	-
08-I11	08-I11-01	Replantace končetiny nebo její části mimo prsty	4,61450	-	-
08-I11	08-I11-02	Replantace dvou a více prstů	2,78366	-	-
08-I11	08-I11-03	Replantace jednoho prstu	2,08349	-	-
08-I13	08-I13-01	Operace poranění pánve v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=3-4	4,17003	-	-
08-I13	08-I13-02	Operace poranění pánve v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s CC=1-2 nebo ve věku 75 a více let	2,23518	-	-
08-I13	08-I13-03	Operace poranění pánve v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,81194	-	-
08-I13	08-I13-04	Operace poranění stehenní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=3-4	3,05947	-	-
08-I13	08-I13-05	Operace poranění stehenní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s CC=1-2 nebo ve věku 75 a více let	1,71675	-	-
08-I13	08-I13-06	Operace poranění stehenní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,44944	-	-
08-I13	08-I13-07	Operace poranění pánve a stehenní kosti mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=3-4	2,52695	-	-
08-I13	08-I13-08	Operace poranění pánve a stehenní kosti mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s CC=1-2 nebo ve věku 75 a více let	1,54365	-	-
08-I13	08-I13-09	Operace poranění pánve a stehenní kosti mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,25558	-	-
08-I14	08-I14-01	Operace poranění kostí bérce v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=1-4	2,83988	-	-
08-I14	08-I14-02	Operace poranění kostí bérce v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let pro zlomeninu proximálního/distálního segmentu nebo u pacientů ve věku 75 a více let	1,21629	-	-
08-I14	08-I14-03	Operace poranění jiných segmentů kostí bérce v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,18459	-	-

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část E - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
08-I14	08-I14-04	Operace poranění česky v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,93087	-	-
08-I14	08-I14-05	Operace poranění kostí bérce mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=1-4	2,79391	-	-
08-I14	08-I14-06	Operace poranění kostí bérce mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let proximálního/distálního segmentu nebo u pacientů ve věku 75 a více let	1,19054	-	-
08-I14	08-I14-07	Operace poranění jiných segmentů kostí bérce mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,12215	-	-
08-I14	08-I14-08	Operace poranění česky mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,76153	-	-
08-I15	08-I15-01	Operace poranění kostí hlezna a zánártí v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=1-4	2,13907	-	-
08-I15	08-I15-02	Operace poranění kostí hlezna a zánártí v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let pro zlomeninu patní kosti nebo u pacientů ve věku 75 a více let	1,14477	-	-
08-I15	08-I15-03	Operace poranění jiných kostí hlezna a zánártí v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	0,80082	-	-
08-I15	08-I15-04	Operace poranění kostí hlezna a zánártí mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=1-4	1,62056	-	-
08-I15	08-I15-05	Operace poranění kostí hlezna a zánártí mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let pro zlomeninu patní kosti nebo u pacientů ve věku 75 a více let	1,07907	-	-
08-I15	08-I15-06	Operace poranění jiných kostí hlezna a zánártí mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	0,80515	-	-
08-I16	08-I16-01	Operace poranění pažní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=1-4	2,17815	-	-
08-I16	08-I16-02	Operace poranění pažní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let pro zlomeninu distálního segmentu nebo u pacientů ve věku 75 a více let	1,35060	-	-
08-I16	08-I16-03	Operace poranění jiných segmentů pažní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,06036	-	-
08-I16	08-I16-04	Operace poranění pletence ramenního mimo pažní kost v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,71699	-	-
08-I16	08-I16-05	Operace poranění pažní kosti mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=1-4	1,59319	-	-

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část E - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
08-I16	08-I16-06	Operace poranění pažní kosti mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let pro zlomeninu distálního segmentu nebo u pacientů ve věku 75 a více let	1,20592	-	-
08-I16	08-I16-07	Operace poranění jiných segmentů pažní kosti mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	0,93111	-	-
08-I16	08-I16-08	Operace poranění pletence ramenního mimo pažní kost mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,63637	-	-
08-I18	08-I18-01	Násobná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,85913	-	-
08-I18	08-I18-02	Izolovaná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,51856	-	-
08-I18	08-I18-03	Násobná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,60127	-	-
08-I18	08-I18-04	Izolovaná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,47381	-	-
08-I19	08-I19-01	Operace poranění vazivového aparátu kolene v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,74651	-	-
08-I19	08-I19-02	Násobná operace poranění vazů, šlach a svalů ruky a zápěstí v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,78639	-	-
08-I19	08-I19-03	Izolovaná operace poranění ostatních vazů, šlach a svalů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,46747	-	-
08-I19	08-I19-04	Operace poranění vazivového aparátu kolene mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,69247	-	-
08-I19	08-I19-05	Násobná operace poranění vazů, šlach a svalů ruky a zápěstí mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,58186	-	-
08-I19	08-I19-06	Izolovaná operace poranění ostatních vazů, šlach a svalů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,46072	-	-
08-I20	08-I20-01	Operace poranění pánve a stehna v CVSP u dětí do 16 let	1,72953	-	-
08-I20	08-I20-02	Operace poranění bérce, hlezna a zánártí v CVSP u dětí do 16 let	0,92521	-	-
08-I20	08-I20-03	Operace poranění horní končetiny, nártu a prstů v CVSP u dětí do 16 let	0,55424	-	-
08-I20	08-I20-04	Operace poranění pánve, stehna, bérce, hlezna a zánártí mimo CVSP u dětí do 16 let	0,83494	-	-
08-I20	08-I20-05	Operace poranění horní končetiny, nártu a prstů mimo CVSP u dětí do 16 let	0,58963	-	-
08-I21	08-I21-01	Operace pánve a stehenní kosti mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu	2,36412	-	-

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

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

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

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

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

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

Část F

Homogenní hrazené služby klasifikované doází, které byly v referenčním období hrazeny úhradou vyčleněnou z paušální úhrady a v hodnoceném období jsou hrazeny případovým paušálem

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část F - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
05-I01	05-I01-01	Zavedení dlouhodobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 241 a více hodin (11 a více dní)	75,78478	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	0,9
05-I01	05-I01-02	Zavedení dlouhodobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní)	65,39905	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	0,9
05-I01	05-I01-03	Zavedení dlouhodobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 0-96 hodin (bez UPV nebo max. 4 dny)	53,57386	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	0,9
05-I02	05-I02-01	Zavedení krátkodobé až střednědobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 241 a více hodin (11 a více dní)	36,24071	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	0,9
05-I02	05-I02-02	Zavedení krátkodobé až střednědobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní)	25,39530	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	0,9
05-I02	05-I02-03	Zavedení krátkodobé až střednědobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 0-96 hodin (bez UPV nebo max. 4 dny)	12,58244	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	0,9
05-I03	05-I03-01	Zavedení jiné mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 241 a více hodin (11 a více dní)	23,49935	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	0,9
05-I03	05-I03-02	Zavedení jiné mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní)	14,95882	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	0,9
05-I03	05-I03-03	Dva operační výkony na srdci nebo aortě v různých dnech se zavedením jiné mechanické srdeční podpory	13,86309	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	0,9
05-I03	05-I03-04	Zavedení jiné mechanické srdeční podpory s nejvýše jedním operačním dnem na srdci nebo aortě	6,26481	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	0,9
05-I14	05-I14-01	Implantace kardioverteru-defibrilátoru s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	7,49177	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	0,9
05-I14	05-I14-02	Implantace kardioverteru-defibrilátoru se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	4,58975	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T, KardioDosp, KardioDěti	0,9

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

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

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

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část F - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
14-I05	14-I05-00	Chirurgický výkon v dutině břišní mimo dělohu a děložní adnexa v těhotenství, po porodu nebo po potratu	0,65294	-	-
14-I08	14-I08-01	Malý operační výkon v těhotenství, po porodu nebo po potratu se závažnou diagnózou	0,53757	-	-
14-I08	14-I08-02	Umělé přerušení těhotenství v II. trimestru nebo selektivní fetocida plodu při vícečetném těhotenství	0,31638	-	-
14-I08	14-I08-03	Jiný malý operační výkon v těhotenství, po porodu nebo po potratu bez závažné diagnózy	0,24684	-	-
14-M01	14-M01-01	Vaginální porod v CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci	0,92114	-	-
14-M01	14-M01-02	Vaginální porod v CVSP při mnohočetném těhotenství nebo s revizí po porodu	0,80913	-	-
14-M01	14-M01-03	Vaginální porod mimo CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci	0,89986	-	-
14-M01	14-M01-04	Vaginální porod mimo CVSP při mnohočetném těhotenství nebo s revizí po porodu	0,82428	-	-
14-M01	14-M01-05	Vaginální porod jediného dítěte bez závažné diagnózy	0,59690	-	-
15-I01	15-I01-00	Extrakorporální membránová oxygenace novorozence	24,22556	-	-
15-K02	15-K02-01	Časně úmrtí do 2 dnů u novorozence s hmotností do 1500 g	0,23272	-	-
15-K02	15-K02-02	Novorozenci s hmotností do 1500 g a velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 30. týdne	4,78180	-	-
15-K02	15-K02-03	Novorozenci s hmotností do 1500 g bez velmi závažné diagnózy a s gestačním stářím od 31. týdne	3,20371	-	-
15-K03	15-K03-01	Novorozenci s hmotností 1500-1999 g a velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 33. týdne	2,93088	-	-
15-K03	15-K03-02	Novorozenci s hmotností 1500-1999 g a závažnou diagnózou nebo gestačním stářím od 34. do 36. týdne	1,88912	-	-
15-K03	15-K03-03	Novorozenci s hmotností 1500-1999 g bez závažné diagnózy a s gestačním stářím od 37. týdne	1,25552	-	-
15-K04	15-K04-01	Novorozenci s hmotností 2000-2499 g narození v daném zdravotnickém zařízení v CVSP a s velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 33. týdne	2,18868	-	-
15-K04	15-K04-02	Novorozenci s hmotností 2000-2499 g narození v daném zdravotnickém zařízení v CVSP a se závažnou diagnózou nebo gestačním stářím od 34. do 36. týdne	0,99210	-	-

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část F - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
15-K04	15-K04-03	Novorozenci s hmotností 2000-2499 g narození v daném zdravotnickém zařízení mimo CVSP a se závažnou nebo velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 36. týdne	0,72653	-	-
15-K04	15-K04-04	Novorozenci s hmotností 2000-2499 g narození v daném zdravotnickém zařízení bez závažné diagnózy a s gestačním stářím od 37. týdne	0,45528	-	-
15-K05	15-K05-01	Novorozenci s hmotností 2500 a více g narození v daném zdravotnickém zařízení v CVSP a s velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 33. týdne	1,21119	-	-
15-K05	15-K05-02	Novorozenci s hmotností 2500 a více g narození v daném zdravotnickém zařízení v CVSP a se závažnou diagnózou nebo gestačním stářím od 34. do 36. týdne	0,58848	-	-
15-K05	15-K05-03	Novorozenci s hmotností 2500 a více g narození v daném zdravotnickém zařízení mimo CVSP a se závažnou nebo velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 36. týdne	0,41056	-	-
15-K05	15-K05-04	Novorozenci s hmotností 2500 a více g narození v daném zdravotnickém zařízení bez závažné diagnózy a s gestačním stářím od 37. týdne	0,31887	-	-
15-K06	15-K06-01	Novorozenci s hmotností 2000 a více g nenarození v daném zdravotnickém zařízení v CVSP a s velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 33. týdne	1,72094	-	-
15-K06	15-K06-02	Novorozenci s hmotností 2000-2499 g nenarození v daném zdravotnickém zařízení v CVSP a se závažnou diagnózou nebo gestačním stářím od 34. do 36. týdne	1,22013	-	-
15-K06	15-K06-03	Novorozenci s hmotností 2500 a více g nenarození v daném zdravotnickém zařízení v CVSP a se závažnou diagnózou nebo gestačním stářím od 34. do 36. týdne	0,90823	-	-
15-K06	15-K06-04	Novorozenci s hmotností 2000 a více g nenarození v daném zdravotnickém zařízení v CVSP bez závažné diagnózy a s gestačním stářím od 37. týdne	0,55434	-	-
15-K06	15-K06-05	Novorozenci s hmotností 2000 a více g nenarození v daném zdravotnickém zařízení mimo CVSP	0,53239	-	-

Část G

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

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

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část G - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
		hematoonkologickém u pacientů ve věku 18 a více let			
00-M10	00-M10-01	Odběr krvetočných buněk pro autologní transplantaci při hematoonkologickém onemocnění u pacientů s CC=3-4	1,61908	HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti	0,5
00-M10	00-M10-02	Odběr krvetočných buněk pro autologní transplantaci při hematoonkologickém onemocnění u pacientů s CC=0-2	1,25098	HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti	0,5
00-M11	00-M11-01	Odběr krvetočných buněk pro autologní transplantaci při jiném onemocnění než hematoonkologickém u pacientů s CC=3-4	1,62302	HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti	0,5
00-M11	00-M11-02	Odběr krvetočných buněk pro autologní transplantaci při jiném onemocnění než hematoonkologickém u pacientů s CC=0-2	0,73450	HematoOnkoDosp, HematoOnkoDěti	0,5
01-I01	01-I01-01	Implantace neurostimulátoru i elektrod pro hlubokou mozkovou stimulaci pro onemocnění nervové soustavy	13,95435	Cerebro, FarmEpilepsie, Iktus	0,5
01-I01	01-I01-02	Implantace neurostimulátoru nebo elektrod pro hlubokou mozkovou stimulaci pro onemocnění nervové soustavy	8,82835	Cerebro, FarmEpilepsie, Iktus	0,5
01-I02	01-I02-00	Implantace zařízení pro kortikální mozkovou stimulaci	6,60832	Cerebro, Iktus	0,5
01-I03	01-I03-01	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění nervové soustavy - zkušební i definitivní období	7,46036	Cerebro, Iktus	0,5
01-I03	01-I03-02	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění nervové soustavy - pouze definitivní období	5,80496	Cerebro, Iktus	0,5
01-I03	01-I03-03	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění nervové soustavy - pouze zkušební období	1,71531	Cerebro, Iktus	0,5
01-I04	01-I04-00	Implantace elektronické lékové pumpy pro onemocnění nervové soustavy	6,98133	Cerebro, RS, Iktus	0,5
01-I05	01-I05-00	Implantace zařízení pro stimulaci bloudivého nervu	4,96898	Cerebro, FarmEpilepsie, Iktus	0,5
01-I08	01-I08-01	Kraniofaciální operace pro vrozené vady	6,43050	Cerebro, Iktus	0,5
01-I08	01-I08-02	Chirurgický výkon na úrovni lebky a tvrdé pleny s dalším operačním výkonem v jiný den nebo s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo u pacientů s CC=3-4	3,28960	Cerebro, Iktus	0,5
01-I08	01-I08-03	Chirurgický výkon na úrovni lebky a tvrdé pleny u dětí do 18 let věku	2,74174	Cerebro, Iktus	0,5
01-I08	01-I08-04	Chirurgický výkon na úrovni lebky a tvrdé pleny u pacientů ve věku 18 a více let	1,31178	Cerebro, Iktus	0,5
01-I10	01-I10-00	Odstranění brzlíku pro onemocnění nervosvalového přenosu	1,56065	PneumoOnko	0,75
01-M01	01-M01-01	Embolizace s angioplastikou pro onemocnění nervové soustavy	6,14663	Cerebro, Iktus	0,5
01-M01	01-M01-02	Embolizace pro krvácení do mozku	6,23199	Cerebro, Iktus	0,5

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

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

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část G - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
05-I07	05-I07-01	Chirurgický výkon na kořeni aorty s dalším provedeným výkonem v jiný den nebo provedený jako urgentní výkon nebo s endokarditidou na pozici hlavní nebo vedlejší diagnózy nebo u pacientů s CC=4	9,70929	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,5
05-I07	05-I07-02	Chirurgický výkon na kořeni aorty se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	8,59485	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,5
05-I07	05-I07-03	Chirurgický výkon na kořeni aorty u pacientů s CC=0-3	6,72127	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,5
05-I08	05-I08-01	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce aorty mimo břišní s dalším operačním výkonem v jiný den nebo provedená jako urgentní výkon nebo u pacientů s CC=4	9,29174	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,5
05-I08	05-I08-02	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce aorty mimo břišní u pacientů s CC=0-3	6,76181	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,5
05-I09	05-I09-00	Chirurgický výkon na plicním řečišti	6,77259	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,5
05-I10	05-I10-01	Roboticky asistovaná náhrada mitrální nebo trikuspidální chlopně	6,22849	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,5
05-I10	05-I10-02	Náhrada mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopně s dalším provedeným výkonem v jiný den nebo provedená jako urgentní výkon nebo s endokarditidou na pozici hlavní či vedlejší diagnózy nebo u pacientů s CC=4	9,87347	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,5
05-I10	05-I10-03	Náhrada mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopně se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	7,51058	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,5
05-I10	05-I10-04	Náhrada mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopně u pacientů s CC=0-3	6,59183	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,5
05-I11	05-I11-01	Roboticky asistovaná plastika mitrální nebo trikuspidální chlopně	6,23417	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,5
05-I11	05-I11-02	Plastika nebo jiný výkon na mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopni s dalším provedeným výkonem v jiný den nebo provedená jako urgentní výkon nebo s endokarditidou na pozici hlavní nebo vedlejší diagnózy nebo u pacientů s CC=4	8,05602	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,5
05-I11	05-I11-03	Plastika nebo jiný výkon na mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopni se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	7,11132	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,5
05-I11	05-I11-04	Plastika nebo jiný výkon na mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopni u pacientů s CC=0-3	5,94525	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,5
05-I12	05-I12-01	Náhrada nebo plastika aortální chlopně s dalším provedeným výkonem v jiný den nebo provedená jako urgentní výkon nebo s endokarditidou na pozici hlavní nebo vedlejší diagnózy nebo u pacientů s CC=4	8,46860	KompKardioDosp, KompKardioDosp_T	0,5

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

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

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

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část G - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
08-I01	08-I01-01	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění páteře a míchy - zkušební i definitivní období	7,52685	-	-
08-I01	08-I01-02	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění páteře a míchy - pouze definitivní období	6,06823	-	-
08-I01	08-I01-03	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění páteře a míchy - pouze zkušební období	1,71483	-	-
08-I02	08-I02-00	Implantace elektronické lékové pumpy pro onemocnění páteře a míchy nebo syndrom ochrnutí	6,98133	-	-
08-I03	08-I03-01	Operace páteře s instrumentací 9 a více segmentů	7,81189	SpondyloChir	0,5
08-I03	08-I03-02	Operace páteře s instrumentací 5 až 8 segmentů	4,99895	SpondyloChir	0,5
08-I03	08-I03-03	Operace páteře s instrumentací 3 až 4 segmentů pro novotvar nebo poranění mimo krční páteř	3,67391	SpondyloChir	0,5
08-I03	08-I03-04	Operace páteře s instrumentací 3 až 4 segmentů pro jiná onemocnění mimo krční páteř	3,38828	SpondyloChir	0,75
08-I03	08-I03-05	Operace páteře s instrumentací nejvýše 2 segmentů pro novotvar nebo poranění mimo krční páteř	2,54831	SpondyloChir	0,75
08-I03	08-I03-06	Operace páteře s instrumentací nejvýše 2 segmentů pro jiná onemocnění mimo krční páteř	2,74629	-	-
08-I03	08-I03-07	Operace páteře s instrumentací pro poranění krční páteře	2,37776	-	-
08-I03	08-I03-08	Operace páteře s instrumentací pro jiná onemocnění krční páteře	1,76768	-	-
08-I04	08-I04-01	Operace páteře bez instrumentace pro poranění nebo novotvar	2,43182	-	-
08-I04	08-I04-02	Operace páteře bez instrumentace pro jiná onemocnění u dětí do 16 let nebo u pacientů ve věku 60 a více let	1,51235	-	-
08-I04	08-I04-03	Operace páteře bez instrumentace pro jiná onemocnění u pacientů ve věku 16-59 let	1,20310	-	-
08-I07	08-I07-01	Implantace tumorózní endoprotézy nebo reimplantace/revize/odstranění endoprotézy hlezna	1,38390	-	-
08-I07	08-I07-02	Implantace totální endoprotézy hlezna	1,38390	-	-
08-I09	08-I09-01	Implantace tumorózní endoprotézy nebo reimplantace/revize/odstranění endoprotézy lokte	2,18050	-	-
08-I09	08-I09-02	Implantace totální endoprotézy lokte	2,18050	-	-
08-I09	08-I09-03	Implantace endoprotézy hlavičky radia	1,22972	-	-
08-I27	08-I27-01	Krytí defektu volným přenosem dvou a více laloků nebo kostí pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání nebo krytí defektu volným	5,06288	OnkoDosp	0,5

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část G - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
		přenosem jednoho laloku nebo kosti u pacientů s CC=2-4			
08-I27	08-I27-02	Krytí defektu volným přenosem jednoho laloku či kosti pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=0-1	3,51921	OnkoDosp	0,5
09-I01	09-I01-01	Krytí defektu volným přenosem dvou a více laloků nebo kostí pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu nebo krytí defektu volným přenosem jednoho laloku nebo kosti u pacientů s CC=2-4	4,71292	OnkoDosp	0,5
09-I01	09-I01-02	Krytí defektu volným přenosem jednoho laloku nebo kosti pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0-1	3,38131	OnkoDosp	0,5
09-I03	09-I03-00	Kranioplastika	2,16802	OnkoDosp, TraumaDosp, TraumaDěti	0,5
09-I06	09-I06-01	Resekce prsu včetně odstranění mizních uzlin a rekonstrukce implantátem obou prsů	2,21020	-	-
09-I06	09-I06-02	Resekce prsu včetně odstranění mizních uzlin a rekonstrukce implantátem jednoho prsu	1,72733	-	-
09-I06	09-I06-03	Resekce obou prsů včetně odstranění mizních uzlin nebo resekce jednoho prsu včetně odstranění mizních uzlin u pacientů s CC=1-4 v CVSP	1,36016	-	-
09-I06	09-I06-04	Resekce jednoho prsu včetně odstranění mizních uzlin v CVSP u pacientů s CC=0	0,87731	-	-
09-I06	09-I06-05	Resekce prsu včetně odstranění mizních uzlin mimo CVSP	0,94498	-	-
09-I07	09-I07-01	Resekce prsu včetně rekonstrukce implantátem obou prsů	1,46091	OnkoDosp	0,75
09-I07	09-I07-02	Resekce prsu včetně rekonstrukce implantátem jednoho prsu	1,11287	OnkoDosp	0,75
09-I08	09-I08-01	Rekonstrukce obou prsů implantátem	1,21989	OnkoDosp	0,75
09-I08	09-I08-02	Rekonstrukce jednoho prsu implantátem nebo rekonstrukce obou prsů místní tkání	1,02115	OnkoDosp	0,75
09-I08	09-I08-03	Rekonstrukce jednoho prsu místní tkání	0,88096	OnkoDosp	0,75
09-I09	09-I09-01	Resekce obou prsů pro zhoubný novotvar nebo resekce jednoho prsu pro zhoubný novotvar u pacientů s CC=1-4 v CVSP	0,99212	-	-
09-I09	09-I09-02	Resekce jednoho prsu pro zhoubný novotvar v CVSP u pacientů s CC=0	0,68640	-	-
09-I09	09-I09-03	Resekce prsu pro zhoubný novotvar mimo CVSP	0,70944	-	-
09-I09	09-I09-04	Resekce obou prsů pro ostatní onemocnění nebo resekce jednoho prsu pro ostatní onemocnění u pacientů s CC=1-4	0,82903	-	-
09-I09	09-I09-05	Resekce jednoho prsu pro ostatní onemocnění u pacientů s CC=0	0,45722	-	-

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

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

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část G - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
13-I04	13-I04-03	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=1-2	2,68422	OnkoGyn	0,5
13-I04	13-I04-04	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=0	1,95182	OnkoGyn	0,5
13-I05	13-I05-01	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně výkonu na mizních uzlinách pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4	4,25937	OnkoGyn	0,5
13-I05	13-I05-02	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně výkonu na mizních uzlinách pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního u pacientek s CC=0-2	1,68766	OnkoGyn	0,5
13-I05	13-I05-03	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně výkonu na mizních uzlinách pro zhoubný novotvar hrdla děložního u pacientek s CC=0-2	1,76484	OnkoGyn	0,5
13-I06	13-I06-01	Radikální odstranění vulvy nebo pochvy pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4	3,56983	OnkoGyn	0,5
13-I06	13-I06-02	Radikální odstranění vulvy nebo pochvy pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=0-2	1,59501	OnkoGyn	0,5
13-I07	13-I07-01	Odstranění mizních uzlin pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního	2,29802	OnkoGyn	0,5
13-I07	13-I07-02	Odstranění mizních uzlin pro zhoubný novotvar hrdla děložního	1,63130	OnkoGyn	0,5
13-I07	13-I07-03	Odstranění mizních uzlin pro zhoubný novotvar pochvy nebo vulvy	1,29805	OnkoGyn	0,5
13-I08	13-I08-01	Neradikální výkon pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního	1,69701	OnkoGyn	0,5
13-I08	13-I08-02	Neradikální výkon pro zhoubný novotvar hrdla děložního nebo pochvy	1,30545	OnkoGyn	0,5
13-I08	13-I08-03	Neradikální výkon pro novotvar in situ ženské reprodukční soustavy	1,06066	OnkoGyn	0,5
14-I06	14-I06-01	Intrauterinní výkon na plodu při mnohočetném těhotenství	1,09948	IntenzivníPerinat	0,5
14-I06	14-I06-02	Intrauterinní výkon na plodu při těhotenství jednoho dítěte	0,67809	IntenzivníPerinat	0,5
15-I02	15-I02-01	Chirurgický výkon na oběhové soustavě, dýchací soustavě nebo na jícnu u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 1009 a více hodin (43 a více dní)	33,28945	IntenzivníPerinat	0,5
15-I02	15-I02-02	Chirurgický výkon na oběhové soustavě, dýchací soustavě nebo na jícnu u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 505-1008 hodin (22-42 dní)	22,64291	IntenzivníPerinat	0,5
15-I02	15-I02-03	Chirurgický výkon na oběhové soustavě, dýchací soustavě nebo na jícnu u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 241-504 hodin (11-21 dní)	13,72755	IntenzivníPerinat	0,5

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část G - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
15-I02	15-I02-04	Chirurgický výkon na oběhové soustavě, dýchací soustavě nebo na jícnu u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní)	10,72649	IntenzivníPerinat	0,5
15-I02	15-I02-05	Chirurgický výkon na oběhové soustavě, dýchací soustavě nebo na jícnu u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 0-96 hodin (0-4 dny)	5,84208	IntenzivníPerinat	0,5
15-I03	15-I03-01	Chirurgický výkon na centrální nervové soustavě nebo lebce u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 1009 a více hodin (43 a více dní)	33,28945	IntenzivníPerinat	0,5
15-I03	15-I03-02	Chirurgický výkon na centrální nervové soustavě nebo lebce u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 505-1008 hodin (22-42 dní)	22,64291	IntenzivníPerinat	0,5
15-I03	15-I03-03	Chirurgický výkon na centrální nervové soustavě nebo lebce u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 241-504 hodin (11-21 dní)	13,72755	IntenzivníPerinat	0,5
15-I03	15-I03-04	Chirurgický výkon na centrální nervové soustavě nebo lebce u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní)	10,48403	IntenzivníPerinat	0,5
15-I03	15-I03-05	Chirurgický výkon na centrální nervové soustavě nebo lebce u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 0-96 hodin (0-4 dny)	5,29429	IntenzivníPerinat	0,5
15-I04	15-I04-01	Chirurgický výkon na trávicí nebo hepatobiliární soustavě u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 1009 a více hodin (43 a více dní)	33,28945	IntenzivníPerinat	0,5
15-I04	15-I04-02	Chirurgický výkon na trávicí nebo hepatobiliární soustavě u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 505-1008 hodin (22-42 dní)	22,64291	IntenzivníPerinat	0,5
15-I04	15-I04-03	Chirurgický výkon na trávicí nebo hepatobiliární soustavě u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 241-504 hodin (11-21 dní)	13,72755	IntenzivníPerinat	0,5
15-I04	15-I04-04	Chirurgický výkon na trávicí nebo hepatobiliární soustavě u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní)	10,26637	IntenzivníPerinat	0,5
15-I04	15-I04-05	Chirurgický výkon na trávicí nebo hepatobiliární soustavě mimo kýlu u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 0-96 hodin (0-4 dny)	4,02518	IntenzivníPerinat	0,5
15-I04	15-I04-06	Chirurgický výkon pro kýlu mimo brániční u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 0-96 hodin (0-4 dny)	0,61487	IntenzivníPerinat	0,5
15-I05	15-I05-00	Chirurgický výkon na vylučovací soustavě u novorozence	4,01710	IntenzivníPerinat	0,5
15-I06	15-I06-00	Chirurgický výkon na pohlavních orgánech u novorozence	1,29309	IntenzivníPerinat	0,5

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část G - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
15-I07	15-I07-00	Chirurgický výkon pro rozštěp rtu nebo vrozenou vadu nosu u novorozence	1,76963	IntenzivníPerinat	0,5
15-M01	15-M01-01	Umělá plicní ventilace novorozence v délce 1009 a více hodin (43 a více dní)	27,03777	IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat	0,5
15-M01	15-M01-02	Umělá plicní ventilace novorozence v délce 505-1008 hodin (22-42 dní)	15,75392	IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat	0,5
15-M01	15-M01-03	Umělá plicní ventilace novorozence v délce 241-504 hodin (11-21 dní)	8,94923	IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat	0,5
15-M01	15-M01-04	Umělá plicní ventilace v délce 97-240 hodin (5-10 dní) u novorozence s gestačním stářím do 33. týdne	6,43164	IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat	0,5
15-M01	15-M01-05	Umělá plicní ventilace v délce 97-240 hodin (5-10 dní) u novorozence s gestačním stářím od 34. týdne	4,70776	IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat	0,5
15-M01	15-M01-06	Umělá plicní ventilace v délce 25-96 hodin (2-4 dny) u novorozence s gestačním stářím do 33. týdne	4,53593	IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat	0,5
15-M01	15-M01-07	Umělá plicní ventilace v délce 25-96 hodin (2-4 dny) u novorozence s gestačním stářím od 34. týdne	2,44227	IntenzivníPerinat, IntermediárníPerinat	0,5
17-I01	17-I01-00	Rozsáhlý resekcí výkon v dutině břišní nebo pánevní pro onemocnění krevetvorby nebo špatně diferencované novotvary	6,33212	OnkoDosp	0,7
17-I02	17-I02-00	Kraniotomie pro onemocnění krevetvorby nebo špatně diferencované novotvary	3,28990	OnkoDosp	0,7
17-I03	17-I03-00	Instrumentace nebo resekcí výkon na páteři	5,49857	OnkoDosp	0,7
17-I04	17-I04-01	Resekcí výkon na trávicí soustavě, játrech nebo odstranění omenta s následným operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	6,06426	OnkoDosp	0,7
17-I04	17-I04-02	Resekcí výkon na trávicí soustavě, játrech nebo odstranění omenta u pacientů s CC=0-3	2,89090	OnkoDosp	0,7
17-I05	17-I05-01	Roboticky asistovaný rozsáhlý resekcí výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách	3,51552	OnkoDosp	0,7
17-I05	17-I05-02	Rozsáhlý resekcí výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách	4,07912	OnkoDosp	0,7
17-I06	17-I06-01	Resekcí výkon v retroperitoneu, pánvi, dutině hrudní nebo odstranění sleziny s následným operačním výkonem v jiný den nebo u dětí do 18 let věku nebo u pacientů s CC=4	4,44742	OnkoDosp	0,7
17-I06	17-I06-02	Resekcí výkon v retroperitoneu, pánvi, dutině hrudní nebo odstranění sleziny u pacientů s CC=0-3	1,95569	OnkoDosp	0,7
17-I07	17-I07-01	Resekcí výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách u pacientů s CC=3-4	4,00181	OnkoDosp	0,7
17-I07	17-I07-02	Resekcí výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách u pacientů s CC=0-2	1,91014	OnkoDosp	0,7

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

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

Část H

Hrazené služby klasifikované do bází, které byly v referenčním období hrazeny případovým paušálem duševního zdraví a v hodnoceném období jsou rovněž hrazeny případovým paušálem duševního zdraví

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část H - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
19-K01	19-K01-01	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro duševní onemocnění u pacientů věku 18 a více let a s CC=2-4	0,85791
19-K01	19-K01-02	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro vybrané hlavní diagnózy u pacientů věku 18 a více let a s CC=0-1	0,58606
19-K01	19-K01-03	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro ostatní hlavní diagnózy u pacientů věku 18 a více let a s CC=0-1	0,28608
19-K02	19-K02-01	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy	1,08978
19-K02	19-K02-02	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro vybrané hlavní diagnózy u dětí do 18 let věku	0,54333
19-K02	19-K02-03	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro ostatní hlavní diagnózy u dětí do 18 let věku	0,46811
19-K03	19-K03-01	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy	1,89433
19-K03	19-K03-02	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4	0,91265
19-K03	19-K03-03	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	0,59140
19-K04	19-K04-01	Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy	1,96141
19-K04	19-K04-02	Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4	1,05524
19-K04	19-K04-03	Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	0,98581
19-K05	19-K05-01	Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy	1,96141
19-K05	19-K05-02	Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4	1,82699
19-K05	19-K05-03	Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	1,38564
19-K06	19-K06-01	Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy	2,49819
19-K06	19-K06-02	Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4	2,04105
19-K06	19-K06-03	Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	1,75989
19-K07	19-K07-01	Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy	2,78053
19-K07	19-K07-02	Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4	2,58215
19-K07	19-K07-03	Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	2,14247
19-K08	19-K08-01	Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů u dětí do 18 let věku s poruchami příjmu potravy	5,08037
19-K08	19-K08-02	Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4	3,58105
19-K08	19-K08-03	Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	2,97563
19-M01	19-M01-00	Krátkodobá neinvazivní neurostimulační terapie pro duševní onemocnění	0,13173

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina kód	Část H - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha
20-K01	20-K01-01	Předčasné ukončení hospitalizace proti doporučení lékaře pro nadužívání psychoaktivních látek	0,15684
20-K01	20-K01-02	Akutní intoxikace psychoaktivními látkami u pacientů s CC=2-4	0,71201
20-K01	20-K01-03	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro delirium způsobené psychoaktivními látkami	0,61570
20-K01	20-K01-04	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika u dětí do 18 let věku pro duševní poruchy a poruchy chování způsobené psychoaktivními látkami nebo pro akutní intoxikaci léky nebo drogami u pacientů s CC=0-1	0,45695
20-K01	20-K01-05	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika u pacientů ve věku 18 a více let pro duševní poruchy a poruchy chování způsobené psychoaktivními látkami nebo pro akutní intoxikaci léky nebo drogami u pacientů s CC=0-1	0,34221
20-K01	20-K01-06	Akutní intoxikace alkoholem u dětí do 18 let věku s CC=0-1	0,33479
20-K01	20-K01-07	Akutní intoxikace alkoholem u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	0,21833
20-K02	20-K02-00	Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	0,34478
20-K03	20-K03-00	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	0,63326
20-K04	20-K04-00	Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	1,05999
20-K05	20-K05-00	Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	1,44312
20-K06	20-K06-00	Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	1,82492
20-K07	20-K07-00	Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	2,42111
20-K08	20-K08-00	Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	4,27943
20-M01	20-M01-00	Eliminační metody krve při akutní intoxikaci psychoaktivními látkami	1,69549

Příloha č. 11

Výše úhrad hrazených služeb podle § 9

A) Agregovaná úhrada za registrovaného pojištěnce

1. Výše agregované úhrady za jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny poskytovateli ambulantních stomatologických služeb na kalendářní měsíc činí:
 - a) 23 Kč v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží, že registrující lékař pojištěnce je držitelem platného dokladu celoživotního vzdělávání zubních lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel do 1 měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,
 - b) 21 Kč v ostatních případech.
2. Výše agregované úhrady za jednoho registrovaného pojištěnce podle bodu 1 se navyšuje o 3 Kč za pojištěnce do dne dosažení 6 let věku, o 2 Kč za pojištěnce ve věku od 6 let do dne dosažení 12 let věku a o 1 Kč za pojištěnce ve věku od 12 let do dne dosažení 18 let věku; dosažený věk se hodnotí k poslednímu dni v kalendářním měsíci.
3. Celková výše měsíční úhrady za agregovanou úhradu se vypočte jako součin počtu registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v příslušném kalendářním měsíci hodnoceného období a agregované úhrady na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny podle bodů 1 a 2.
4. Činnostmi zahrnutými do agregované úhrady za registrovaného pojištěnce jsou:
 - provizorní výplně, zábrusy a 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 k zákonu,
 - vystavení a ukončení dočasné pracovní neschopnosti,
 - odeslání pojištěnce na specializované pracoviště nebo konzultace praktického lékaře nebo specialisty všeobecné medicíny,
 - předání kopie nebo výpisu zdravotnické dokumentace při změně registrujícího lékaře,
 - poučení pojištěnce, rozhodnutí o potřebě další návštěvy.

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

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00900	<u>Komplexní vyšetření zubním lékařem při registraci pojištěnce nebo při opakovaném založení zdravotnické dokumentace</u> Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů,	Lze vykázat při registraci pojištěnce nebo při opakovaném založení zdravotnické dokumentace poté, co zdravotnická dokumentace vedená o pojištěnci byla v souladu s právními předpisy vyřazena a zničena.	639 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	anamnézy a stanovení léčebného plánu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. Založení dokumentace se záznamem stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání včetně onkologické prohlídky, mezičelistních vztahů, anamnézy a individuálního léčebného postupu. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáže, profylaktické odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení).	Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	
00901	<p><u>Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce</u></p> <p>U pojištěnců do dne dosažení 18 let výkon zahrnuje doplnění anamnézy se zvláštním zřetelem na vývoj orofaciální soustavy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a anomálií v postavení zubů a čelistí, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o významu prevence stomatologických onemocnění, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou.</p> <p>U pojištěnců nad 18 let věku výkon zahrnuje doplnění anamnézy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o správné hygieně dutiny ústní, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou.</p> <p>U těhotných žen výkon dále zahrnuje poučení o významu prevence stomatologických onemocnění v průběhu těhotenství u ženy i budoucího dítěte.</p> <p>Bez ohledu na věk pojištěnce výkon dále zahrnuje profylaktickou kontrolu ústní hygieny. Bez ohledu na věk pojištěnce výkon podle potřeby zahrnuje též nácvik ústní hygieny,</p>	<p>U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat 2 / 1 kalendářní rok na pojištěnce, a to nejdříve 3 měsíce od vykazání kódu 00900 nebo 00901 v témže kalendářním roce. U pojištěnců od 18 let lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok, a to nejdříve 5 měsíců od vykazání kódu 00900 v témže kalendářním roce; ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. U těhotných žen lze vykázat dvakrát v průběhu těhotenství s odstupem nejméně 3 měsíce (musí být uvedena diagnóza Z34.9 nebo Z35.9 podle mezinárodní klasifikace nemocí). Za vykazání kódu 00901 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykazání kódu 00946.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů.</p>	607 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	interdentální hygieny a masáží, jedenkrát ročně profylaktické odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení).		
00903	<u>Vyžádané vyšetření</u> Vyšetření na základě doporučení jiného zubního lékaře nebo lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření.	Lze vykázat 1 / 1 den. Kód nelze vykázat u registrovaného pojištěnce. Kód lze vykázat 2x na 1 případ s odstupem nejméně 1 měsíce, v případě rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz maximálně 3 / 1 rok. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00823, 00908, 00909, 00919, 00931, 00940, 00962, 00964, 00968 a 00981. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE a odbornost 015 podle seznamu výkonů.	435 Kč
00904	<u>Stomatologické vyšetření registrovaného pojištěnce do dne dosažení 10 let v rámci registrace a preventivní péče</u>	Lze vykázat pouze v souvislosti s preventivní prohlídkou v daném kalendářním roce, tj. v kombinaci s kódy 00901 nebo 00946, a s kódem 00900, pokud v daném roce byl pojištěnec u poskytovatele registrován. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	190 Kč
00905	<u>Prohlídka registrovaného pojištěnce nad 18 let věku</u> Prohlídka registrovaného pojištěnce nad 18 let navazující na provedenou a vykázanou preventivní prohlídku. Prohlídka zahrnuje orientační vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, kontrolu ústní hygieny, interdentální hygieny a motivaci pojištěnce.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok, ve kterém byl vykázán kód 00901 nebo 00946, a to nejdříve 5 měsíců od vykázání kódu 00901 nebo 00946; ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	150 Kč
00906	<u>Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce do dne dosažení 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce I</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost vyšetření a ošetření pojištěnce. Lze vykázat i bez kurativního výkonu.	Lze vykázat 1 / 1 den. U hendikepovaného pojištěnce se kód vykazuje s příslušnou diagnózou. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00824 a 00976. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	217 Kč
00907	<u>Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let I</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce.	Lze vykázat 1 / 1 den. Lze vykázat pouze v souvislosti s ošetřením hrazeným ze	164 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		zdravotního pojištění. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00825 a 00976. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	
00908	<u>Akutní vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce – i v rámci pohotovostní služby</u> Akutní ošetření náhodného pojištěnce mimo rámec preventivní péče. Výkon zahrnuje vyšetření, paliativní ošetření, amputaci a exstirpaci dřeně, provizorní výplň, lokální ošetření gingivy/sliznice, konzervativní ošetření dentitio difficilis nebo paradontálního abscesu, zavedení a výměnu drénu, ošetření komplikací chirurgických výkonů nebo opravu/úpravu snímatelné náhrady v ordinaci a podobně.	Lze vykázat 1 / 1 den / 1 onemocnění. Lze vykázat samostatně nebo v kombinaci s kódy 00824, 00825, 00826, 00827, 00851, 00906, 00907, 00910, 00913, 00914, 00916, 00917, 00944 (nelze vykázat v případě, že poskytovatel vybral regulační poplatek za pohotovostní službu), 00948, 00949, 00950, 00951, 00952, 00955, 00956, 00957, 00958, 00959, 00960, 00962, 00963, 00964, 00970, 00971, 00976, 00978 a 00979. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	460 Kč
00909	<u>Klinické stomatologické vyšetření</u> Vyšetření na klinickém pracovišti na základě doporučení jiného zubního lékaře nebo lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření.	Lze vykázat 1 / 1 den. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00823, 00900, 00901, 00903, 00908, 00931, 00940, 00946, 00962, 00964 a 00968. Kód může vykázat poskytovatel s lůžkovým pracovištěm a klinickým pracovištěm, tj. společné pracoviště fakultní nemocnice a lékařské fakulty vysoké školy podle § 111 odst. 3 zákona o zdravotních službách. Při diagnóze vyžadující opakovanou návštěvu lze vykázat jen jedenkrát, včetně rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	521 Kč
00910	<u>Zhotovení intraorálního rentgenového snímku</u> Zhotovení intraorálního rentgenového snímku na zubním rentgenovém zařízení.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. Vyžaduje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem).	89 Kč
00911	<u>Zhotovení karpogramu</u> Zhotovení rentgenového snímku ruky (stanovení fáze růstu skeletu) na zubním rentgenovém zařízení. Vykazuje se každý zhotovený snímek.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 015 podle seznamu výkonů. Vyžaduje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem).	275 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00913	<p><u>Zhotovení ortopantomogramu</u> Zhotovení extraorálního panoramatického snímku nebo snímku temporomandibulárních kloubů na zubním rentgenovém zařízení.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 2 kalendářní roky. Lze vykázat 2 / 1 kalendářní rok</p> <p>a) v odbornosti 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PA v souvislosti s parodontologickou péčí, 2. CH v souvislosti se stomatochirurgickou péčí, 3. PE v souvislosti s pedostomatologickou péčí, <p>b) v odbornosti 015 podle seznamu výkonů v souvislosti s ortodontickou péčí.</p> <p>Lze vykázat bez omezení v případech, kdy je vyšetření vyžádáno lékařem (např. z důvodu vyloučení fokální infekce nebo předoperačního vyšetření) v souvislosti s diagnózou Z01.8 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo v souvislosti s antiresorpční léčbou (diagnóza M87.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí), a dále v rámci pohotovostní služby v oboru zubní lékařství a v případě úrazové nebo onkologické diagnózy. Bez omezení lze vykázat též v kombinaci s kódem 00964, jde-li o snímek temporomandibulárních kloubů. Snímek obou temporomandibulárních kloubů se vykazuje jedním kódem 00913. Odbornosti 014 a 015 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem).</p>	330 Kč
00914	<p><u>Vyhodnocení extraorálního rentgenového snímku</u> Vyhodnocení panoramatického rentgenového snímku zubních oblouků a skeletu čelistí nebo ostatních extraorálních snímků. Součástí výkonu je stručný popis snímku ve zdravotnické dokumentaci.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 snímek / 1 poskytovatel. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. Nutno doložit vyhodnocený snímek nebo jeho čitelnou kopii. Vykazuje se vyhodnocení každého jednotlivého snímku. Vykazuje poskytovatel, jehož zubní lékař snímek vyhodnotil.</p>	101 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00915	<u>Zhotovení telerentgenového snímku lbi</u> Zhotovení dálkového rentgenového snímku lbi na zubním rentgenovém zařízení.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, odbornost 015 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval.	328 Kč
00916	<u>Anestezie injekční na foramen mandibulae a infraorbitale</u> Aplikace injekční anestezie na foramen mandibulae (součástí je i aplikace na nervus buccalis) a foramen infraorbitale (součástí je i aplikace na nervus palatinus) ve všech případech, je-li anestezie indikována zubním lékařem.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	156 Kč
00917	<u>Anestezie injekční</u> Aplikace injekční anestezie infiltrační a intraligamentární do tkání v rozsahu jednoho sextantu zubního oblouku, anestezie na foramen mentale, na nervus palatinus maior, na foramen incisivum, na tuber maxillae a na nervus buccalis. Počítá se anestezovaná oblast, nikoli počet vpichů; ve všech případech, je-li anestezie indikována zubním lékařem.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	128 Kč
00919	<u>Ošetření pacienta s vysoce rizikovou infekcí na specializovaném pracovišti</u> Ošetření na specializovaném pracovišti za podmínek: 1. pracoviště má dostupné služby vyjmenovaných odborností, 2. pracoviště má samostatnou ordinaci a čekárnu s nucenou cirkulací vzduchu a HEPA filtry, 3. ošetření je poskytováno za použití jednorázových ochranných pomůcek a oděvů.	Lze vykázat 1 / 1 den, maximálně 5 / 1 měsíc. Lze vykázat pouze při ošetřování pacientů s vysoce rizikovými infekcemi (diagnózy A15.9, A16.0, A51.3, A53.9, A54.9, B16.9, B17.1, B18.1, B18.2, B23.8 podle mezinárodní klasifikace nemocí a infekční onemocnění podle §53 odst. 1 zákona č. 258/2000 Sb.). Na uvedené diagnózy lze vykázat i opakovaně v kombinaci s kódem 00909. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00903. Kód lze vykázat při ošetřování pacientů hospitalizovaných nebo dispenzarizovaných pro jednu z výše uvedených diagnóz. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	754 Kč
00829	<u>Základní ošetření stálého zubu výplní z amalgámu v kapslové formě u pojištěnců od 18 let – do 2 plošek</u> Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití amalgámu v kapslové formě na	Lokalizace – zub. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00836, 00837 a 00838. Na zubu, na kterém byl v roce 2025 vykázán kód 00921, lze vykázat nejdříve po uplynutí 365 dní od vykázání kódu 00921. Dříve lze	800 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	1 nebo 2 ploškách, bez ohledu na počet výplní. U těhotných a kojících žen a od 1. července 2026 u všech pojištěnců od 18 let lze amalgám použít pouze v případech, kdy to zubní lékař považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pojištěnce. Součástí výkonu je záznam ve zdravotnické dokumentaci, ze kterého vyplývá, proč nebylo možno použít žádný jiný materiál výplně.	vykázat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	
00830	<u>Základní ošetření stálého zubu výplní z amalgámu v kapslové formě u pojištěnců od 18 let – 3 a více plošek</u> Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití amalgámu v kapslové formě na 3 a více ploškách, včetně rekonstrukce růžku, bez ohledu na počet výplní. U těhotných a kojících žen a od 1. července 2026 u všech pojištěnců od 18 let lze amalgám použít pouze v případech, kdy to zubní lékař považuje za naprosto nezbytné z důvodu specifických zdravotních potřeb pojištěnce. Součástí výkonu je záznam ve zdravotnické dokumentaci, ze kterého vyplývá, proč nebylo možno použít žádný jiný materiál výplně.	Lokalizace – zub. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00836, 00837 a 00838. Na zubu, na kterém byl v roce 2025 vykázán kód 00921, lze vykázat nejdříve po uplynutí 365 dní od vykázání kódu 00921. Dříve lze vykázat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	900 Kč
00831	<u>Ošetření dočasného zubu plastickou výplní</u> Ošetření dočasného zubu plastickou výplní v rozsahu celého chrupu, bez ohledu na počet plošek a počet výplní.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Dříve než za 365 dní lze vykázat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních. Za vykázání kódu 00831 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykázání kódu 00922 v roce 2025. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	635 Kč
00832	<u>Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let – 1 ploška</u> Ošetření stálého zubu u pojištěnců do dne dosažení 18 let v rozsahu celého chrupu při použití výplně z fotokompozitu na 1 plošce, bez ohledu na počet výplní. Neodpovídá-li použití	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Dříve než za 365 dní lze vykázat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při	1 300 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	fotokompozitu § 13 zákona, lze vykázat i při použití jiného materiálu výplně.	závažných celkových onemocněních. Za vykázání kódu 00832 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykázání kódů a) 00833 a 00834, b) 00920 a 00921 v roce 2025. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	
00833	<u>Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let – 2 plošky</u> Ošetření stálého zubu u pojištěnců do dne dosažení 18 let v rozsahu celého chrupu při použití výplně z fotokompozitu na 2 ploškách, bez ohledu na počet výplní. Neodpovídá-li použití fotokompozitu § 13 zákona, lze použít jiný materiál výplně.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Dříve než za 365 dní lze vykázat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních. Za vykázání kódu 00833 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykázání kódů a) 00832 a 00834, b) 00920 a 00921 v roce 2025. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	1 950 Kč
00834	<u>Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let – 3 a více plošek</u> Ošetření stálého zubu u pojištěnců do dne dosažení 18 let v rozsahu celého chrupu při použití výplně z fotokompozitu na 3 a více ploškách včetně rekonstrukce rýžku, bez ohledu na počet výplní. Neodpovídá-li použití fotokompozitu § 13 zákona, lze použít jiný materiál výplně.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Dříve než za 365 dní lze vykázat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních. Za vykázání kódu 00834 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykázání kódů a) 00832 a 00833, b) 00920 a 00921 v roce 2025. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	2 350 Kč
00835	<u>Ošetření stálého zubu plastickou výplní u pojištěnců od 18 let</u> Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití plastické výplně, s výjimkou nevrstvené výplně z fotokompozitu a výplně z chemicky nebo duálně tuhacího materiálu. Bez ohledu na počet plošek a počet výplní.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 730 dní Lokalizace – zub. Dříve než za 730 dní lze vykázat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Na zubu, na kterém byl v roce 2025 vykázán kód 00921, lze vykázat	částečná úhrada ve výši úhrady kódu 00838

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		nejdříve po uplynutí 365 dní od vykazání kódu 00921. Dříve lze vykazat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	
00836	<u>Základní ošetření stálého zubu výplní z chemicky nebo duálně tuhacího materiálu u pojištěnců od 18 let – do 2 plošek</u> Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití chemicky nebo duálně tuhacího materiálu výplně s výjimkou amalgámu na 1 nebo 2 ploškách. Bez ohledu na počet výplní. Lze vykazat jen za předpokladu, že použití nevrstvené výplně z fotokompozitu neodpovídá § 13 zákona.	Lokalizace – zub. Nelze vykazat v kombinaci s kódy 00829, 00830 a 00838. Na zubu, na kterém byl v roce 2025 vykazán kód 00921, lze vykazat nejdříve po uplynutí 365 dní od vykazání kódu 00921. Dříve lze vykazat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	910 Kč
00837	<u>Základní ošetření stálého zubu výplní z chemicky nebo duálně tuhacího materiálu u pojištěnců od 18 let – 3 a více plošek</u> Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití chemicky nebo duálně tuhacího materiálu výplně s výjimkou amalgámu na 3 a více ploškách, včetně rekonstrukce růžku. Bez ohledu na počet výplní. Lze vykazat jen za předpokladu, že použití nevrstvené výplně z fotokompozitu neodpovídá § 13 zákona.	Lokalizace – zub. Nelze vykazat v kombinaci s kódy 00829, 00830 a 00838. Na zubu, na kterém byl v roce 2025 vykazán kód 00921, lze vykazat nejdříve po uplynutí 365 dní od vykazání kódu 00921. Dříve lze vykazat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	1 010 Kč
00838	<u>Ošetření stálého zubu nevrstvenou výplní z fotokompozitu u pojištěnců od 18 let</u> Ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let v rozsahu celého chrupu při použití nevrstvené výplně z fotokompozitu. Bez ohledu na počet plošek a počet výplní. Lze vykazat jen za předpokladu, že použití nevrstvené výplně z fotokompozitu odpovídá § 13 zákona.	Lokalizace – zub. Nelze vykazat v kombinaci s kódy 00829, 00830, 00836 a 00837. Na zubu, na kterém byl v roce 2025 vykazán kód 00921, lze vykazat nejdříve po uplynutí 365 dní od vykazání kódu 00921. Dříve lze vykazat v případě zhotovení výplně z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu a dále	900 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	
00840	<u>Primární endodontické ošetření dočasného zubu</u> Primární endodontické ošetření dočasného zubu, který je klinicky pevný a na rentgenogramu dosahuje resorpce nejvýše do poloviny kořene. Zahrnuje všechny fáze definitivního primárního endodontického ošetření a případné zhotovení provizorní výplně. Počet návštěv nerozhoduje. Vykazuje se za každý zaplněný kořenový kanálek.	Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	575 Kč
00841	<u>Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců do dne dosažení 18 let</u> Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnce do dne dosažení 18 let v rozsahu celého chrupu kteroukoliv metodou. Zahrnuje všechny fáze definitivního primárního endodontického ošetření a případné zhotovení provizorní výplně. Počet návštěv nerozhoduje. Vykazuje se za každý zaplněný kořenový kanálek. I při ošetření zubu metodou apexifikace.	Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub. Lokalizace – zub. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	2 000 Kč
00842	<u>Primární endodontické ošetření stálého zubu u pojištěnců od 18 let</u> Definitivní primární endodontické ošetření u pojištěnců od 18 let v rozsahu stálých řezáků, špičáků a premolárů kteroukoliv metodou s výjimkou metody centrálního čepu. Počet návštěv nerozhoduje. Vykazuje se za každý zaplněný kořenový kanálek. I při ošetření zubu metodou apexifikace.	Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub. Lokalizace – zub. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	částečná úhrada ve výši úhrady kódu 00843
00843	<u>Primární endodontické ošetření stálého zubu metodou centrálního čepu u pojištěnců od 18 let</u> Primární endodontické ošetření u pojištěnců od 18 let v rozsahu stálých řezáků, špičáků a premolárů metodou centrálního čepu. Zahrnuje všechny fáze definitivního primárního endodontického ošetření a případné zhotovení provizorní výplně. Počet návštěv nerozhoduje. Vykazuje se za každý zaplněný kořenový kanálek. I při ošetření zubu metodou apexifikace.	Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub. Lokalizace – zub. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	1 300 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00844	<u>Pulpotomie – dočasný zub</u> Úplné, případně částečné odstranění zubní dřevě z dřevěné dutiny dočasného zubu v rozsahu celého chrupu bez ohledu na zvolený pracovní postup a použitý materiál. Zahrnuje všechny fáze ošetření a případné zhotovení provizorní výplně. Počet návštěv nerozhoduje.	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	500 Kč
00845	<u>Pulpotomie – stálý zub u pojištěnců do dne dosažení 18 let</u> Úplné nebo částečné odstranění zubní dřevě z dřevěné dutiny stálého zubu u pojištěnců do 18 let v rozsahu řezáků a špičáků bez ohledu na zvolený pracovní postup a použitý materiál. Zahrnuje všechny fáze ošetření a případné zhotovení provizorní výplně. Počet návštěv nerozhoduje.	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	1 001 Kč
00931	<u>Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu v rámci pravidelné parodontologické péče</u> Odborné vyšetření parodontu, vyšetření pomocí parodontologického indexu CPITN, stanovení individuálního léčebného postupu, zahájení konzervativní léčby – odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), instruktáž a motivace orální hygieny. Součástí výkonu je parodontologický zápis do zdravotnické dokumentace. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče.	Lze vykázat 1 / 2 kalendářní roky a při změně zdravotního stavu maximálně 1 / 1 kalendářní rok. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00903, 00909 a 00932. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE.	1 200 Kč
00932	<u>Léčba chronických onemocnění parodontu</u> Vyšetření parodontu na základě zařazení onemocnění při vyšetření pomocí indexu CPITN, kdy je stanoven index CPI 2-3, případně dalších parodontologických indexů a vyšetřovacích metod v průběhu parodontologické léčby. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče. Pokračování konzervativní léčby (fáze iniciální nebo udržovací) – kontrola orální hygieny pomocí k tomu určených indexů (například PBI, API), jejichž hodnoty musí být zaznamenány v dokumentaci, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), remotivace a korekce konkrétní metody orální hygieny,	Lze vykázat 3 / 1 kalendářní rok. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00900, 00901, 00903, 00909, 00931 a 00946. Odstup mezi vykázáním kódů 00900, 00901, 00931, 00932 a 00946 musí být v takovém intervalu, aby bylo možno prokázat účelnost léčby, lze vykázat minimálně v měsíčních odstupech. Při třetím vykázání kódu v roce nutno zhodnotit léčbu pomocí indexu CPITN. Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem (kód 00938) a subgingivální ošetření (kód 00935) se vykazují zvlášť. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	339 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	odstranění lokálního dráždění parodontu. Součástí výkonu je parodontologický zápis ve zdravotnické dokumentaci.		
00933	<u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu</u> Provedený chirurgický výkon v mukogingivální oblasti (např. gingivektomie s plastikou) navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu za každý zub. Součástí výkonu je případné odstranění stehů.	Lze vykázat – 1 / 1 zub / 730 dnů. Lokalizace – zub. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	524 Kč
00934	<u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu</u> Chirurgické výkony navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu vedoucí k prohloubení vestibula, výkony s odklopením mukoperiostálního laloku vedoucí k odstranění parodontálních sulků – za každý sextant. Implementace odebraného slizničního nebo mezenchymálního štěpu. Součástí výkonu je případné odstranění stehů.	Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací nebo implantací. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	1 348 Kč
00935	<u>Subgingivální ošetření</u> Instrumentální odstranění obsahu parodontálního chobotu (subgingiválního zubního kamene a plaku), odstranění nekrotického cementu, ohlazení povrchu zubního kořene a jeho kontrola u zubů s parodontálními choboty (CPI 3, 4). Lze provést ručními nástroji, ultrazvukovými nebo laserovými přístroji nebo jejich kombinací.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE.	107 Kč
00936	<u>Odebrání a zajištění přenosu transplantátu</u> Chirurgický výkon vedoucí k získání slizničního nebo mezenchymálního štěpu. Součástí výkonu je případné odstranění stehů.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	719 Kč
00937	<u>Artikulace chrupu</u> Po provedení celkového zábrusu okluze a artikulace chrupu na podkladě funkčního vyšetření stomatognátního systému. Podrobný zápis o průběhu a výsledku funkčního vyšetření a popis rámcového plánu artikulace ve zdravotnické dokumentaci.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE.	537 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00938	<u>Přechodné dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem</u> Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem zhotovené z kompozitního materiálu. Vykazuje se za každý zub.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	120 Kč
00940	<u>Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice</u> Při komplexním vyšetření ústní sliznice, stanovení diagnózy. Součástí výkonu je zápis ve zdravotnické dokumentaci obsahující popis onemocnění ústní sliznice a návrh léčby.	Lze vykázat 1 / 2 kalendářní roky a při změně zdravotního stavu maximálně 1 / 1 kalendářní rok. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00903 a 00909. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE a u poskytovatele poskytujícího lůžkovou zdravotní péči v oboru orální a maxilofaciální chirurgie též CH.	990 Kč
00941	<u>Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice</u> Při kontrolním vyšetření v průběhu léčby.	Lze vykázat – bez omezení. Lze vykázat pouze v návaznosti na provedený kód 00940. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE a u poskytovatele poskytujícího lůžkovou zdravotní péči v oboru orální a maxilofaciální chirurgie též CH.	368 Kč
00943	<u>Měření galvanických proudů</u> Měření galvanických proudů v dutině ústní při vyšetření slizničních změn a měření impedance.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE.	125 Kč
00944	<u>Signální výkon epizody péče/kontaktu v souvislosti s vyšetřením v ordinaci zubního lékaře</u>	Lze vykázat – bez omezení, při ošetření v několika návštěvách (endodontické ošetření, zhotovení protetických náhrad a jiné) pouze jednou. Kód nelze vykázat při návštěvě, která vyplývá z plánu ošetření. Lze vykázat v kombinaci s některým z kódů 00823, 00900, 00903, 00905, 00908 (pouze za předpokladu, že poskytovatel nevybral regulační poplatek za pohotovostní službu), 00909, 00931, 00932, 00940, 00941, 00968, 00981, 00983, 00984, 00986 a v případě vyšetření zaměřeného na konkrétní obtíže registrovaného	85 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		<p>pojištěnce a v případě dohodnutých dlouhodobých zástupů registrujícího zubního lékaře ohlášených zdravotní pojišťovně.</p> <p>Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	
00946	<p><u>Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce – bez dokladu celoživotního vzdělávání</u></p> <p>U pojištěnců do dne dosažení 18 let výkon zahrnuje doplnění anamnézy se zvláštním zřetelem na vývoj orofaciální soustavy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a anomálií v postavení zubů a čelistí, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o významu prevence stomatologických onemocnění, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. U pojištěnců nad 18 let věku výkon zahrnuje doplnění anamnézy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o správné hygieně dutiny ústní, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou.</p> <p>U těhotných žen výkon dále zahrnuje poučení o významu prevence stomatologických onemocnění v průběhu těhotenství u ženy i budoucího dítěte.</p> <p>Bez ohledu na věk pojištěnce výkon dále zahrnuje profylaktickou kontrolu ústní hygieny. Bez ohledu na věk pojištěnce výkon podle potřeby zahrnuje též nácvik ústní hygieny, interdentální hygieny a masáží, jedenkrát ročně profylaktické odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení).</p>	<p>U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat 2 / 1 kalendářní rok na pojištěnce, a to nejdříve 3 měsíce od vykazání kódu 00900 nebo 00901 v témže kalendářním roce. U pojištěnců od 18 let lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok, a to nejdříve 5 měsíců od vykazání kódu 00900 v témže kalendářním roce; ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. U těhotných žen lze vykázat dvakrát v průběhu těhotenství s odstupem nejméně 3 měsíce (musí být uvedena diagnóza Z34.9 nebo Z35.9 podle mezinárodní klasifikace nemocí). Za vykazání kódu 00946 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykazání kódu 00901.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p>	509 Kč
00948	<u>Sutura lůžka</u>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub.</p> <p>Lokalizace – zub.</p>	267 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	<p>Provedení sutury s případnou aplikací lokálního hemostatika</p> <p>a) po extrakci zubu u pojištěnce s poruchou hemokoagulace, u pojištěnce na antiresorpční léčbě a u imunosuprimovaného pojištěnce,</p> <p>b) po extrakci zubu v oblasti terapeuticky ozářené čelisti,</p> <p>c) při vícečetné extrakci vedle sebe stojících zubů,</p> <p>d) při stavění pozdního poextrakčního krvácení.</p> <p>Součástí výkonu je zdůvodnění provedení sutury ve zdravotnické dokumentaci.</p> <p>Bez ohledu na použitý druh materiálu a počet stehů.</p> <p>Součástí výkonu je případné odstranění stehů.</p>	<p>Lze vykázat pouze v kombinaci s kódy 00949 nebo 00950. V případě uvedeném v popisu výkonu pod písmenem d) lze vykázat samostatně.</p> <p>Při vícečetné extrakci vedle sebe stojících zubů lze vykázat jedenkrát s výjimkou případů uvedených v popisu výkonu pod písmeny a), b) a d), kdy lze vykázat nejvýše jedenkrát za každý extrahovaný zub.</p> <p>Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	
00949	<p><u>Běžná extrakce dočasného zubu</u></p> <p>Extrakce dočasného zubu nebo kořene (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací a stavění krvácení kompresivní tamponádou. Součástí výkonu je úprava souvisejících měkkých a tvrdých tkání a sutura, pokud se nejedná o suturu lůžka vykazovanou kódem 00948.</p> <p>Součástí výkonu je případné odstranění stehů.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub.</p> <p>Lokalizace – zub.</p> <p>U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat pouze při stvrzení čerpání hrazené služby podpisem zákonného zástupce nebo zletilé doprovázející osoby ve zdravotnické dokumentaci nebo fotodokumentací ve zdravotnické dokumentaci.</p> <p>Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	186 Kč
00950	<p><u>Extrakce stálého zubu nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny</u></p> <p>Extrakce stálého zubu, kořene stálého zubu nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny (bez následné chirurgické intervence), exkochleace granulací a stavění krvácení kompresivní tamponádou. Součástí výkonu je úprava souvisejících tvrdých a měkkých tkání a sutura, pokud se nejedná o suturu lůžka vykazovanou kódem 00948.</p> <p>Součástí výkonu je případné odstranění stehů.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub.</p> <p>Lokalizace – zub.</p> <p>U pojištěnců od 8 let lze extrakci dočasného moláru s neresorbovanými kořeny vykázat pouze při zdokumentování rentgenovým vyšetřením.</p> <p>Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	445 Kč
00951	<p><u>Chirurgická extrakce zubu nebo hemiextrakce</u></p> <p>Extrakce kořene zakončeného v úrovni či pod okrajem alveolu, extrakce kořene nebo zubu s kořeny s extrémním zakřivením, s hypercementózou, se sbíhavostí nebo divergencí, extrakce zubu ankylotického nebo jiná extrakce</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub.</p> <p>Lokalizace – zub.</p> <p>Při vícečetné extrakci sousedících zubů s odklopením mukoperiostálního laloku se vykazuje pouze 1 kód 00951, zbylé extrakce jsou vykázány kódem 00950.</p>	802 Kč

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

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	
00953	<u>Chirurgické ošetřování retence zubů otevřenými metodami</u> Snesení tkání ležících v cestě erupci zubu a případná mobilizace zubu do směru žádané erupce (včetně odklopení mukoperiostálního laloku, plastiky měkkých tkání). Součástí výkonu je sutura a případné odstranění stehů.	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE, odbornost 015 podle seznamu výkonů.	738 Kč
00954	<u>Neextrakční chirurgické výkony na tvrdých tkáních dutiny ústní velkého rozsahu se zachováním zubu</u> Resekce kořenového hrotu s odstraněním okolní patologické tkáně včetně kořenové cysty, doplněná retrográdní výplní nebo peroperačním plněním kořenového kanálku (vykazuje se za každý ošetřený kořen). Ošetření zubní retence uzavřenou metodou s mobilizací zubu do směru žádané erupce a fixací ortodontického tahu. Součástí výkonu je úprava souvisejících měkkých tkání, sutura a případné odstranění stehů.	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – zub. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	1 535 Kč
00852	<u>Neextrakční chirurgické výkony na tvrdých tkáních dutiny ústní velkého rozsahu bez vztahu k zubu</u> Egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu větším než 1 sextant, extirpace cysty nad 1 cm bez extrakce zubu, odstranění sekvestru, artrocentéza temporomandibulárního kloubu nebo antrotomie. Jiné podobné výkony. Součástí výkonu je úprava souvisejících měkkých tkání, sutura a případné odstranění stehů.	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – čelist. Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací nebo implantací. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00851 ve stejném kvadrantu. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	1 535 Kč
00955	<u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí malého rozsahu</u> Provedení menších chirurgických výkonů, například dekapsle, frenulektomie, odstranění rušivých vlivů vazivových pruhů, podjazyková frenulektomie, excize vlajícího hřebene – za 1 sextant, odstranění léze do 2 cm, sutura rány sliznice nebo kůže do 5 cm nebo sondáž a výplach vývodu slinné	Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat, jde-li o gingivektomii nebo o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací nebo implantací. Odbornosti 014, 015, podle seznamu výkonů.	544 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	žlázy, případně její náplň kontrastní látkou. Součástí výkonu je případně sutura a odstranění stehů.		
00956	<u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí velkého rozsahu</u> Odstranění podjazykové retenční slinné cysty, excize vlnajícího hřebene většího rozsahu než 1 sextant, odstranění léze nad 2 cm, orální vestibuloplastika bez štěpu – za každý sextant, sutura rány sliznice nebo kůže nad 5 cm, exstirpace mukokely sliznice dutiny ústní nebo diagnostická excize, sialolitomie, přístrojová sialoendoskopie se zprůchodněním vývodu. Součástí výkonu je případně sutura a odstranění stehů.	Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat, jde-li o gingivektomii nebo o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací nebo implantací. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	1 046 Kč
00957	<u>Ošetření dentoalveolárního traumatu</u> Ošetření následků úrazu zubů a alveolárního výběžku v rozsahu maximálně 3 zubů, včetně replantace, jednoduché fixace plastickým materiálem, popřípadě zkrácenou drátěnou dlahou.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	566 Kč
00958	<u>Ošetření zlomeniny čelisti</u> Repozice a fixace zlomenin alveolárního výběžku horní nebo dolní čelisti v rozsahu 4 a více zubů, zlomenin těla a krčku dolní čelisti bez výrazné dislokace, včetně fixace pomocí nitrokostně zaváděných šroubů (za každou poraněnou čelist).	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – čelist. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE.	906 Kč
00959	<u>Intraorální incize nebo trepanace alveolu</u> Léčba zánětu intraorální incizí s případnou dilatací, vypuštěním exsudátu a zavedením drénu. Trepanace alveolu k zajištění odtoku zánětlivého exsudátu v oblasti hrotu kořene zubu.	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – kvadrant. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	255 Kč
00960	<u>Zevní incize</u> Léčba kolemčelistního zánětu zevní incizí, včetně dilatace, s vypuštěním exsudátu a zavedením drénu.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE.	710 Kč
00961	<u>Následné ošetření po chirurgických výkonech a ošetření jejich komplikací</u> Zavedení drénu nebo tamponády, přiložení plastického obvazu, výplach rány lokálním léčebným prostředkem, převaz rány, úprava nebo oprava	Lze vykázat 5 / 10 dnů. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	120 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	dentální nebo intermaxilární fixace a odstranění nitrokostně zavedených šroubů použitých při fixaci zlomeniny čelisti, stavění pozdního postextrakčního krvácení bez sutury, revize extrakční rány bez odklopení mukoperiostálního laloku, fyzikální terapie.		
00962	<u>Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch</u> Vyšetření, zdokumentování a konzervativní léčba poruchy temporomandibulárního kloubu (například úprava artikulace, fyzikální terapie, nácvik správného stereotypu otevírání úst).	Lze vykázat 2 / 1 kalendářní rok. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00964. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	368 Kč
00963	<u>Injekce i. m., i. v., i. d., s. c.</u> Injekční aplikace léčivého přípravku, včetně poskytnutého léčivého přípravku, nejde-li o zvlášť účtovaný léčivý přípravek.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	168 Kč
00964	<u>Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch specialistou chirurgem</u> Vyšetření, zdokumentování onemocnění, případná indikace a vyhodnocení cílené zobrazovací metody a konzervativní léčba temporomandibulární poruchy (např. indikace nákusné dlahy, provedení mezičelistní fixace, manuální repozice, indikace rehabilitace, cílené podání medikace).	Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00962. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH.	701 Kč
00968	<u>Stomatologické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce</u> Stomatologické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce v ambulanci poskytovatele ambulantních hrazených služeb. Součástí výkonu je vystavení písemné zprávy.	Lze vykázat 1 / 1 den pouze v kombinaci s kódy 00851, 00852, 00951, 00952, 00953, 00954, 00955, 00956, 00957, 00958, 00960 a 00964. Ošetření na základě písemného doporučení jiného zubního lékaře při neodkladných stavech (při naléhavých stavech i bez doporučení). V souvislosti s léčením tohoto neodkladného stavu lze vykázat pouze jedenkrát. V případě dalšího plánovaného ošetření daného pojištěnce již kód 00968 nelze znovu vykázat. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí	1 142 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH.	
00970	<u>Sejmutí fixní náhrady</u> Sejmutí fixní náhrady rázovým nástrojem nebo rozbroušením korunky a její deformací, v případě zkrácení mostu odseparování části mostu v místě mezičlenu (v tom případě se lokalizace vykazuje na tento mezičlen).	Lze vykázat 1 / 1 zub / 730 dní. Lokalizace – zub. Nelze vykázat u provizorních náhrad. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	175 Kč
00971	<u>Provizorní ochranná korunka</u> Adaptace a fixace konfekční korunky k ochraně preparovaného, frangovaného nebo jinak destruovaného zubu, nebo individuální ochranná korunka zhotovená razidlovou metodou v ústech pacienta. Zahrnuje i opakované nasazení.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 730 dní. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	383 Kč
00973	<u>Úprava snímatelné náhrady v ordinaci</u> Jednoduchá úprava snímatelné náhrady v ordinaci bez návaznosti na další laboratorní zpracování.	Lze vykázat 5 / 1 kalendářní rok. Lokalizace – čelist. Lze vykázat nejdříve dva měsíce po odevzdání nové snímatelné náhrady. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	110 Kč
00974	<u>Odevzdání stomatologického výrobku</u> Poskytovatel vykazuje při odevzdání stomatologického výrobku, kód slouží pouze pro vykazování zvlášť účtovaných léčivých přípravků a stomatologických výrobků (dokladem 03s).	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	0 Kč
00976	<u>Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce s poruchou autistického spektra či jinou psychiatrickou diagnózou nebo psychomotorickou retardací (dětská mozková obrna)</u> Výkon zohledňuje zvýšenou časovou náročnost v souvislosti se stomatologickým vyšetřením a ošetřením pacienta s poruchou autistického spektra nebo jinou pervazivní vývojovou poruchou F84 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo jinou psychiatrickou diagnózou nebo psychomotorickou retardací (dětská mozková obrna).	Lze vykázat 1 / 1 den. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00824, 00825, 00826, 00906 a 00907. Lze vykazovat s hrazenými výkony vyšetření a ošetření. Lze vykázat u pojištěnce a) s průkazem autisty (PAS) nebo s jiným dokladem vystaveným psychiatrem nebo klinickým psychologem prokazujícím poruchu autistického spektra nebo jinou pervazivní vývojovou poruchu, b) s jinou psychiatrickou diagnózou, který podle doporučení psychiatra není ošetřitelný v běžném režimu, c) s psychomotorickou retardací (dětská mozková obrna), který podle doporučení neurologa není ošetřitelný v běžném režimu, přičemž lze akceptovat i doporučení praktickým lékařem pro děti a dorost	678 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		nebo praktickým lékařem, který má v dokumentaci odpovídající zprávu od psychiatra, klinického psychologa nebo neurologa. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o absolvování kurzu ošetřování pacientů s poruchou autistického spektra a jinou psychiatrickou diagnózou v rámci systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů.	
00977	<p><u>Aplikace prefabrikované korunky na dočasný zub</u> Prefabrikovaná ocelová plášťová korunka na dočasný molár nebo prefabrikovaná plastová stripová korunka na dočasný řezák nebo dočasný špičák. Výkon zahrnuje tangenciální preparaci, pokud je nutná, a adaptaci a fixaci korunky včetně ceny použitého materiálu a prefabrikátu.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Lze vykázat u defektu na třech nebo více ploškách na zubu s diagnózou zubního kazu K02 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubu po endodontickém ošetření s diagnózou K04 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubu po provedené vitální pulpotomii s diagnózami K02 nebo K04 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u defektů souvisejících s diagnózami amelogenesis imperfecta K00.4 i K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí a dentinogenesis imperfecta K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubů po ztrátě tvrdých zubních tkání v důsledku úrazu s diagnózou S02.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubů s prokázanou ztrátou tvrdých zubních tkání v důsledku eroze nebo abraze s diagnózami K03.0, K03.1 a K03.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí a u hypomineralizace druhých dočasných molárů. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.</p>	815 Kč
00978	<p><u>Sedace nezletilého pojištěnce midazolamem při ambulantním stomatologickém ošetření</u> Perorální nebo intranazální podání midazolamu pojištěnci od 3 let do dne dosažení 15 let a uložení pojištěnce po ošetření na lůžko. Součástí výkonu jsou měření krevního tlaku před ošetřením a po něm, kontinuální monitorace</p>	<p>Lze vykázat 2 / 365 dní. V případě pojištěnce s diagnózami vývojových poškození tvrdých zubních tkání K00.3, K00.4 a K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí lze vykázat 4 / 365 dní. Lze vykázat pouze v kombinaci s kódy 00831, 00832, 00833, 00834, 00851, 00852, 00949, 00950, 00951, 00952,</p>	1 421 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	pulzním oxymetrem v průběhu ošetření a zajištění případného podání antidota (flumazenil) a kyslíku.	00953, 00954, 00955, 00957, 00959, 00960, 00962 a 00977. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00979. Lze vykázat v indikovaných případech, jde-li o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu PZL, a to poskytovatelem disponujícím prostorem s lůžkem umožňujícím monitoraci pulzním oxymetrem a tonometrem, který je schopen personálně zajistit monitorování pacienta v průběhu ošetření a na lůžku po ošetření a případné podání antidota a kyslíku. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o absolvování kurzu sedace dětských pacientů nebo s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	
00979	<u>Sedace nezletilého pojištěnce oxidem dusným při ambulantním stomatologickém ošetření</u> Podání farmakologicky připravené směsi oxidu dusného a kyslíku v poměru 1:1 náustkem nebo obličejovou maskou pojištěnci od 4 let do dne dosažení 15 let, zajištění monitorace pulzním oxymetrem a měření krevního tlaku v průběhu ošetření a zajištění případného podání kyslíku.	Lze vykázat 2 / 365 dní. V případě pojištěnce s diagnózami vývojových poškození tvrdých zubních tkání K00.3, K00.4 a K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí lze vykázat 4 / 365 dní. Lze vykázat pouze v kombinaci s kódy 00831, 00832, 00833, 00834, 00851, 00852, 00949, 00950, 00951, 00952, 00953, 00954, 00955, 00957, 00959, 00960, 00962 a 00977. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00978. Lze vykázat v indikovaných případech, jde-li o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu PZL. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o absolvování kurzu sedace nebo s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	1160 Kč
00981	<u>Diagnostika ortodontických anomálií</u> Zahrnuje orientační stomatologické vyšetření, komplexní ortodontické vyšetření, založení zdravotnické dokumentace. Tímto kódem se zahajuje ortodontická léčba a vykazování kódů odbornosti 015 podle seznamu výkonů.	Lze vykázat 1 / 1 pojištěnce, v případě, že pacient přichází opětovně po více než 2 letech od poslední návštěvy, lze 2 / 1 pojištěnce, přičemž k návštěvě, na které byl vykázan pouze kód 00986, se nepřihlíží.	982 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	Při převzetí již léčeného pojištěnce je nutné zahájit vlastní ortodontickou léčbu vstupním vyšetřením, založením vlastní dokumentace a vykazáním kódu 00981.	Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	
00982	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem nebo foliovým ortodontickým systémem (alignery) na 1 zubní oblouk II</u> Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem nebo foliovým ortodontickým systémem (alignery) – na jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu a attachmentů včetně přípravy zubů.	Lze vykázat 1 / 1 čelist. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00800 a 00802. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat jen tehdy, jde-li o zahájení léčby ortodontických anomálií foliovým ortodontickým systémem (alignery), a to bez ohledu na věk pojištěnce. Materiál fixního ortodontického aparátu ani foliový ortodontický systém nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Lokalizace – čelist. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	2 008 Kč
00983	<u>Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu nebo foliového ortodontického systému (alignery)</u> Kontrola postupu léčby a úprav na fixním aparátu na jednom i obou zubních obloucích. Vztahuje se na všechny kontroly fixního aparátu v daném čtvrtletí a na kontrolu souběžně používaného snímacího aparátu, jakož i na všechny kontroly foliového ortodontického aparátu (alignerů) v daném čtvrtletí.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní čtvrtletí, a to maximálně 16x na pojištěnce, u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze po vykazání kódu 00800, 00802, 00982 nebo 00994, podmínka návaznosti je splněna i tehdy pokud byly tyto kódy vykazány na pojištěnce jiným poskytovatelem Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze	1 277 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		<p>vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Materiál fixního ortodontického aparátu není hrazen ze zdravotního pojištění; to neplatí, jde-li o pojištěnce s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Foliový ortodontický systém není hrazen ze zdravotního pojištění.</p> <p>Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p>	
00984	<p><u>Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu nebo foliového ortodontického systému (alignerů)</u></p> <p>Kontrola postupu léčby podle individuálního léčebného postupu a funkce snímacích aparátů včetně jejich úpravy. Pro sledování průběhu změn po ortodonticky indikovaných extrakcích bez aparátu.</p> <p>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.</p> <p>Nelze vykázat pro léčbu ve fázi retence nebo při sledování růstu a vývoje chrupu a čelisti bez aktivní léčby.</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>	409 Kč
00985	<p><u>Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu nebo</u></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</p>	1 128 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	<p><u>foliového ortodontického systému (alignerů)</u> Po ukončení léčby ortodontických anomálií sejmutí fixního ortodontického aparátu na 1 zubní oblouk, zábrus zubů, včetně případné analýzy modelů (nezahrnuje případné zhotovení a analýzu telorentgenu a ortopantomogramu). Ukončení léčby s použitím foliového ortodontického systému (alignerů).</p>	<p>pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat v návaznosti na kód 00800 maximálně 2 / 1 čelist, v návaznosti na kód 00982 maximálně 1 / 1 čelist a v návaznosti na kód 00802, a to maximálně 1 / 1 čelist. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Lokalizace – čelist. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p>	
00986	<p><u>Kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje</u> Kontrola pojištěnce před začátkem nebo po ukončení aktivní fáze ortodontické léčby snímacími nebo fixními aparáty podle individuálního léčebného postupu. Součástí může být i použití pevných, nebo snímacích dlah, retainerů nebo jiných retenčních aparátů.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 kalendářní pololetí, a to maximálně 12x na pojištěnce, u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. 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>	424 Kč
00987	<p><u>Stanovení fáze růstu</u> Určení růstové fáze pojištěnce – skeletální věk, zhodnocením rentgenového snímku ruky nebo krčních obratlů.</p>	<p>Lze vykázat 2 / 1 pojištěnce. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a</p>	177 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	
00988	<u>Analýza telorentgenového snímku lbi</u> Vyhodnocení profilového, eventuálně zadopředního dálkového rentgenového snímku lbi pomocí speciálních měření.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	271 Kč
00989	<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.	562 Kč
00990	<u>Diagnostická přestavba ortodontického modelu</u> Přestavba zubů ortodontického modelu jedné čelisti z diagnostických důvodů nebo modelová operace čelisti 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	796 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	
00991	<u>Nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku</u> Palatinální nebo linguální expanzní nebo kotevní drátěný oblouk nebo lip-bumper, továrně zhotovené, jejich adaptace a zasazení do zařízení na kroužcích.	Lze vykázat 2 / 1 pojištěnce. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Materiál není hrazen ze zdravotního pojištění; to neplatí, jde-li o pojištěnce s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	355 Kč
00992	<u>Nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky</u> Nasazení všech částí a typů extraorálních tahů (uzda a vysoký nebo nízký extraorální tah, obličejová maska typu Delaire, Hickham a podobně) včetně poučení o způsobu použití a názorného předvedení.	Lze vykázat 2 / 1 pojištěnce. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat	378 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		<p>pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázt pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).</p> <p>Materiál není hrazen ze zdravotního pojištění; to neplatí, jde-li o pojištěnce s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).</p> <p>Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p>	
00993	<p><u>Navázání parciálního oblouku</u> Příprava a navázání částečného drátěného oblouku, nebo tvarování průběžného oblouku sloužící k segmentálnímu pohybu zubů.</p>	<p>Lze vykázt 4 / 1 kalendářní pololetí na pojištěnce.</p> <p>U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázt bez omezení.</p> <p>Lze vykázt pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázt pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).</p> <p>Materiál není hrazen ze zdravotního pojištění; to neplatí, jde-li o pojištěnce s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).</p> <p>Odbornost 015 podle seznamu výkonů.</p>	540 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00994	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk</u> Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk ve smíšeném chrupu zejména pro protruzní vady s incizálním schůdkem 9 mm a více, zkřížený skus, diastema větší než 4 mm, zákus, retence nebo dystopie horního stálého řezáku. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu.	Lze vykázat 1 / 1 čelist do dne dosažení 10 let věku pojištěnce. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00802. Lokalizace – čelist. Nelze vykázat u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Materiál malého fixního ortodontického aparátu není hrazen ze zdravotního pojištění. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	1 421 Kč
00800	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I</u> Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem – jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu, včetně přípravy zubů. Zahrnuje veškerý přímý materiál ortodontického aparátu použitý při zahájení léčby a při pokračování v léčbě v kalendářním roce, ve kterém byl nasazen fixní ortodontický aparát.	Lze vykázat 2 / 1 čelist. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00801, 00802, 00982 a 00994. Lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	10 505 Kč
00801	<u>Pokračování léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I</u> Zahrnuje náklady na veškerý přímý materiál ortodontického aparátu použitý v průběhu léčby v jednom kalendářním roce s výjimkou kalendářního roku, ve kterém byl nasazen fixní ortodontický aparát.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok. Lze vykázat při první kontrole léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu v kalendářním roce s výjimkou kalendářního roku, ve kterém byl vykázán kód 00800, a to pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Nelze vykázat při kontrole léčby malým fixním ortodontickým aparátem podle kódu 00802. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	1 827 Kč
00802	<u>Léčba ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk</u>	Lze vykázat 1 / 1 čelist. Lokalizace – čelist.	7 878 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	Léčba ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk. Zahrnuje veškerý přímý materiál ortodontického aparátu použitý při zahájení léčby a v průběhu léčby.	Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00800, 00801, 00982 a 00994. Lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) do dne dosažení 10 let věku pojištěnce. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	
00803	<u>Následná ambulantní ortodontická péče na klinickém pracovišti</u> Následná ambulantní ortodontická péče na klinickém pracovišti v souvislosti s ortognátní operací. Kontrola pooperační stability, artikulace a postupu léčby.	Lze vykázat 5 / 1 pojištěnec. Lze vykázat pouze u pojištěnců po provedené ortognátní operaci. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00983. Kód může vykázat poskytovatel s lůžkovým pracovištěm a klinickým pracovištěm, tj. společné pracoviště fakultní nemocnice a lékařské fakulty vysoké školy podle § 111 odst. 3 zákona o zdravotních službách. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	300 Kč
00821	<u>Bonifikační kód za ošetření pacienta s morbidní obezitou nad 180 kg ve stomatologii</u>	Lze vykázat 1 / 1 den, max. 5 / 1 měsíc. Lze vykázat pouze u pojištěnců s diagnózou E66.8 podle mezinárodní klasifikace nemocí (morbidní obezita) a s kódy provedeného stomatologického ošetření. Podmínkou úhrady bude doložení technického vybavení pro pacienty s extrémní obezitou Odbornost 014 podle seznamu výkonů	840 Kč
00822	<u>Aplikace prefabrikované korunky na stálý zub u pacientů do dne dosažení 18 let</u> Aplikace prefabrikované ocelové plášťové korunky na stálý molár nebo prefabrikované plastové stripové korunky na stálý řezák, špičák nebo premolár u pacientů do dne dosažení 18 let. Výkon zahrnuje tangenciální preparaci, pokud je nutná, a adaptaci a fixaci korunky včetně ceny použitého materiálu a prefabrikátu.	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Lze vykázat a) u hypomineralizačních nebo hypoplastických postižení na třech a více ploškách na stálém moláru nebo stálém řezáku s diagnózou molárová a incizální hypomineralizace skloviny, b) v rozsahu celého stálého chrupu s diagnózou amelogenesis imperfecta K00.4 i K00.5 podle	865 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		<p>mezinárodní klasifikace nemocí a dentinogenesis imperfecta K00.5 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>	
00823	<p><u>Vyžádané vyšetření orálních infekčních fokusů u registrovaného pojištěnce</u> Vyšetření orální fokální infekce u registrovaného pojištěnce na základě doporučení lékaře, součástí výkonu je vyšetření ústní dutiny včetně vitality zubů, zhodnocení výsledku klinického a případného rentgenologického vyšetření a sepsání krátké písemné zprávy obsahující závěr vyšetření. Nemusí navazovat ošetření.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 den. Kód lze vykázat u registrovaného pojištěnce. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00900, 00901, 00903, 00905, 00909 a 00946.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p>	250 Kč
00824	<p><u>Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce do dne dosažení 6 let nebo hendikepovaného pojištěnce II</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost vyšetření a ošetření pojištěnce. Lze vykázat i bez kurativního výkonu.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 den.</p> <p>U hendikepovaného pojištěnce se kód vykazuje s příslušnou diagnózou. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00906 a 00976.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.</p>	375 Kč
00825	<p><u>Stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let II</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 den.</p> <p>Lze vykázat pouze v souvislosti s ošetřením hrazeným ze zdravotního pojištění. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00907 a 00976.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.</p>	300 Kč
00826	<p><u>Stomatologické ošetření pojištěnce od 15 let do dne dosažení 18 let</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 den.</p> <p>Lze vykázat pouze v souvislosti s ošetřením hrazeným ze zdravotního pojištění. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00976.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p>	106 Kč
00827	<p><u>Premedikace (profylaxe) před stomatologickým ošetřením</u> Aktualizace anamnézy, vysvětlení potřeby premedikace nebo profylaxe,</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 případ.</p> <p>Lze vykázat pouze u pojištěnce, u kterého je premedikace nebo</p>	170 Kč

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

Vysvětlení zkratk:

PZL praktický zubní lékař

PA parodontolog

CH stomatochirurg

PE pedostomatolog

C) Výše úhrad za stomatologické výrobky

1. Výše úhrad protetických výrobků u pojištěnců do 18 let				
Položka přílohy č. 4 zákona	Kód	Název výrobku	Symbol úhrady	Výše úhrady
1.1.	7010101	SKUSOVÁ ŠABLONA	I	481 Kč
2.1.	7020101	INLEJ KOŘENOVÁ	I	1 202 Kč
3.1.	7030101	KORUNKA PLÁŠŤOVÁ CELOKOVOVÁ SAMOSTANÁ	I	2 300 Kč
3.2.	7030201	KORUNKA PLÁŠŤOVÁ CELOKOVOVÁ PILÍŘOVÁ	I	2 300 Kč
3.3.	7030301	KORUNKA ESTETICKÁ PLÁŠŤOVÁ Z KOMPOZITNÍHO PLASTU NA ZUBU SE SCHŮDKOVOU PREPARACÍ	I	2 600 Kč
3.4.	7030401	KORUNKA ESTETICKÁ PLÁŠŤOVÁ FAZETOVANÁ KOMPOZITNÍM PLASTEM	I	2 900 Kč
3.5.	7030501	KORUNKA ESTETICKÁ PLÁŠŤOVÁ Z KERAMIKY	Z	4 900 Kč
3.7.	7030701	PROVIZORNÍ KORUNKA	I	602 Kč
4.1.	7040101	ČLEN MŮSTKU CELOKOVOVÝ	C	200 Kč
4.2.	7040201	ČLEN MŮSTKU ESTETICKÝ FAZETOVANÝ KOMPOZITNÍM PLASTEM	I	1 803 Kč
4.4.	7040401	ČLEN MŮSTKU PROVIZORNÍ	I	500 Kč
5.1.	7050101	ADHEZIVNÍ MŮSTEK	C	1 803 Kč
5.2.	7050201	INLEJ, ONLEJ, OVERLEJ	C	2 300 Kč
6.1.	7060101	ČÁSTEČNÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA ZÁKLADNÍ HORNÍ	I	8 283 Kč
6.1.	7060102	ČÁSTEČNÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA ZÁKLADNÍ DOLNÍ	I	8 283 Kč
6.2.	7060201	ČÁSTEČNÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA OSTATNÍ HORNÍ	Z	11 500 Kč

6.2.	7060202	ČÁSTEČNÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA OSTATNÍ DOLNÍ	Z	11 500 Kč
6.3.	7060301	ČÁSTEČNÁ DĚTSKÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA HORNÍ	I	3 003 Kč
6.3.	7060302	ČÁSTEČNÁ DĚTSKÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA DOLNÍ	I	3 003 Kč
7.1.	7070101	CELKOVÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA ZÁKLADNÍ HORNÍ	I	8 283 Kč
7.1.	7070102	CELKOVÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA ZÁKLADNÍ DOLNÍ	I	8 283 Kč
8.1.	7080101	KRYCÍ DESKA	I	1 730 Kč
8.2.	7080201	POOPERAČNÍ NÁHRADA	I	11 866 Kč
8.3.	7080301	OBTURÁTOR	I	13 102 Kč
8.4.	7080401	NÁKUSNÁ DLAHA – POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÁ	I	1 854 Kč
8.4.	7080402	NÁKUSNÁ DLAHA – PŘI ONEMOCNĚNÍ TMK	C	1 020 Kč
9.1.	7090101	DENTÁLNÍ SLITINY ZLATA	Z	–
10.1.	7100101	OPRAVA PRASKLÉ NEBO ZLOMENÉ SNÍMATELNÉ NÁHRADY; 1x / 6 MĚSÍCŮ	C	249 Kč
10.2.	7100201	OPRAVA VYPADLÉHO ZUBU Z NÁHRADY; 1x / 6 MĚSÍCŮ	C	166 Kč
10.3.	7100301	OPRAVA RETENČNÍCH PRVKŮ NÁHRADY; 1x / 6 MĚSÍCŮ	C	415 Kč
10.4.	7100401	ÚPRAVA – ROZŠÍŘENÍ BAZE NÁHRADY VČETNĚ RETENČNÍCH PRVKŮ	C	580 Kč
10.5.	7100501	REBAZE ČÁSTEČNÉ NÁHRADY; NE DŘÍVE NEŽ 2 ROKY OD ZHOTOVENÍ NÁHRADY	C	829 Kč
10.5.	7100502	REBAZE CELKOVÉ NÁHRADY; NE DŘÍVE NEŽ 2 ROKY OD ZHOTOVENÍ NÁHRADY	C	829 Kč

2. Výše úhrad protetických výrobků u pojištěnců od 18 let

Položka přílohy č. 4 zákona	Kód	Název výrobku	Symbol úhrady	Výše úhrady
1.1.	8010101	SKUSOVÁ ŠABLONA	I	481 Kč
2.1.	8020101	INLEJ KOŘENOVÁ	C	301 Kč
3.1.	8030101	KORUNKA PLÁŠŤOVÁ CELOKOVOVÁ SAMOSTANÁ	I	2 300 Kč
3.2.	8030201	KORUNKA PLÁŠŤOVÁ CELOKOVOVÁ PILÍŘOVÁ	C	1 265 Kč

3.3.	8030301	KORUNKA ESTETICKÁ PLÁŠŤOVÁ Z KOMPOZITNÍHO PLASTU NA ZUBU SE SCHŮDKOVOU PREPARACÍ	C	2 300 Kč
3.4.	8030401	KORUNKA ESTETICKÁ PLÁŠŤOVÁ FAZETOVANÁ KOMPOZITNÍM PLASTEM	C	290 Kč
3.5.	8030501	KORUNKA ESTETICKÁ PLÁŠŤOVÁ Z KERAMIKY	C	290 Kč
3.6.	8030601	KORUNKA ESTETICKÁ OSTATNÍ	C	290 Kč
3.7.	8030701	PROVIZORNÍ KORUNKA	C	205 Kč
4.1.	8040101	ČLEN MŮSTKU CELOKOVOVÝ	C	181 Kč
4.2.	8040201	ČLEN MŮSTKU ESTETICKÝ FAZETOVANÝ KOMPOZITNÍM PLASTEM	C	181 Kč
4.3.	8040301	ČLEN MŮSTKU ESTETICKÝ OSTATNÍ	C	181 Kč
4.4.	8040401	ČLEN MŮSTKU PROVIZORNÍ	C	100 Kč
5.1.	8050101	ADHEZIVNÍ MŮSTEK	C	181 Kč
5.2.	8050201	INLEJ, ONLEJ, OVERLEJ	C	290 Kč
6.1.	8060101	ČÁSTEČNÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA ZÁKLADNÍ HORNÍ	I	8 283 Kč
6.1.	8060102	ČÁSTEČNÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA ZÁKLADNÍ DOLNÍ	I	8 283 Kč
6.2.	8060201	ČÁSTEČNÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA OSTATNÍ HORNÍ	C	2 500 Kč
6.2.	8060202	ČÁSTEČNÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA OSTATNÍ DOLNÍ	C	2 500 Kč
7.1.	8070101	CELKOVÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA ZÁKLADNÍ HORNÍ	I	8 283 Kč
7.1.	8070102	CELKOVÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA ZÁKLADNÍ DOLNÍ	I	8 283 Kč
7.2.	8070201	CELKOVÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA OSTATNÍ HORNÍ	C	4 556 Kč
7.2.	8070202	CELKOVÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA OSTATNÍ DOLNÍ	C	4 556 Kč
8.1.	8080101	KRYCÍ DESKA	I	1 730 Kč
8.2.	8080201	POOPERAČNÍ NÁHRADA	I	11 866 Kč
8.3.	8080301	OBTURÁTOR	I	13 102 Kč
8.4.	8080401	NÁKUSNÁ DLAHA – POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÁ	I	1 854 Kč
8.4.	8080402	NÁKUSNÁ DLAHA – PŘI ONEMOCNĚNÍ TMK	C	1 020 Kč
9.1.	8090101	DENTÁLNÍ SLITINY ZLATA	Z	–

10.1.	8100101	OPRAVA PRASKLÉ NEBO ZLOMENÉ SNÍMATELNÉ NÁHRADY; NE DŘÍVE NEŽ 2 ROKY OD ZHOTOVENÍ NÁHRADY	C	249 Kč
10.2.	8100201	OPRAVA VYPADLÉHO ZUBU Z NÁHRADY; NE DŘÍVE NEŽ 2 ROKY OD ZHOTOVENÍ NÁHRADY	C	166 Kč
10.3.	8100301	OPRAVA RETENČNÍCH PRVKŮ NÁHRADY; NE DŘÍVE NEŽ 1 ROK OD ZHOTOVENÍ NÁHRADY	C	415 Kč
10.4.	8100401	ÚPRAVA – ROZŠÍŘENÍ BAZE NÁHRADY VČETNĚ RETENČNÍCH PRVKŮ; 3x / 1 NÁHRADA; NE DŘÍVE NEŽ 1 ROK OD ZHOTOVENÍ NÁHRADY	C	580 Kč
10.5.	8100501	REBAZE ČÁSTEČNÉ NÁHRADY; NE DŘÍVE NEŽ 2 ROKY OD ZHOTOVENÍ NÁHRADY	C	829 Kč
10.5.	8100502	REBAZE CELKOVÉ NÁHRADY; NE DŘÍVE NEŽ 2 ROKY OD ZHOTOVENÍ NÁHRADY	C	829 Kč

3. Výše úhrad ortodontických výrobků

Položka přílohy č. 4 zákona	Kód	Název výrobku	Symbol úhrady	Výše úhrady
11.1.a	9110101	ORTODONTICKÝ DIAGNOSTICKÝ A DOKUMENTAČNÍ MODEL kat. a; 2 PÁRY / 1 ROK; 6 PÁRŮ ZA ŽIVOT	I	505 Kč
11.1.b,c	9110102	ORTODONTICKÝ DIAGNOSTICKÝ A DOKUMENTAČNÍ MODEL kat. b, c; 2 PÁRY / 1 ROK; 6 PÁRŮ ZA ŽIVOT	I	505 Kč
11.3.a	9110301	FUNKČNÍ SNÍMATELNÝ APARÁT kat. a	I	4 806 Kč
11.3.b	9110302	FUNKČNÍ SNÍMATELNÝ APARÁT kat. b	C	3 124 Kč
11.3.c	9110303	FUNKČNÍ SNÍMATELNÝ APARÁT kat. c	C	2 163 Kč
11.4.a	9110401	PASIVNÍ DESKOVÝ NEBO FOLIOVÝ SNÍMATELNÝ APARÁT kat. a	I	2 042 Kč
11.4.b	9110402	PASIVNÍ DESKOVÝ NEBO FOLIOVÝ SNÍMATELNÝ APARÁT kat. b	C	1 327 Kč
11.4.c	9110403	PASIVNÍ DESKOVÝ NEBO FOLIOVÝ SNÍMATELNÝ APARÁT kat. c	C	919 Kč
11.5.a	9110501	AKTIVNÍ DESKOVÝ SNÍMATELNÝ APARÁT kat. a	I	3 124 Kč
11.5.b	9110502	AKTIVNÍ DESKOVÝ SNÍMATELNÝ APARÁT kat. b	C	2 031 Kč
11.5.c	9110503	AKTIVNÍ DESKOVÝ SNÍMATELNÝ APARÁT kat. c	C	1 406 Kč
11.7.a	9110701	PEVNÝ APARÁT K ROZŠÍŘENÍ PATROVÉHO ŠVU kat. a	I	6 000 Kč

11.7.b	9110702	PEVNÝ APARÁT K ROZŠÍŘENÍ PATROVÉHO ŠVU kat. b; 2 KS / 10 LET	C	3 000 Kč
11.7.c	9110703	PEVNÝ APARÁT K ROZŠÍŘENÍ PATROVÉHO ŠVU kat. c; 2 KS / 10 LET	C	2 100 Kč
11.8.a	9110801	LABORATORNĚ ZHOTOVENÝ INTRAORÁLNÍOBLOUK kat. a	I	1 778 Kč
11.8.b	9110802	LABORATORNĚ ZHOTOVENÝ INTRAORÁLNÍOBLOUK kat. b; 2 KS / 5 LET	C	1 156 Kč
11.8.c	9110803	LABORATORNĚ ZHOTOVENÝ INTRAORÁLNÍOBLOUK kat. c; 2 KS / 5 LET	C	800 Kč
11.9.a	9110901	OPRAVA POŠKOZENÉHO SNÍMATELNÉHO APARÁTU (LOM A POD.) kat. a; 1 KS / 1 ROK, NE DŘÍVE NEŽ 6 MĚSÍCŮ OD ZHOTOVENÍ	C	1 202 Kč
11.9.b,c	9110902	OPRAVA POŠKOZENÉHO SNÍMATELNÉHO APARÁTU (LOM A POD.) kat. b, c; 1 KS / 1 ROK, NE DŘÍVE NEŽ 6 MĚSÍCŮ OD ZHOTOVENÍ	C	1 202 Kč
11.10.a	9111001	PLÁNOVANÁ ÚPRAVA – MODIFIKACE SNÍMATELNÉHO APARÁTU V LABORATOŘI kat. a	I	1 923 Kč
11.10.b	9111002	PLÁNOVANÁ ÚPRAVA – MODIFIKACE SNÍMATELNÉHO APARÁTU V LABORATOŘI kat. b	C	1 250 Kč
11.10.c	9111003	PLÁNOVANÁ ÚPRAVA – MODIFIKACE SNÍMATELNÉHO APARÁTU V LABORATOŘI kat. c	C	865 Kč
11.11.a	9111101	SKELETÁLNĚ KOTVENÝ ORTODONTICKÝ APARÁT kat. a	I	5 500 Kč
11.11.b	9111102	SKELETÁLNĚ KOTVENÝ ORTODONTICKÝ APARÁT kat. b	C	3 575 Kč
11.11.c	9111103	SKELETÁLNĚ KOTVENÝ ORTODONTICKÝ APARÁT kat. c	C	2 475 Kč
11.12.a	9111201	OPERAČNÍ DLAHA PO ORTOGNÁTNÍ OPERACI kat. a	I	3 000 Kč
11.12.b	9111202	OPERAČNÍ DLAHA PO ORTOGNÁTNÍ OPERACI kat. b	C	1 950 Kč
11.12.c	9111203	OPERAČNÍ DLAHA PO ORTOGNÁTNÍ OPERACI kat. c	C	1 350 Kč

Příloha č. 12

Léčivé přípravky a zdravotnické prostředky hrazené podle přílohy č. 1 části A bodu 1.4

1. Podle přílohy č. 1 části A bodu 1.4 se hradí:

1.1 Léčivé přípravky následujících ATC skupin:

B02BB01
B02BD01
B02BD02
B02BD03
B02BD04
B02BD05
B02BD06
B02BD07
B02BD08
B02BD10
B02BX06
B05AA02
J07BB02
V03AB38

1.2 Individuálně vyráběné léčivé přípravky podle dokumentu zdravotních pojišťoven závazného pro poskytovatele na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou:

Kryoprotein (0207926)
Plazma čerstvá, zmrazená pro klinické použití (0207921)
Plazma rekonvalescentní (0207928)
Plazma rekonvalescentní patogen-inaktivovaná (0207929, 0207922)

1.3 Sériově vyráběné zdravotnické prostředky podle dokumentu zdravotních pojišťoven závazného pro poskytovatele na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou:

Implantabilní zdravotnické prostředky do kostní tkáně – nitrodřeňové hřeby a distraktory pro prodloužení dlouhé kosti, zejména:

0142642
0143182
0143184
0143211
0143222
0143223

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

Adsorpční kolony pro opakované použití, zejména:

0169494
0194428

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

Systém pro vnitřně-zevní punkci, zejména:

0153314

a vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

Implantát – umělá náhrada pro obnovu chrupavky, zejména:

0194910

a vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

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

0144433

0200636

0200637

0200787

0200885

a vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

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

0144026

0144027

0144028

0144498

a vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

Individualizovaná protéza kořene aorty:

0142388

a vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

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

0143120

a vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

1.4 Léčivé přípravky obsahující tyto léčivé látky:

J01DI54

J01DD52

J01DI04

J01DH56

J01DF51

J02AA01

Podmínkou je laboratorní průkaz původce s omezenými možnostmi léčby a souhlas antibiotického střediska.

Výše úhrad podle § 20

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

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

kde:

- $Úhrada_{JP,2026}$ je celková výše úhrady za hrazené služby jednodenní péče poskytnuté v hodnoceném období.
- $Úhrada_{JP,i}$ je výše úhrady za výkon i jednodenní péče, kde i nabývá hodnot 1 až n a označuje výkon jednodenní péče podle bodu 5.
- $Počet_{výkonů}_{JP,i}$ je počet výkonů i jednodenní péče poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v hodnoceném období, kde i nabývá hodnot 1 až n a označuje výkon jednodenní péče podle bodu 5.
- EM_{JP} je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci hrazených služeb jednodenní péče poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v hodnoceném období, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

2. Úhrada podle bodu 1 se vztahuje pouze na zdravotní služby poskytnuté na operačním sále pojištěncům s doplňkovým kódem U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí. Operačním sálem se pro účely této vyhlášky rozumí prostor splňující požadavky podle části I. bodů 22 a 23 přílohy č. 4 k vyhlášce č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.
3. Poskytovatel jednodenní péče společně s výkonem jednodenní péče vykazuje poskytnuté výkony podle seznamu výkonů a spotřebovaný zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, a to za účelem zařazení výkonu jednodenní péče podle bodu 5; úhrada těchto výkonů, materiálu a léčivých přípravků je zahrnuta v úhradě za výkon jednodenní péče podle bodu 5. Při zařazení výkonu jednodenní péče podle bodu 5 se na základě stanovené vazby na CZ-DRG skupinu přiměřeně použije Klasifikace, přičemž pokud výkon nelze takto zařadit, nelze jej uhradit jako výkon jednodenní péče podle této přílohy. V případě, že zdravotní pojišťovna vykazování podle tohoto bodu poskytovateli neumožnila, úhrada podle bodu 1 se navýší o 5 %.
4. Vyžádanou extramurální péčí se rozumí péče související s poskytováním hrazené jednodenní péče u poskytovatele, kterou si poskytovatel vyžádal, která byla pojištěnci poskytnuta jiným poskytovatelem v době od přijetí pojištěnce na lůžko jednodenní péče do jeho propuštění z tohoto lůžka a kterou tento jiný poskytovatel vykazuje zdravotní pojišťovně.

5. Výše úhrad za hrazené služby jednodenní péče:

Autorská odbornost	Kód výkonu	CZ-DRG skupina	Kritický výkon podle seznamu výkonů nebo DRG marker podle Klasifikace	Název výkonu nebo CZ-DRG skupiny	Výše jednodenní úhrady
501	10133	05-I30-01	54930	Vysoká ligatura venae saphenae magnaе + stripping subfasciální ligatury vv. perforantes - jedna noha	37 782 Kč
501	10418	05-I30-01	54930	Vysoká ligatura venae saphenae magnaе + stripping subfasciální ligatury vv. perforantes - obě nohy	59 500 Kč
501	10827	05-I30-02	07496	Operace povrchových končetinových žil termickými metodami	26 134 Kč
501	10806	06-I15-00	90823; 90853	Antirefluxní plastika; fundoplikace laparoskopicky	89 864 Kč
501	10408	06-I16-02	90838	Výkon laparoskopický a torakoskopický - hernioplastika oboustranná primární	67 477 Kč
501	10407	06-I16-03	90796; 90824	Výkon laparoskopický a torakoskopický - hernioplastika jednostranná primární nebo hernioplastika recidivující kýly	51 568 Kč
501	10826	06-I16-04	51511	Otevřený chirurgický výkon pro tříselnou nebo stehenní kýlu u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-2	36 771 Kč
501	10412	06-I16-05	52313	Otevřený chirurgický výkon pro tříselnou nebo stehenní kýlu u dětí do 16 let věku s CC=0-2	29 596 Kč
501	10115	06-I17-02	51517	Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu s použitím implantátu nebo korekce rozestupu přímých svalů břišních u pacientů s CC=0-2	51 293 Kč
501	10807	06-I17-03	51519	Výkon pro recidivující břišní nebo pupeční kýlu u pacientů s CC=0-2	48 605 Kč
501	10114	06-I17-04	51515	Operace kýly umbilikální nebo epigastrická – dospělí včetně resekce omenta	27 247 Kč
501	10405	06-I18-05	90795	Výkon laparoskopický a torakoskopický - appendektomie při chronické apendicitidě	43 706 Kč
501	10123	06-I20-02	51713	Diagnostická videolaparoskopie a videotorakoskopie	52 112 Kč
501	10109	06-I21-02	51411	Operace konečníku transanální endoskopickou mikrochirurgickou metodou	24 977 Kč
501	10124	06-I21-02	51813	Operace rozsáhlého pilonidálního sinu, dermoidní cysty excize rozsáhlých perianálních či gluteálních zánětlivých lézí (hidrosadenitis, aktinomykosis, tbc)	29 048 Kč
501	10815	06-I21-02	51419	Místní excize léze rekta transsfinkterická, transvaginální, transperineální, sakrální, transpubická vyjma transanálního přístupu nebo perineální korekce prolapsu anu a rekta	23 448 Kč
501	10112	06-I22-01	51433	Operace hemoroidů dle Longa	33 286 Kč
501	10111	06-I22-02	51425	Hemoroidektomie	23 074 Kč

Autorská odbornost	Kód výkonu	CZ-DRG skupina	Kritický výkon podle seznamu výkonů nebo DRG marker podle Klasifikace	Název výkonu nebo CZ-DRG skupiny	Výše jednodenní úhrady
501	10406	07-I10-06	90818	Výkon laparoskopický a torakoskopický – cholecystektomie prostá	52 854 Kč
501	10103	09-I09-05	51283	Parciální mastektomie bez disekce spádových mizních uzlin	26 978 Kč
501	10800	13-I17-00	90817; 90783; 90836	Adheziolýza I. stupně laparoskopicky; adheziolýza II. stupně laparoskopicky nebo torakoskopicky; laparoskopicky nebo torakoskopicky lýza adhezí přes 10cm ²	49 535 Kč
601	10175	09-I08-02	61443	Rekonstrukce prsu syntetickou vložkou; lze vykázat pouze v centru vysoce specializované péče typu OnkoDosp dle přílohy č. 10	49 758 Kč
601	10176	09-I09-05	61447	Exstirpace žlázy z periareolárních řezu u gynekomastie	26 978 Kč
603	10402	11-I14-02	76601	Mínimálně invazivní uretropexie k léčbě stressové inkontinence	40 180 Kč
603	10193	13-I13-03	63527	Plastika poševní přední nebo zadní s plastikou dna pánevního	46 974 Kč
603	10424	13-I14-02	63589	Salpingektomie nebo adnexektomie a nebo resekce ovaria, ovarektomie, enukleace ovariální cysty, paroviální cystektomie – jedno i oboustranně	67 622 Kč
603	10802	13-I14-03	90804; 90805; 90807; 90808; 90809	Resekční výkon na děložních adnexech pro onemocnění mimo zhoubný novotvar laparoskopickým přístupem – Enukleace jednoduché cysty; resekce cysty ovaria; ovarektomie; adnexektomie; salpingektomie	53 872 Kč
603	10411	13-I16-00	63567	Enukleace myomů děložních abdominálně nebo vaginálně	63 912 Kč
603	10803	13-I17-00	90817; 90836; 90783	Adheziolýza I. stupně laparoskopicky; adheziolýza II. stupně laparoskopicky nebo torakoskopicky; laparoskopicky nebo torakoskopicky lýza adhezí přes 10cm ²	49 535 Kč
603	10121	23-I09-02	90791	Výkon laparoskopický a torakoskopický – sterilizace	40 520 Kč
606	10219	08-I24-02	66419	Artroplastika zápěstí a ruky	42 672 Kč
606	10231	08-I24-02	66453	Exstirpace hlavičky radia, nebo radiální styloidektomie, nebo exstirpace distální části ulny	37 350 Kč
606	10237	08-I24-02	66513	Resekce klíčku nebo akromia	43 225 Kč
606	10238	08-I24-02	66515	Akromioklavikulární / sternoklavikulární rekonstrukce	50 110 Kč
606	10311	08-I24-02	67229	Rekonstrukce rotátorové manžety	40 502 Kč
606	10813	08-I25-02	66950	Osteotomie prvního paprsku nohy	38 911 Kč
606	10814	08-I25-02	66952	Rekonstrukce 2. až 5. paprsku nohy	30 455 Kč
606	10241	08-I26-01	66641	Pozdní rekonstrukce extenzorového aparátu kolena	39 912 Kč

Autorská odbornost	Kód výkonu	CZ-DRG skupina	Kritický výkon podle seznamu výkonů nebo DRG marker podle Klasifikace	Název výkonu nebo CZ-DRG skupiny	Výše jednodenní úhrady
606	10243	08-I26-01	66647	Operační výkony při chondropatiích kolena	68 045 Kč
606	10159	08-I26-03	61255	Rozšířená aponeurektomie u formy dupuytrenovy kontraktury s kontrakturou prstu	30 357 Kč
606	10286	08-I26-03	66849	Operace epikondylitidy	21 841 Kč
606	10310	08-I26-03	67227	Uvolnění svalu / šlachy	33 240 Kč
606	10283	08-I31-04	66841	Exstirpace nádoru měkkých tkání – hluboko uložených	26 817 Kč
606	10447	08-M03-03	66041	Rekonstrukční artroskopie ramene	40 153 Kč
606	10446	08-M03-04	66041	Rekonstrukční artroskopie mimo ramene	48 663 Kč
606	10214	08-M03-05	66039	Složitá operační artroskopie	25 546 Kč
606	10213	08-M03-06	66037	Jednoduchá artroskopie	24 416 Kč
701	10816	03-I14-02	71545; 71551	Chirurgický výkon ve středním uchu pro onemocnění mimo novotvar u pacientů ve věku 3 a více let s CC=0-2	53 073 Kč
701	10817	03-I17-00	71643; 71649; 71651	Plastický nebo rekonstrukční výkon nosu, nosní přepážky nebo nosních kůstek	41 485 Kč
701	10812	03-I18-03	71671	Maxilární intranazální antrostomie – oboustranný výkon	39 820 Kč
701	10315	03-I20-02	71527	Excize jednoduché exostózy ve zvukovodu	42 547 Kč
701	10360	03-I21-00	71765	Adenotomie	25 727 Kč
701	10440	03-I22-02	71729	Přímá laryngoskopie s odstraněním léze	28 267 Kč
701	10809	03-I23-02	71619; 71635; 71639	Jiný endonazální výkon pro onemocnění nosu a nosních dutin mimo zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2	26 126 Kč
706	10830	11-M05-02	76527	Ureterorenoskopie	35 997 Kč
706	10831	11-M05-02	76529	Ureteroskopie s trypsí konkrementu nebo extrakcí vícečetné litiázy	40 603 Kč
706	10399	11-M06-03	76563	Transuretrální resekce nebo discize hrdla měchýře, ev. resekce chlopně uretry, ev. sfinkterotomie	28 707 Kč
706	10832	11-M08-00	76235	Extrakorporální litotrypse solitárního konkrementu rázovou vlnou – medilit	20 762 Kč
706	10833	11-M08-00	76237	Extrakorporální litotrypse mnohočetného ci odlitkového konkrementu – medilit	30 839 Kč
706	10810	12-I08-03	76439; 76440; 76453	Orchiectomie jednostranná; Orchiectomie radikální jednostranná; Epididymektomie jednostranná	38 110 Kč
706	10388	12-I10-02	76443	Orchidopexe	35 641 Kč
706	10811	12-I13-02	76451; 76461	Excize spermatokély nebo operace hydrokély jednostranná; Operace varikokely otevřená jednostranná	31 465 Kč
706	10383	12-I14-00	76427	Cirkumcize, děti od 3 let a dospělí	27 803 Kč
706	10834	12-M01-00	89323	Terapeutická embolizace v cévním řečišti	86 991 Kč

Příloha č. 14

Část A

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

CZ-DRG skupina	Název CZ-DRG skupiny	CZ-DRG jednodenní relativní váha	Podmínky jednodenní úhrady
01-D01-03	Jiný dlouhodobý diagnostický monitoring	0,14179	-
05-D01-02	Implantace arytmiického záznamníku	1,13904	-
05-D01-03	Elektrofyzilogické vyšetření	0,87151	-
05-D01-07	Invazivní diagnostika za použití doplňující zobrazovací nebo funkční vyšetřovací metody pro jinou nemoc oběhové soustavy	0,77514	-
05-D01-08	Invazivní diagnostika pro jinou nemoc oběhové soustavy	0,29214	-
11-I17-03	Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=0	0,3107	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
11-M04-03	Jiný perkutánní výkon na ledvině u pacientů s CC=0	0,45012	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí

Část B

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

CZ-DRG skupina	Název CZ-DRG skupiny	Výše jednodenní úhrady	Podmínky jednodenní úhrady
03-I14-02	Chirurgický výkon ve středním uchu pro onemocnění mimo novotvar u pacientů ve věku 3 a více let s CC=0-2	53 073 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
03-I17-00	Plastický nebo rekonstrukční výkon nosu, nosní přepážky nebo nosních kůstek	41 485 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
03-I18-03	Endoskopický výkon na vedlejších dutinách nosních pro onemocnění mimo zhoubný novotvar	39 820 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
03-I20-02	Chirurgický výkon na zevním uchu u pacientů ve věku 18 a více let	42 547 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí

CZ-DRG skupina	Název CZ-DRG skupiny	Výše jednodenní úhrady	Podmínky úhrady jednodenní
03-I21-00	Odstranění hltanové mandle	25 727 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
03-I22-02	Endoskopický výkon na hrtanu pro onemocnění mimo novotvar	28 267 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
03-I23-02	Jiný endonazální výkon pro onemocnění nosu a nosních dutin mimo zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2	26 126 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
06-I15-00	Výkon pro brániční kýlu nebo refluxní chorobu	89 864 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
06-I18-05	Odstranění apendixu pro méně rozsáhlý zánět nebo jiné onemocnění u pacientů ve věku 18-64 let s CC=0-1	43 706 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
06-I20-02	Jiný chirurgický výkon pro onemocnění trávicí soustavy mimo akutní bolest břicha a jiné symptomy u pacientů s CC=0-1	52 112 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
06-I21-02	Perianální výkon pro méně závažné onemocnění	23 600 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
07-I10-06	Odstranění žlučníku laparoskopicky pro jiné onemocnění mimo akutní zánět slinivky břišní u pacientů s CC=0	52 854 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
08-I24-02	Operace pletence ramenního, kostí předloktí a zápěstí mimo poranění pro méně závažnou hlavní diagnózu	43 261 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
08-I25-02	Operace kostí nártu, dlaně a prstů mimo poranění pro méně závažnou hlavní diagnózu	34 387 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
08-I26-01	Operace vazivového aparátu kolene mimo poranění	57 313 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
08-I26-03	Chirurgické uvolnění svalů a šlach mimo poranění	27 570 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
08-I31-04	Ostatní excize a menší výkony na měkkých tkáních a kůži	26 817 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
08-M03-03	Artroskopická dekomprese ramene	40 153 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
08-M03-04	Rekonstrukční artroskopie kloubů mimo rameno	48 663 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
11-M05-02	Extrakce kamene horních cest močových jiným typem ureterorenoskopu	35 796 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí

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

Část C

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

CZ-DRG skupina	Název CZ-DRG skupiny	Výše jednodenní úhrady	Podmínky jednodenní úhrady
06-I22-01	Chirurgické odstranění hemoroidů staplerovou metodou	33 286 Kč	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
06-I22-02	Chirurgické odstranění hemoroidů klasickou metodou	23 074 Kč	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
08-M03-05	Složitá artroskopie	25 546 Kč	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
08-M03-06	Jednoduchá artroskopie	24 416 Kč	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
13-I19-00	Malý operační výkon pro onemocnění ženské reprodukční soustavy	20 863 Kč	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí

Část D

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

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

CZ-DRG skupina	Název CZ-DRG skupiny	Výše jednodenní úhrady	Podmínky jednodenní úhrady
05-I25-03	Implantace dvoudutinového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3	79 249 Kč	-
05-I25-04	Implantace jednodutinového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3	60 968 Kč	-
05-M03-00	Endovaskulární výkon na srdci	189 123 Kč	-
05-M05-02	Katetrizační ablace komplexních forem arytmií	212 172 Kč	-
05-M05-03	Katetrizační ablace jednoduchých forem arytmií	118 192 Kč	-
05-M05-04	Katetrizační ablace atrioventrikulární junkce	74 929 Kč	-
05-M06-03	Komplexní angioplastika 2 a více věnčitých tepen za použití zobrazovacích nebo rotačních technik	168 257 Kč	-
05-M06-04	Komplexní angioplastika 1 věnčité tepny za použití zobrazovacích nebo rotačních technik	120 030 Kč	-
05-M06-07	Angioplastika 2 a více věnčitých tepen při jiném onemocnění srdce	109 628 Kč	-
05-M06-08	Angioplastika 1 věnčité tepny při jiném onemocnění srdce	75 158 Kč	-
05-M09-00	Dočasná srdeční stimulace nebo úprava endokardiální elektrody	46 290 Kč	-
06-I17-02	Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu s použitím implantátu nebo korekce rozestupu přímých svalů břišních u pacientů s CC=0-2	51 293 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
09-I08-02	Rekonstrukce jednoho prsu implantátem nebo rekonstrukce obou prsů místní tkání	49 758 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
09-I09-05	Resekce jednoho prsu pro ostatní onemocnění u pacientů s CC=0	26 978 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
11-I14-02	Závěsná nebo slingová operace močové trubice u žen	40 180 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
12-I10-02	Rekonstrukční výkon otevřeným přístupem nebo exploratorní výkon pro onemocnění varlat nebo testikulárních adnex	35 641 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
12-I13-02	Odstranění varikokély, hydrokély a spermatokély otevřeným přístupem u pacientů s CC=0-2	31 465 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
14-I08-03	Jiný malý operační výkon v těhotenství, po porodu nebo po potratu bez závažné diagnózy	18 664 Kč	vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí

Část E

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

CZ-DRG skupina	Název CZ-DRG skupiny	Výše jednodenní úhrady	Podmínky jednodenní úhrady
05-I30-01	Operace povrchových končetinových žil s ošetřením refluxu otevřeným přístupem	38 393 Kč	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
05-I30-02	Operace povrchových končetinových žil termickými metodami	26 134 Kč	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
06-I16-02	Laparoskopický výkon pro oboustrannou tříselnou nebo stehenní kýlu u pacientů s CC=0-2	67 477 Kč	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
06-I16-03	Laparoskopický výkon pro jednostrannou tříselnou nebo stehenní kýlu u pacientů s CC=0-2	51 568 Kč	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
06-I16-04	Otevřený chirurgický výkon pro tříselnou nebo stehenní kýlu u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-2	36 771 Kč	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
06-I16-05	Otevřený chirurgický výkon pro tříselnou nebo stehenní kýlu u dětí do 16 let věku s CC=0-2	29 596 Kč	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
06-I17-03	Výkon pro recidivující břišní nebo pupeční kýlu u pacientů s CC=0-2	48 605 Kč	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí
06-I17-04	Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-2	27 247 Kč	nevykázán doplňkový kód U54 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo vykázán doplňkový kód U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí

Příloha č. 15

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

1. Výše úhrad léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a dalších léčivých přípravků podle bodu 2 písm. b), c), písm. d) podbodu i. a bodu 3 písm. q) se stanoví ve výši uvedené v bodech 2 až 4.
2. Pro léčivé přípravky:
 - a) určené k léčbě onemocnění HIV/AIDS, spinální svalová atrofie, cystická fibróza nebo hereditární angioedém,
 - b) určené k profylaxi dětí vůči respiračnímu syncytiálnímu viru,
 - c) ATC skupiny M09AX09, nebo
 - d) podané pojištěncům do 18 let, pokud jsou
 - i. hrazené podle § 16 zákona, nebo
 - ii. zařazené ve skupinách podle bodu 3, a to i v případě použití těchto léčivých přípravků způsobem podle § 8 odst. 4 zákona o léčivech,

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

Úhrada za léčivé přípravky podle písmen a) až d) nevstupuje do výpočtu podle bodu 3.

3. Pro léčivé přípravky podle bodu 1, neuvedené v bodě 2, zařazené do skupin:

a) Dermatologie (aktinická keratóza, psoriáza těžká a jiná kožní onemocnění)
b) Dýchací soustava 1 (astma, CHOPN)
c) Dýchací soustava 2 (idiopatická plicní fibróza, intersticiální pneumonie)
d) Endokrinologie (akromegalie, endokrinní oftalmopatie, toxická struma štítné žlázy, růstové hormony, hypoparathyreóza, achondroplázie, křivice)
e) Hematoonkologie (leukemie, lymfomatózní meningitida, lymfomy, mnohočetný myelom, myelo-dysplastické syndromy, podpurná hematoonkologie, zhoubné imunoproliferativní nemoci, hematologie)
f) Imunitní systém (autoinflamatorní onemocnění, digitální ulcerace u systémové sklerodermie, polyangiitida, transplantace)
g) Infekce (hepatitida C)
h) Metabolické vady (Fabryho choroba, Gaucherova choroba, Niemann-Pickova choroba, metabolické vady)
i) Neurologie 1 (epilepsie, narkolepsie, migréna, Parkinsonova choroba, substituční léčba)
j) Neurologie 2 (roztroušená skleróza)
k) Oběhový systém (plicní arteriální hypertenze, amyloidóza srdce, symptomatická hypertrofická obstrukční kardiomyopatie)

l)	Oftalmologie (centrální a periferní venózní okluze, choroidální neovaskularizace, většinou podmíněná makulární degenerace, oftalmologie – diabetes mellitus, Leberova optická neuropatie, neinfekční uveitida, autologní buňky lidského rohovkového epitelu)
m)	Onkologie – solidní nádory (hepatocelulární karcinom, nádory hlavy a krku, nádory kolorekta, nádory ledviny, nádory močového ústrojí, nádory mozku, nádory ovarií a dělohy, nádory plic, nádory prostaty, nádory prsu, nádory slinivky, nádory štítné žlázy, nádory z embryonálních buněk, nádory žaludku, osteosarkom, neuroendokrinní tumory, sarkomy měkkých tkání, jiné nádory měkkých tkání, jiné zhoubné nádory kůže, kožní lymfomy, maligní melanom, mezoteliom pleury, hemangiom, gastrointestinální stromální tumory, neurofibrom)
n)	Revmatologie (Bechtěrevova choroba, artritida, systémový lupus erythematosus, psoriatická artritida)
o)	Trávicí soustava (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, syndrom krátkého střeva)
p)	Hepatologie – onemocnění jater a žlučových cest (sekundární trombocytopenie při onemocnění jater)
q)	Léčivé přípravky vyjmuté z metodiky výpočtu relativních vah podle Klasifikace – léčivé přípravky ATC skupin A16AB17, B01AX01, L01AB02, L01FX06, L01XL03, L01XL04, L01XL05, L01XL06, L01XL07, L01XL08 a L04AA41
r)	Ostatní – ostatní léčivé přípravky označené symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb.

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

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

kde:

$\text{Produkce}_{i,CL,2024}$ je celkový objem poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných léčivých přípravků v referenčním období ze skupiny i , podaných pojištěncům, kteří nejpozději v referenčním období dovršili 18 let.

$\text{Produkce}_{i,CL,2026}$ je celkový objem poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných léčivých přípravků v hodnoceném období ze skupiny i , podaných pojištěncům, kteří nejpozději v hodnoceném období dovršili 18 let.

INU_i je index navýšení úhrady pro léčivé přípravky zařazené do skupiny i , uvedený v bodu 4.

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

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

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

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

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

-
- 1) Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 ze dne 29. dubna 2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, v platném znění.
Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009 ze dne 16. září 2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, v platném znění.
Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1231/2010 ze dne 24. listopadu 2010, kterým se rozšiřuje působnost nařízení (ES) č. 883/2004 a nařízení (ES) č. 987/2009 na státní příslušníky třetích zemí, na které se tato nařízení dosud nevztahují pouze z důvodu jejich státní příslušnosti.
 - 2) Dohoda o obchodu a spolupráci mezi Evropskou unií a Evropským společenstvím pro atomovou energii na jedné straně a Spojeným královstvím Velké Británie a Severního Irska na straně druhé.
 - 3) Například sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávií o sociálním zabezpečení, sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 135/2004 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení, sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 2/2007 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Republikou Makedonie o sociálním zabezpečení.
 - 4) Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.
 - 5) Sdělení Českého statistického úřadu č. 495/2003 Sb., o vydání Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), ve znění pozdějších aktualizací.
 - 6) Sdělení Českého statistického úřadu č. 363/2025 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů CZ-DRG.

ISSN 3029-5092

Vydavatel: Ministerstvo vnitra, Nad Štolou 3, poštovní schránka 21, 170 34 Praha 7 • **Redakce Sbírký zákonů a mezinárodních smluv:** Ministerstvo vnitra, nám. Hrdinů 1634/3, poštovní schránka 155/SB, 140 21, Praha 4, telefon: 974 817 289, e-mail: sbirka@mv.gov.cz • Sazba: Tiskárna Ministerstva vnitra, Bartůňkova 1159/4, poštovní schránka 10, 149 00 Praha 11-Chodov • **Právně závazná elektronická verze Sbírký zákonů a mezinárodních smluv je k dispozici na www.e-sbirka.cz** • Tištěnou verzi částky Sbírký zákonů a mezinárodních smluv lze objednat u Tiskárny Ministerstva vnitra, telefon: 974 887 312, e-mail: info@tmv.cz, www.tmv.cz • Předplatné je od 1. 1. 2024 ukončeno.