

**VYHLÁŠKA Č. /2022 Sb.**

ze dne 2022

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

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

## § 1

(1) Tato vyhláška stanoví pro rok 2023:

- a) hodnoty bodu,
- b) výši úhrad hrazených služeb poskytovaných pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon“),
- c) výši úhrad hrazených služeb poskytovaných pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, členských států Evropského hospodářského prostoru a Švýcarské konfederace podle přímo použitelných předpisů Evropské unie upravujících koordinaci systémů sociálního zabezpečení<sup>1)</sup>, pojištěncům Spojeného království podle Dohody o obchodu a spolupráci<sup>2)</sup> a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast hrazených služeb<sup>3)</sup>, (dále jen „zahraniční pojištěnec“),
- d) regulační omezení pro úhrady uvedené v § 3 až 19, poskytované smluvními poskytovateli zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel“).

(2) Poskytovatelem je poskytovatel

- a) lůžkové péče,
- b) v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,
- c) specializované ambulantní péče, poskytovatel dialyzační zdravotní péče a poskytovatel v odbornostech 905, 919 a 927 podle vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami<sup>4)</sup> (dále jen „seznam výkonů“),
- d) ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů,

- 
- 1) Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, v platném znění.  
Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení.  
Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1231/2010, kterým se rozšiřuje působnost nařízení (ES) č. 883/2004 a nařízení (ES) č. 987/2009 na státní příslušníky třetích zemí, na které se tato nařízení dosud nevztahují pouze z důvodu jejich státní příslušnosti.
  - 2) Dohoda o obchodu a spolupráci mezi Evropskou unií a Evropským společenstvím pro atomovou energii na jedné straně a Spojeným královstvím Velké Británie a Severního Irsku na straně druhé.
  - 3) Například sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávií o sociálním zabezpečení, sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 135/2004 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení, sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 2/2007 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Republikou Makedonie o sociálním zabezpečení.
  - 4) Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

- e) v oboru zubní lékařství,
- f) ambulantní péče v odbornostech 222, 801, 802, 806 až 810, 812 až 819 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen „vyjmenovaná odbornost“),
- g) ambulantní péče v odbornostech 914, 916, 921 a poskytovatel domácí péče v odbornostech 925 a 926 podle seznamu výkonů,
- h) ambulantní péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů,
- i) zdravotnické záchranné služby, poskytovatel přepravy pacientů neodkladné péče, poskytovatel zdravotnické dopravní služby, poskytovatel lékařské pohotovostní služby a poskytovatel pohotovostní služby v oboru zubní lékařství,
- j) lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravovna,
- k) lékárenské péče,
- l) jednodenní péče.

## § 2

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

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

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

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

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

## § 3

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

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

(3) V případě sloučení zdravotních pojišťoven se pojištěnec, za kterého byly v hodnoceném období, v referenčním období nebo v referenčním období roku 2019 uhrazeny hrazené služby více než jednou ze sloučených zdravotních pojišťoven, započte do počtu unikátních pojištěnců pouze jednou.

(4) Globálním unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí pojištěnec zdravotní pojišťovny ošetřený poskytovatelem lůžkové péče v libovolné odbornosti v rámci

vlastních či vyžádaných zdravotních služeb v hodnoceném období, v referenčním období nebo v referenčním období roku 2019 alespoň jednou, pokud není dále stanoveno jinak.

(5) Pokud byl globální unikátní pojištěnec poskytovatelem ošetřen v hodnoceném období nebo, v referenčním období v referenčním období roku 2019 vícekrát, a to bez ohledu na počet odborností, v nichž byl pojištěnec ošetřen, zahrnuje se do počtu globálních unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených u daného poskytovatele pouze jednou.

(6) V případě sloučení zdravotních pojišťoven se pojištěnec, za kterého byly v hodnoceném období, v referenčním období nebo v referenčním období roku 2019 uhrazeny hrazené služby více než jednou ze sloučených zdravotních pojišťoven, započte do počtu globálních unikátních pojištěnců pouze jednou.

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

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

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

#### § 4

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

#### § 5

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

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

#### § 6

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

---

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

## § 7

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

## § 8

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

## § 9

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

## § 10

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

## § 11

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

## § 12

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

## § 13

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

## § 14

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

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

## § 15

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

a) poskytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu s hodnotou bodu ve výši 1,33 Kč,

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

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

#### § 16

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

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

#### § 17

(1) Pro komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé, děti a dorost poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za 1 den pobytu ve výši 108 % smluvně sjednané úhrady za 1 den pobytu pro rok 2022. Nebyla-li úhrada za 1 den pobytu pro rok 2022 sjednána do 31. prosince 2022 včetně, stanoví se úhrada ve výši úhrady hrazené srovnatelným poskytovatelům. Úhrada za ubytování a stravu průvodce pojištěnce se stanoví ve stejné výši jako úhrada za tyto složky u pojištěnců, kterým je poskytována komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče pro dospělé.

(2) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé, děti a dorost poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za 1 den pobytu ve výši 108 % smluvně sjednané úhrady za 1 den pobytu pro rok 2022. Nebyla-li úhrada za 1 den pobytu pro rok 2022 sjednána do 31. prosince 2022 včetně, stanoví se úhrada ve výši úhrady hrazené srovnatelným poskytovatelům.

(3) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči se stanoví úhrada 35 Kč za vykázaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů. Tento výkon může být pojišťovně vykázan maximálně třikrát během jednoho léčebného pobytu pojištěnce.

(4) Pro hrazené služby poskytované v ozdravovnách se stanoví úhrada za 1 den pobytu ve výši 1 154 Kč, která se skládá ze složky ubytování, stravování a složky ozdravný program. Úhrada za ubytování a stravu průvodce pojištěnce se stanoví ve stejné výši jako úhrada za tyto složky u pojištěnců, kterým jsou poskytovány hrazené služby v ozdravovnách.

#### § 18

(1) Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 49 Kč.

(2) Úhrada podle odstavce 1 se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby.

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

## § 19

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

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

## § 20

(1) Úhrada za hrazené služby jednodenní péče podle zákona o zdravotních službách<sup>6)</sup> v oboru chirurgie se stanoví následovně:

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

kde:

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

$Úhrada_{JP,i}$  je výše úhrady za výkon  $i$  jednodenní péče v oboru chirurgie, kde  $i$  nabývá hodnot 1 až  $n$  a označuje výkon jednodenní péče v oboru chirurgie uvedený v příloze č. 13 k této vyhlášce.

$Počet\_výkonů_{JP,i}$  je počet výkonů  $i$  jednodenní péče v oboru chirurgie poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v hodnoceném období, kde  $i$  nabývá hodnot 1 až  $n$  a označuje výkon jednodenní péče v oboru chirurgie uvedený v příloze č. 13 k této vyhlášce.

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

(2) Úhrada podle odstavce 1 se vztahuje pouze na zdravotní služby poskytnuté pojištěncům s anesteziologickým rizikem ASA 1 nebo ASA 2 podle mezinárodní klasifikace nemocí, které poskytovatel vykázal zdravotní pojišťovně jako vedlejší diagnózu.

(3) Poskytovatel jednodenní péče v oboru chirurgie společně s výkonem jednodenní péče v oboru chirurgie vykazuje i všechny poskytnuté výkony podle seznamu výkonů; úhrada těchto výkonů je zahrnuta v úhradě za výkon jednodenní péče v oboru chirurgie podle přílohy č. 13 k této vyhlášce.

(4) Vyžádanou extramurální péčí se rozumí péče související s poskytováním hrazené jednodenní péče v oboru chirurgie u poskytovatele, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době od přijetí na lůžko jednodenní péče v oboru chirurgie u poskytovatele do jeho propuštění z tohoto lůžka poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji vykazuje zdravotní pojišťovně.

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

(5) U poskytovatele akutní lůžkové péče se úhrada podle odstavce 1 uplatní pouze pokud je jednodenní péče v oboru chirurgie poskytována na samostatném pracovišti jednodenní péče.

§ 21

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2023.

Ministr:

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

### A) Hrazené služby podle § 5 odst. 1

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

#### 2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

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

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

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

#### 2.2.2 Pro skupiny:

a) Dermatologie (aktinická keratóza, psoriáza těžká a jiná kožní onemocnění)
b) Dýchací soustava 1 (astma, CHOPN)
c) Dýchací soustava 2 (idiopatická plicní fibróza, intersticiální pneumonie)
d) Endokrinologie (akromegalie, endokrinní oftalmopatie, toxická struma štítné žlázy, růstové hormony)
e) Hematoonkologie (leukemie, lymfomatózní meningitida, lymfomy, mnohočetný myelom, myelo-dysplastické syndromy, podpurná hematoonkologie, zhoubné imunoproliferativní nemoci, hematologie)
f) Imunitní systém (autoinflamatorní onemocnění, digitální ulcerace u systémové sklerodermie, polyangiitida, transplantace)
g) Infekce (hepatitida C)
h) Metabolické vady (Fabryho choroba, Gaucherova choroba, Niemann-Pickova choroba, metabolické vady)
i) Neurologie 1 (epilepsie, narkolepsie, migréna, Parkinsonova choroba, substituční léčba)
j) Neurologie 2 (roztřoušená skleróza)
k) Neurologie 3 (spinální svalová atrofie)
l) Oběhový systém (plicní arteriální hypertenze)



m)	Oftalmologie (centrální a periferní venózní okluze, choroidální neovaskularizace, věkem podmíněná makulární degenerace, oftalmologie – diabetes mellitus, vitreomakulární trakce, Leberova optická neuropatie, neinfekční uveitida, autologní buňky lidského rohovkového epitelu)
n)	Onkologie – solidní nádory (hepatocelulární karcinom, nádory hlavy a krku, nádory kolorekta, nádory ledviny, nádory močového ústrojí, nádory mozku, nádory ovarií a dělohy, nádory plic, nádory prostaty, nádory prsu, nádory slinivky, nádory štítné žlázy, nádory z embryonálních buněk, nádory žaludku, osteosarkom, neuroendokrinní tumory, sarkomy měkkých tkání, jiné nádory měkkých tkání, jiné zhoubné nádory kůže, kožní lymfomy, maligní melanom, mezoteliom pleury, hemangiom, gastrointestinální stromální tumory)
o)	Revmatologie (Bechtěrevova choroba, artritida, systémový lupus erythematosus, psoriatická artritida)
p)	Trávicí soustava (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida)
q)	Cystická fibróza
r)	Hepatologie – onemocnění jater a žlučových cest (primární biliární cholangitida)
s)	Ostatní – výše neuvedená onemocnění

se stanoví maximální úhrada takto:

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

kde:

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

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

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

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

Maximální úhrada je stanovena pro všechny skupiny onemocnění dohromady.

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

Skupina	Index navýšení úhrady
a) Dermatologie	1,24
b) Dýchací soustava 1	1,46
c) Dýchací soustava 2	1,37
d) Endokrinologie	1,25
e) Hematoonkologie	1,37
f) Imunitní systém	1,21
g) Infekce	1,05
h) Metabolické vady	1,04
i) Neurologie 1	1,62
j) Neurologie 2	1,08
k) Neurologie 3	1,00
l) Oběhový systém	1,01
m) Oftalmologie	1,08
n) Onkologie – solidní nádory	1,34
o) Revmatologie	0,91

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

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

### 3. Paušální úhrada

3.1 Paušální úhrada zahrnuje hrazené služby zařazené podle pravidel pro Klasifikaci hospitalizovaných pacientů pro rok 2023<sup>7)</sup> (dále jen „Klasifikace“) do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

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

3.3 Pro výkony OD 00031 a 00032 podle seznamu výkonů, vyjmuté z paušální úhrady, se stanoví paušální sazba za ošetrovací den ve výši 503 Kč.

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

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

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

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

kde:

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

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

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

<sup>7)</sup> Sdělení Českého statistického úřadu č. 80/2022 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů CZ-DRG.

a kde IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

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

kde:

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

$$PU_{drg,2019} = \max \left\{ \begin{array}{l} CM_{2019,CZ-DRG,A-D,H} * ZS_{min,2019,PU}; \\ \left( CELK PU_{drg,2019} + \sum_{j=1}^n \dot{U}HR_{ISU}^{2019} + EM_{2019,A-D,H} \right) * \left( \frac{CM_{2019,CZ-DRG,A}}{CM_{2019,CZ-DRG,A-D,H}} \right) \end{array} \right.$$

kde:

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

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

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

250 Kč. Pro ostatní poskytovatele, kteří zajišťují péči na urgentním příjmu, se minimální základní sazba stanoví ve výši 39 790 Kč. Pro ostatní poskytovatele, kteří nezajišťují péči na urgentním příjmu, se minimální základní sazba stanoví ve výši 32 430 Kč.

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

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

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

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

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

$$CM_{red,2023,CZ-DRG,A} = CM_{2023,CZ-DRG,A}$$

kde:

$CM_{2023,CZ-DRG,A}$  je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2022 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

$PPR_{drg,A,2023,4,5}$  je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

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

$PP_{drg,A,2023}$  je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených

podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

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

b) V ostatních případech se redukovaný casemix stanoví takto:

$$CM_{red,2023,CZ-DRG,A} = CM_{1,2023,CZ-DRG,A} + CM_{red,4.5}$$

kde:

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

a kde:

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

kde:

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

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

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

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

#### 4. Úhrada vyčleněná z paušální úhrady

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

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

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

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

kde:

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

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

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

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

- 1) V případě, že:

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

pak:

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

- 2) V případě, že:

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

pak:

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

3) V ostatních případech:

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

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

1) V případě, že:

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

pak:

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

2) V případě, že:

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

pak:

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

3) V ostatních případech:

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

kde:

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

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

kde:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

kde:

$NM_{CMI}$  je nákladový modifikátor, který se stanoví ve výši 1,12 v případě, že  $CMI \geq 5$ ; ve výši 1,07 v případě, že  $5 > CMI \geq 3,3$ ; a ve výši 1 v ostatních případech, kde  $CMI$  je casemix-index vypočtený následovně:

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

kde:

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

$PP_{drg,2019}$  je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodů 3.2, 4.2 a 5.3 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných,



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

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

Parametr	Název parametru	Hodnota
$CZS_{CZ-DRG}$	Centrální základní sazba pro CZ-DRG	68 460
$RK_{CE,horní}$	Horní risk-koridor pro vysoce homogenní péči	0,1
$RK_{CE,dolní}$	Dolní risk-koridor pro vysoce homogenní péči	0
$TS_{CE,horní}$	Horní tempo sblížování sazeb pro vysoce homogenní péči	0,5
$TS_{CE,dolní}$	Dolní tempo sblížování sazeb pro vysoce homogenní péči	0,66
$RK_{DF,horní}$	Horní risk-koridor pro středně homogenní péči	0,2
$RK_{DF,dolní}$	Dolní risk-koridor pro středně homogenní péči	0,1
$TS_{DF,horní}$	Horní tempo sblížování sazeb pro středně homogenní péči	0,5
$TS_{DF,dolní}$	Dolní tempo sblížování sazeb pro středně homogenní péči	0,66

4.6 Pro OD 00031 a 00032 se stanoví paušální sazba za ošetrovací den ve výši 503 Kč.

#### 5. Úhrada formou případového paušálu podle CZ-DRG

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

5.2 Pro OD 00031 a 00032 se stanoví paušální sazba za ošetrovací den ve výši 503 Kč.

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

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

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

5.6 Výše úhrady formou případového paušálu se stanoví jako  $ÚHR_{PP,CZ-DRG,202}$  podle výrazu:

$$ÚHR_{PP,CZ-DRG,2023} = CM_{2023,CZ-DRG,BGI} * ZS_{CZ-DRG} + CM_{red,2023,CZ-DRG,H} * ZS_{CZ-DRG} * KP_{Trans} * KP_{Krit} - EM_{2023,BGHI}$$

kde:

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

$EM_{2023,BGHI}$  je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou

uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech B, G, H a I k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

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

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

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

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

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

V ostatních případech se redukovaný casemix stanoví následovně:

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

kde:

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

$LOS_{2019,CZ-DRG,H}^{median}$  je medián délky hospitalizace u případů hospitalizací přepočtených podle bodu 5.3 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období roku 2019, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

$LOS_{2023,CZ-DRG,H}^{median}$  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.

U poskytovatele, který v referenčním období roku 2019 nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou nebo neposkytoval akutní lůžkovou péči zařazenou podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10,

části H, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu  $CM_{red,2023,CZ-DRG,H}$  následující referenční hodnotu:

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

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

- a) počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce, které byly ukončeny přeložením pacienta k poskytovateli následné psychiatrické péče, nepřekročí 60 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce,
  - b) počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce, které byly ukončeny přeložením pacienta k jinému poskytovateli akutní psychiatrické péče, nepřekročí 10 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce,
  - c) poskytovatel zajišťuje nepřetržitou péči v režimu 24 hodin denně 7 dní v týdnu při příjmu pacientů k hospitalizacím zařazovaným podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.
6. V případě hrazených služeb poskytnutých zahraničním pojištěncům a dále v případě, že poskytovatel poskytne v referenčním období roku 2019 nebo hodnoceném období hrazené služby v rámci 50 a méně případů hospitalizací pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby následovně:

$$\begin{aligned} \dot{U}hr_{pod50,EU,CZ-DRG,2023} = & CM_{pod50,EU,CZ-DRG,A-G,I,2023} * ZS_{pod50,EU} - EM_{pod50,EU,2023} \\ & + CM_{pod50,CZ-DRG,H,2023} * ZS_{pod50,EU} * KP_{Trans} * KP_{Krit} \\ & + CM_{EU,CZ-DRG,H,2023} * ZS_{pod50,EU} \end{aligned}$$

kde:

$CM_{pod50,EU,CZ-DRG,A-G,I,2023}$  je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech A až G a I k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2022 uvedenými v příloze č. 10, částech A až G k této vyhlášce.

$CM_{pod50,CZ-DRG,H,2023}$  je počet případů hospitalizací českých pojištěnců poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2022 uvedenými v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

$CM_{EU,CZ-DRG,H,2023}$  je počet případů hospitalizací zahraničních pojištěnců poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných,

ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2022 uvedenými v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

$EM_{pod50,EU,2023}$  je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

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

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

kde:

$NM_{pod50,EU,CMI}$  je nákladový modifikátor, který se stanoví ve výši 1,25 v případě, že  $CMI \geq 5$ ; ve výši 1,15 v případě, že  $5 > CMI \geq 3,3$ ; a ve výši 1 v ostatních případech.

7. Ambulantní složka úhrady zahrnuje úhradu specializované ambulantní péče, hrazených služeb v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství, hrazených služeb poskytovaných ve vyjmenovaných odbornostech, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby a hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v odbornostech 902, 903, 905, 914, 916, 917, 919, 921, 925, 926 a 927 podle seznamu výkonů (dále jen „ambulantní péče“) s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje vyšetření pacienta při příjmu k hospitalizaci a při propuštění z hospitalizace.
  - 7.1 Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazené kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví podle přílohy č. 2 k této vyhlášce, s výjimkou navýšení úhrady uvedené v části A bodě 2 písm. a) a bodech 7 a 8 přílohy č. 2 k této vyhlášce a s výjimkou regulačních omezení uvedených v části D přílohy č. 2 k této vyhlášce, která se pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nepoužijí.
  - 7.2 Pro specializovanou ambulantní péči, s výjimkou hrazených služeb uvedených v bodu 7.11 a 7.12, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 a 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. h) a bodu 2 písm. d) přílohy č. 3 k této vyhlášce se nepoužije; dále se nepoužijí výpočet celkové úhrady podle části A bodu 3 přílohy č. 3 k této vyhlášce a regulační omezení uvedená v části B přílohy č. 3 k této vyhlášce.

- 7.3 Pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů, s výjimkou hrazených služeb uvedených v bodu 7.12 a výkonů preventivního screeningu na přítomnost SARS-CoV-2 metodou PCR v souvislosti s diagnózou U07.1, U69.75 nebo Z11.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo výkonů o průkazu antigenu SARS-CoV-2, se hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 2 a části B bodu 2 přílohy č. 5 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu uvedené v části A bodě 2 písm. b) a c), a v bodech 5, 6 a 7 a výpočet celkové úhrady podle části A bodu 4 a podle části B a bodu 3 přílohy č. 5 k této vyhlášce se nepoužijí.
- 7.4 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 přílohy č. 4 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 2 a 3 přílohy č. 4 k této vyhlášce, výpočet celkové úhrady podle části A bodu 5 přílohy č. 4 k této vyhlášce, a regulační omezení uvedená v části C přílohy č. 4 k této vyhlášce se nepoužijí. Hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám v souvislosti se zaevidováním těhotné pojištěnky k porodu a předporodní ambulantní péči ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče poskytovatele v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů uhradí zdravotní pojišťovna souhrnnou úhradou ve výši 2 138 Kč. Souhrnná úhrada je uhrazena jen poskytovateli, který pojištěnku zaevidoval k porodu na základě žádanky registrujícího poskytovatele odbornosti 603 nebo 604, a to pouze jedenkrát za těhotenství pojištěnky. V souhrnné úhradě jsou zahrnuty veškeré hrazené služby od 36. týdne těhotenství související se zaevidováním těhotné ženy k porodu a s následnou předporodní ambulantní péčí v zařízení až do data porodu, včetně úhrady za výkony č. 63115, 63415, 63417, 09119, 63055, 63022 a 63023 podle seznamu výkonů, přičemž tyto výkony nejsou v období mezi 36. týdnem těhotenství a porodem hrazeny podle seznamu výkonů ani poskytovateli, který těhotnou pojištěnku zaevidoval k porodu, ani jiným poskytovatelům, s výjimkou výkonů, které je neevidující poskytovatel oprávněn vykázat jako nepravidelnou péči o těhotnou pojištěnku. Souhrnná úhrada podle tohoto bodu nevylučuje úhradu registrujícímu poskytovateli za třetí trimestr těhotenství podle části A bodu 4 písm. c) přílohy č. 4.
- 7.5 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 a 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 3 přílohy č. 6 k této vyhlášce a výpočet celkové úhrady podle části A bodu 4 přílohy č. 6 k této vyhlášce se nepoužije. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 926 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části B bodu 4 přílohy č. 6 k této vyhlášce, přičemž výpočet celkové úhrady podle části B bodu 4 přílohy č. 6 k této vyhlášce se nepoužije.
- 7.6 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle bodu 1 a 2 přílohy č. 7 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle bodu 3 a výpočet celkové úhrady podle bodu 4 přílohy č. 7 k této vyhlášce se nepoužije.
- 7.7 Pro hrazené služby poskytované poskytovateli dialyzační péče hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodů 1 až 3 přílohy č. 8 k této vyhlášce, přičemž regulační omezení uvedená v části C přílohy č. 8 k této vyhlášce se nepoužijí. Při splnění kvalitativních ukazatelů dialyzační péče podle přílohy č. 8 k této vyhlášce se úhrada za navýšení hodnoty bodu podle části A a za hrazené služby podle části B přílohy č. 8 k této vyhlášce nezapočítá do úhrady podle bodu 7.15.

- 7.8 Výkony poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle § 15.
- 7.9 Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,06 Kč.
- 7.10 Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby, s výjimkou výkonu č. 09563 podle seznamu výkonů, se hradí podle § 16.
- 7.11 Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornostech 305, 306, 308, 309 a výkony podle kapitoly 931 seznamu výkonů poskytované poskytovateli poskytujícími hrazené služby v odbornostech 901 a 931 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. a) a h) přílohy č. 3 k této vyhlášce. Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornostech 901 podle seznamu výkonů s výjimkou výkonů podle kapitoly 931 seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. b) a h) přílohy č. 3 k této vyhlášce. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 914 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce. Pro poskytovatele splňující podmínky pro paušální bonifikaci za poskytování psychiatrické krizové péče při urgentním příjmu podle bodu 7.14 se hodnota bodu pro hrazené služby poskytované v rámci samostatné ambulance psychiatrické krizové péče nebo v rámci samostatného pracoviště psychiatrické krizové péče v odbornostech 305, 308, 901 a 914 podle seznamu výkonů stanoví ve výši 1,41 Kč a v odbornosti 306 podle seznamu výkonů a pro výkony podle kapitoly 931 seznamu výkonů ve výši 1,58 Kč, přičemž hodnoty bodu pro tyto odbornosti podle věty první až třetí tohoto bodu se u těchto poskytovatelů a těchto služeb nepoužijí. Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornostech 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. c) a h) přílohy č. 3 k této vyhlášce. Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 006 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,16 Kč.
- 7.12 Hrazené služby poskytované v odbornosti 806 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 přílohy č. 5 k této vyhlášce. Výkony č. 89111 až 89131, 89663, 89664 a 89665 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 3, 5 a 6 přílohy č. 5 k této vyhlášce. Výkony č. 95198, 95199, 95201, 95202 a 95203 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 1 přílohy č. 5 k této vyhlášce. Výkony novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,31 Kč. Výkony č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445, 15446 a 15950 podle seznamu výkonů, vykázané v odbornosti 105 podle seznamu výkonů v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. g) a h) přílohy č. 3 k této vyhlášce. Výkon screeningu č. 25507 podle seznamu výkonů, poskytovaný poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 205 podle seznamu výkonů, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. g) a h) přílohy č. 3 k této vyhlášce. Výkony č. 82301, 82302 a 82304 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 2 písm. d) přílohy č. 5 k této vyhlášce. Výkon č. 09115 podle seznamu výkonů vykázaný u pacientů s diagnózou U07.1, U69.75 nebo Z11.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 2 písm. e) přílohy č. 5 k této vyhlášce. Výkon č. 81733 podle seznamu

výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 2 písm. c) přílohy č. 5 k této vyhlášce.

7.13 Výkony č. 88101 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,09 a výkon č. 09563 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,13 Kč.

7.14 Pro hrazené služby poskytované na urgentním příjmu v odbornosti 719 podle seznamu výkonů se úhrada stanoví následovně:

$$\dot{U}hr_{Urg,2023} = \max \{ \min [ \dot{U}hr_{Urg,ref} * 1,5; \max ( \dot{U}hr_{Urg,ref} * 0,75; PB_{Urgent,2023} * HB_{Urgent} ) ]; PB_{Urgent,2023} * HB_{Urgent} * 0,5 \} + K * CKP_{bonifikace,2023}^{paušální}$$

kde:

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

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

$\dot{U}hr_{Urg,ref}$  je navýšení úhrady za urgentní příjem, které zdravotní pojišťovna poskytovateli uhradila v referenčním období. V případě, že poskytovatel v referenčním období neposkytoval péči na urgentním příjmu, stanoví se  $\dot{U}hr_{Urg,ref}$  ve výši úhrady hrazené srovnatelným poskytovatelům.

$K$  nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu, kde je poskytován urgentní příjem, podle bodu 2 přílohy č. 9 k této vyhlášce.

$CKP_{bonifikace,2023}^{paušální}$  je paušální bonifikace za poskytování psychiatrické krizové péče při urgentním příjmu, která se stanoví následovně:

- a) poskytovateli, který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé nebo pro děti podle zákona o zdravotních službách a který zajišťuje na urgentním příjmu současně poskytování psychiatrické krizové péče pro děti a dospělé v samostatné místnosti (dále jen „samostatná ambulance“) a akutní lůžkovou péči v psychiatrických lůžkových oborech, se  $CKP_{bonifikace,2023}^{paušální}$  stanoví ve výši 1 000 000 Kč,
- b) poskytovateli, který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé nebo pro děti podle zákona o zdravotních službách a který zajišťuje při urgentním příjmu současně poskytování psychiatrické krizové péče pro děti a dospělé na samostatném pracovišti a akutní lůžkovou péči v psychiatrických lůžkových oborech, se  $CKP_{bonifikace,2023}^{paušální}$  stanoví ve výši 2 500 000 Kč.

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

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

- b) samostatná ambulance psychiatrické krizové péče je personálně zajištěna vyčleněným zdravotnickým pracovníkem se způsobilostí k provádění psychiatrické krizové intervence a dále stávajícími zdravotnickými pracovníky poskytovatele z pracovišť s odborností 305, 306, 308, 901 a 914 podle seznamu výkonů se způsobilostí k provádění psychiatrické krizové intervence,
- c) poskytovatel zajišťuje personální zabezpečení psychiatrické krizové péče na urgentním příjmu takovým způsobem, aby vždy bylo zároveň zajištěno minimální personální zabezpečení podle vyhlášky o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb pro ostatní hrazené služby v psychiatrických oborech.

7.14.2 Úhrada podle bodu 7.14 písm. b) náleží poskytovateli při současném splnění následujících podmínek po celé hodnocené období:

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

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

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

kde:

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

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

a kde:

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

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



a kde:

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

$\dot{U}hr\_amb_{2023,kompl}$  je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodu 7.3, která se stanoví ve výši:

$$\dot{U}hr\_amb_{2023,kompl} = \max \left\{ \min \left[ \dot{U}hr\_amb_{2019,kompl} * 1,21 * BON_{16/7,kompl}; Hodnota\_p\acute{e}\check{c}e_{2023,kompl} \right]; \min \left[ 1,21; \frac{Hodnota\_p\acute{e}\check{c}e_{2023,kompl} * 1,21}{Hodnota\_p\acute{e}\check{c}e_{2019,kompl}} \right] * \dot{U}hr\_amb_{2019,kompl} * BON_{16/7,kompl} \right\}$$

kde:

$\dot{U}hr\_amb_{2019,kompl}$  je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období roku 2019 podle bodu 7.3, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce, která je vypočtená takto:

$$\dot{U}hr\_amb_{2019,kompl} = \dot{U}hr\_amb_{2019} * \frac{Hodnota\_p\acute{e}\check{c}e_{2019,kompl}}{Hodnota\_p\acute{e}\check{c}e_{2019}}$$

kde:

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

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

kde:

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

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

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

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

a kde:

$Hodnota\_péče_{2023,kompl}$  je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.3 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

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

kde:

$PB_{i,2023,kompl}$  je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období, kde  $i=1$  až  $n$ , kde  $n$  je počet výkonů podle bodu 7.3.

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

a kde:

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

$$Úhr\_amb_{2023,ost} = \left. \begin{array}{l} \max\{\min[Úhr\_amb_{2019,ost} * 1,22 * BON_{16/7,ost}; Hodnota\_péče_{2023,ost}]; \\ \min\left[1,22; \frac{Hodnota\_péče_{2023,ost} * 1,21}{Hodnota\_péče_{2019,ost}}\right] * I_{zp\_amb} * Úhr\_amb_{2019,ost} * BON_{16/7,ost}\right\} \end{array} \right\}$$

kde:

$I_{zp\_amb}$  je index změny produkce vypočtený takto:

$$I_{zp\_amb} = \max\left[1; IZ_{GAUP} * ARCTG\left(2,5 * \frac{Hodnota\_péče_{2023,ost} * 1,04}{Hodnota\_péče_{2019,ost}} - 1,118\right)\right]$$

a kde:

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

$$Úhr\_amb_{2019,ost} = Úhr\_amb_{2019} * \frac{Hodnota\_péče_{2019,ost}}{Hodnota\_péče_{2019}}$$

kde:

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

$$Hodnota\_péče_{2019,ost} = \left( \sum_{i=1}^n \{PB_{i,2019,ost} * HB_{i,2023}\} + KP_{2019,ost} \right) * BON_{16/7,ost}$$

kde:

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

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

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

a kde:

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

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

kde:

$PB_{i,2023,ost}$  je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období, kde  $i=1$  až  $n$ , kde  $n$  je počet výkonů podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10.

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

a kde:

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

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

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

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

kde:

*GAUP*<sub>2023</sub> je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v hodnoceném období vykázány a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10.

*GAUP*<sub>2019</sub> je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v referenčním období roku 2019 vykázány a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10.

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

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

## 8. Ostatní úhrady

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

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

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

8.4 Poskytovateli, který zajišťuje po celé hodnocené období paliativní péči prostřednictvím samostatného konziliárního týmu paliativní péče v rozsahu minimálně 0,5 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, 0,5 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru, který je základním oborem pro nastavbový obor paliativní medicína nebo lékař se specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, 1,0 úvazku všeobecné sestry, z toho minimálně 0,2 úvazku dětské sestry v případě paliativních týmů pro děti, 0,5 úvazku zdravotně-sociálního pracovníka a 0,5 úvazku klinického psychologa nebo psychologa ve zdravotnictví, pokud je zajištěna dostupnost a odborný dohled klinického psychologa se stanoví úhrada ve výši  $K \times 2\,966\,760$  Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce. Poskytovateli, který nesplňuje podmínky podle věty první, ale zajišťuje po celé hodnocené období paliativní péči prostřednictvím samostatného konziliárního týmu paliativní péče v rozsahu minimálně 0,3 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, 0,2 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru, který je základním oborem pro nastavbový obor paliativní medicína nebo lékař se specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, 0,5 úvazku všeobecné sestry, z toho minimálně 0,2 úvazku dětské sestry v případě paliativních týmů pro děti, 0,25 úvazku zdravotně-sociálního pracovníka a 0,25 úvazku klinického psychologa nebo psychologa ve zdravotnictví, pokud je zajištěna dostupnost a odborný dohled klinického psychologa se stanoví úhrada ve výši  $K \times 1\,483\,920$  Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce. V případě, že poskytovatel má statut centra vysoce specializované onkologické péče, pojišťovna uhradí činnost až dvou konziliárních týmů paliativní péče.

- 8.5 Poskytovateli, který zajišťuje urgentní příjem a zároveň zajišťuje společně s urgentním příjmem i přidružený provoz lékařské pohotovostní služby, se zvýší úhrada o  $K \times 2\,700\,000$  Kč, kde  $K$  nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese, kde je poskytován urgentní příjem, podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce.
- 8.6 Nejpozději do 180 dnů po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli 1,70 Kč za každou uznanou položku na receptu, který vystavil v elektronické podobě v hodnoceném období, na jejímž základě došlo k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění.
- 8.7 Poskytovateli, který je v hodnoceném období součástí referenční sítě poskytovatelů akutní lůžkové péče podle §41a zákona, se úhrada navyšuje následovně:

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

kde:

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

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

9. Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím roku 2019 se dohodnou ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.
10. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny předpokládané úhrady za hodnocené období. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zahrne změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb, včetně změny počtu hospitalizací, počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.

## B) Hrazené služby podle § 5 odst. 2

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

- a) Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetrovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného OD včetně režie přiřazené k ošetrovacímu dni a kategorie pacienta podle seznamu výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření, a výkony agregované do ošetrovacího dne podle seznamu výkonů.
- b) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období, s výjimkou dnů hospitalizace OD 00031, 00032, 00098 a 00099, se stanoví ve výši:

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

kde:

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

- c) KN se stanoví součtem hodnot navýšení podle kritérií definovaných v písmenech d) a e).
- d) KN se navýší o 0,003 pro daný typ OD za každé kritérium, které poskytovatel v hodnoceném období splňuje. Zdravotní pojišťovna vyhodnotí plnění kvalitativního kritéria po skončení hodnoceného období. Jedná se o následující kritéria vázaná na daný typ OD:
  - i. Personální zabezpečení (vztaheno k úvazku na sledovaném pracovišti):
    - (1) Sestra specialista na hojení ran – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00023, 00024 a 00030,
    - (2) Nutriční terapeut – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00027, 00028 a 00030,
    - (3) Ergoterapeut – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek, pro OD 00024 a 00005,
    - (4) Logoped – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek pro OD 00024,
    - (5) Psycholog ve zdravotnictví – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024 a 00030.
  - ii. Technické vybavení:
    - (1) Průměrný počet lůžek na pokoji – nejvýše 2,5 lůžka na pokoj u OD 00005, 00022, 00023 a 00024,
    - (2) Vybavení oddělení elektricky polohovatelnými lůžky – alespoň 75 % elektricky polohovatelných lůžek doložených protokolem o bezpečnostně technické kontrole u OD 00005, 00022, 00023 a 00024.
- e) U poskytovatele, který provedl restrukturalizaci lůžek v rámci reformy psychiatrické péče podle plánu restrukturalizace, který byl schválen Ministerstvem zdravotnictví, se KN dále navýší o 0,03 pro OD 00021 a OD 00026 u kategorií pacienta 1, 2, 3 a 4 podle seznamu výkonů, vykázané do stovacátého dne hospitalizace. Počet dní hospitalizace bude počítán od prvního dne přijetí na lůžko poskytovatele, včetně propustek. V případě, že hospitalizace započala před 1. lednem 2023, bude délka hospitalizace počítána od 1. ledna 2023.
- f) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace OD 00031, 00032, 00098 a 00099 se stanoví v hodnoceném období ve výši, která byla sjednána na rok 2022, navýšené o 6 %.
- g) V případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům se nepoužije koeficient navýšení KN podle písmen d) a e) a úhrada za OD 00021, 00026 se stanoví podle písmene b).

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

- a) OD 00015, 00017 a 00020 jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,46 Kč pro OD 00015, 1,42 Kč pro OD 00017 a 1,41 Kč pro OD 00020.
- b) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce nad 18 let věku maximálně 90 OD 00017, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko následné intenzivní péče (dále jen „NIP“), včetně překladů na jiné pracoviště NIP poskytovatele nebo jiného poskytovatele NIP.
- c) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce do 18 let věku maximálně 365 OD 00017, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko NIP, včetně překladů na jiné

pracoviště NIP poskytovatele nebo jiného poskytovatele NIP. Překročení maximálního počtu hrazených OD 00017 na jednoho unikátního pojištěnce do 18 let věku je možné jen s předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny.

- d) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce maximálně 190 OD 00020, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (dále jen „DIOP“), včetně překladů na jiné pracoviště DIOP poskytovatele nebo jiného poskytovatele DIOP, přičemž překlad na jiné pracoviště DIOP je možný pouze s předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovna může udělit předchozí souhlas s překročením limitu podle předchozí věty.
- e) OD 00033 a 00035 jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,18 Kč.

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

- a) Pro ambulantní péči hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 7 přílohy č. 1 k této vyhlášce.
- b) Pro poskytovatele zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. c) zákona se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,28 Kč.
- c) V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 až C97, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, F00 až F99, G09 až G99 nebo I60 – I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, navyšuje se hodnota bodu o 0,02 Kč.
- d) Celková výše úhrady za výkony poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

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

kde:

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

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

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

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

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

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

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

$PMUP_{ref}$  je průměrná měsíční úhrada za unikátního pojištěnce v roce 2021 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.

$PUM_{2021,i}$  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, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady referenčního období srovnatelných poskytovatelů. V případě, že poskytovatel poskytoval hrazené služby pouze v části referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu hodnot roku 2021 údaje za ty měsíce referenčního období, kdy byly hrazené služby poskytovány.
- f) Pokud poskytovatel poskytl v hodnoceném období nebo v referenčním období hrazené služby 30 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, výpočet celkové výše úhrady podle písmene d) se nepoužije.
- g) Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím se sjednají ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.
- h) Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 120 % úhrady referenčního období. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.

### C) Regulační omezení

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

##### 1.1 Regulační omezení uvedená v bodě 1.4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze

- a) pokud zdravotní pojišťovna sdělila poskytovateli do 30. dubna 2023 hodnotu vyžádané extramurální péče v referenčním období roku 2019 oceněnou hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v referenčním období roku 2019, a zároveň
- b) pokud zdravotní pojišťovna oznámila poskytovateli nejpozději týden před započítáním revize, jestli se bude jednat o revizi náhodného vzorku případů či o revizi vybraných jednotlivých případů.

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

- a) na případy v DRG bázi, v níž poskytovatel vykázal 10 či méně případů, nebo



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

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

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

- a) při revizi jednotlivého případu sníží CM o:

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

nebo

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

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

nebo

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

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

kde:

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

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

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

Statisticky významný počet případů příslušné DRG báze

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

Statisticky méně významný počet případů příslušné DRG báze.

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

CM<sub>původní</sub> je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený relativními vahami těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10, vykázaných poskytovatelem před provedením kontroly zdravotní pojišťovnou.

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

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

2.1 Regulační omezení uvedená v bodech 2.2 a 2.3 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2023 tyto hodnoty referenčního období roku 2019, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:

- a) celkovou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období roku 2019,
- b) celkovou úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období roku 2019, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem,
- c) počet globálních unikátních pojištěnců ošetřených v odbornostech uvedených v části A bodu 7.1, 7.2, 7.4 a 7.10.

2.2 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c), s výjimkou ATC skupiny H01AC01 léčba růstovým hormonem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) vyšší než 110 % průměrné úhrady v referenčním období roku 2019 za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c), zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázan pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do regulačního omezení se nezahrnují léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky schválené revizním lékařem.

2.3 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za péči ve vyjmenovaných odbornostech vyžádanou odbornostmi uvedenými v bodě 2.1 písm. c), indikovanou při poskytování ambulantních služeb, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem a vyžádané péče za výkony č. 82301 a 82302 podle seznamu výkonů, 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 roku 2019, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte

z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu a novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období roku 2019 ocení součinem bodové hodnoty podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2023 a hodnoty bodu platné v hodnoceném období.

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

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

### A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba

1. Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní kapitační sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte jako součin počtu poskytovatelem registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 12 a indexů podle bodu 12. Základní kapitační sazba se stanoví ve výši:
  - a) 65 Kč pro pracoviště poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a pracoviště poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, který na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin a alespoň 2 dny v týdnu umožňuje pojištěncům objednat se na pevně stanovenou hodinu,
  - b) 59 Kč pro pracoviště poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, který na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin,
  - c) 53 Kč pro pracoviště poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, který na tomto pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a) nebo b),
  - d) 58 Kč pro pracoviště poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, který na daném pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a).
2. Základní kapitační sazba:
  - a) podle bodu 1 se navýší o 1,00 Kč v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2023 doloží, že nejméně 50 % lékařů, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli dokladu vydaného příslušnou profesní komorou nebo profesním sdružením v souladu se stavovskými předpisy této komory nebo profesního sdružení osvědčujícího celoživotní vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů podle zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (dále jen „doklad celoživotního vzdělávání lékařů“), přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celý rok 2023; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel doloží zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,
  - b) podle bodu 1 písm. a) až c) se navýší o 2,00 Kč v případě, že poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 podle seznamu výkonů alespoň u 30 % svých registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 40 do 80 let, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených preventivních prohlídek k počtu registrovaných pojištěnců ve věku od 40 do 80 let je 31. prosince 2023 a celková částka, odpovídající navýšení kapitační sazby podle

tohoto ustanovení, bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období,

- c) podle bodu 1 písm. a) se navýší o 2,00 Kč v případě, že poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku, vykázanou výkony č. 02301, 02032 podle seznamu výkonů alespoň u 40 % svých registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 6 do 19 let, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených preventivních prohlídek k počtu registrovaných pojištěnců ve věku od 6 do 19 let je 31. 12. 2023 a celková částka odpovídající navýšení kapitační sazby dle tohoto ustanovení, bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období,
- d) podle bodu 1 se navýší o 1,00 Kč poskytovateli, který předložil před rokem 2023 nebo předloží v průběhu roku 2023 zdravotní pojišťovně rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví podle zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství, pediatrie, dětské lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost a zároveň doloží, že školí lékaře (školence) v rámci vzdělávacího programu. Navýšení kapitační platby se provede od prvního dne měsíce, ve kterém došlo k písemnému oznámení o školení lékaře včetně doložení potvrzení o zařazení tohoto školence do vzdělávacího programu, nejdéle však do konce roku 2023.
3. Poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost, který do 15. března 2024 předloží zdravotní pojišťovně potvrzení poskytovatele, který zajišťuje lékařskou pohotovostní službu, že se prostřednictvím všeobecných praktických lékařů nebo praktických lékařů pro děti a dorost, kteří u něj působí jako nositelé výkonů odbornosti 001 nebo 002 podle seznamu výkonů, v hodnoceném období účastnil alespoň 10 služeb v rámci lékařské pohotovostní služby podle zákona o zdravotních službách se zvýší roční úhrada o  $K \times 40\,000$  Kč, přičemž tato částka bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období,

kde:

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

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

Ústecký	0,7	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Zlínský	0,6	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1

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

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

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

č. výkonu	Název
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
02023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET
02024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET
02033	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET
02034	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET
06111	KOMPLEX – VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA SESTROU VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ
06119	KOMPLEX – ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU
06121	KOMPLEX – LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ
06123	KOMPLEX – EDUKACE, REEDUKACE, OŠETŘOVATELSKÁ REHABILITACE
06125	KOMPLEX – KLYSMA, VÝPLACHY, CÉVKOVÁNÍ, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATETRŮ
06127	KOMPLEX – APLIKACE INHALAČNÍ A LÉČEBNÉ TERAPIE P. O., S. C., I. M., I. V., UV, EVENT.DALŠÍ ZPŮSOBY APLIKACE TERAPIE ČI INSTILACE LÉČIV
06129	NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY

09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09221	INFÚZE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09235	ODSTRANĚNÍ MALÝCH LÉZÍ KŮŽE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM <sup>2</sup>
09253	UVOLNĚNÍ PREPUCIA, VČETNĚ NEOPERAČNÍ REPOZICE PARAFIMOZY
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

6. Pro výkony nezahrnuté do kapitační platby se hodnota bodu stanoví takto:
- pro výkony č. 01021, 01022, 02021, 02022, 02031 a 02032 podle seznamu výkonů poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,40 Kč,
  - pro výkony č. 01201, 01204, 01186, 01188, 02037, 02039, 09532, 02100, 02105, 02125, 02130, 02160, 02161, 15118 a 15119 podle seznamu výkonů poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,30 Kč;
  - pro ostatní výkony nezahrnuté do kapitační platby a pro výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,26 Kč.
7. Hodnota bodu uvedená v bodě 6 se navýší o 0,04 Kč v případě, že poskytovatel příslušné zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2023 doloží, že nejméně 50 % lékařů, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celý rok 2023.
8. Hodnota bodu uvedená v bodě 6 se navýší o 0,06 Kč pro pracoviště poskytovatele v případě, že poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin a zároveň má objednávkový systém, který umožňuje pojištěncům zdravotní pojišťovny objednávat se na pevně stanovenou dobu alespoň dva dny v týdnu.
9. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,5 Kč.
10. Pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,11 Kč.

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

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

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

### **B) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace**

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

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

kde:



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

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

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

### C) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

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

### D) Regulační omezení

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

mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu a screeningu včasného zachytu karcinomu plic podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu, a dále se do vyžádané péče nezahrnují výkony č. 82301 a 82302 podle seznamu výkonů.

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

## Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 7

### A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši:
  - a) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 305, 308 a 309 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,09 Kč. Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 306 podle seznamu výkonů a dále pro výkony podle kapitoly 931 seznamu výkonů poskytované poskytovateli poskytujícími hrazené služby v odbornostech 901 a 931 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 1,30 Kč.
  - b) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 901 podle seznamu výkonů s výjimkou výkonů kapitoly 931 seznamu výkonů a pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 305, 308 a 309 podle seznamu výkonů vykázané v souvislosti s výkony odbornosti 910 podle seznamu výkonů společně s OD 00041 a 00042 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,12 Kč.
  - c) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,09 Kč.
  - d) Pro výkony č. 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629 a 43633 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,84 Kč.
  - e) Pro výkony č. 43652 a 43653 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,21 Kč.
  - f) Pro výkony č. 75347, 75348 a 75427 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 705 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,85 Kč.
  - g) Pro výkony č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950 podle seznamu výkonů, vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 105 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,30 Kč. Pro výkon č. 15446 podle seznamu výkonů, vykázaný v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta podle seznamu výkonů, poskytovaný poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 105 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,12 Kč. Pro výkony screeningů č. 73028, 73029 a 71112 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 701, 702 nebo 704 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,09 Kč. Pro výkon č. 25507 podle seznamu výkonů, poskytovaný poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 205 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,09 Kč.
  - h) Hodnota bodu uvedená v písm. a) až g) se dále při splnění následujících podmínek navýší o:
    - i. 0,04 Kč, pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2022 doloží, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských pracovníků, kteří u něj působí

jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel do jednoho měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,

- ii. 0,05 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u odborností 501 až 507, 601, 602, 605, 606, 701 a 704 až 707 podle seznamu výkonů (dále jen „operační obory“), přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek,
- iii. 0,02 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců, u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v období od 1. ledna 2019 do 31. prosince 2021 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon s výjimkou výkonu č. 09513 podle seznamu výkonů a na které v hodnoceném období vykázal i jiné výkony kromě výkonu č. 09513 podle seznamu výkonů, a pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav.
- iv. 0,06 Kč pro odbornost 306 podle seznamu výkonů a pro výkony podle kapitoly 931 seznamu výkonů poskytované poskytovateli odbornosti 901 podle seznamu výkonů v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti podle seznamu výkonů poskytuje v hodnoceném období hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin týdně nebo v hodnoceném období poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 15 ordinačních hodin týdně a zároveň v rozsahu alespoň o 5 hodin týdně delším než v referenčním období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu ordinačních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek.
- v. 0,06 Kč pro odbornost 306 podle seznamu výkonů v případě, že poskytovatel v hodnoceném období vykázal výkon č. 09532 podle seznamu výkonů alespoň u 20 % ošetřených pojištěnců. Do počtu ošetřených pojištěnců se nezapočítávají pojištěnci, na které byl v hodnoceném období vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

- i) Vypočtená částka odpovídající navýšení hodnoty bodu podle písm. h) bodů iii. a v. bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.
2. Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní péči neuvedenou v bodě 1 se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši:
- a) Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní péči v operačních oborech a odbornostech č. 607 a 807 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,10 Kč.
  - b) Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní péči v odbornostech č. 105, 106, 107, 201, 205, 302, 402, 403 a 705 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,11 Kč.
  - c) Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní péči neuvedenou v písm. a) a b) se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč.
  - d) Hodnota bodu uvedená v písm. a) až c) se dále při splnění následujících podmínek navýší o:
    - i. 0,04 Kč, pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2022 doloží, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských pracovníků, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel do jednoho měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů.
    - ii. 0,05 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek.
    - iii. 0,02 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců, respektive u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v období od 1. ledna 2019 do 31. prosince 2021 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon s výjimkou výkonů č. 09513 podle seznamu výkonů a na které v hodnoceném období vykázal i jiné výkony kromě výkonu č. 09513 podle seznamu výkonů, a pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav.

3. Celková výše úhrady poskytovateli uvedenému v bodě 2 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

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

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 je rovna nebo 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.

**PUROo** je průměrná úhrada za výkony přepočtená podle seznamu výkonů ve znění účinném v hodnoceném 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; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

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

#### **KN**

koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

a) 0,04 – pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději 31. ledna 2022 doloží, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel do jednoho měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,

b) 0,05 – pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek,

c) 0,04 – pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců, respektive u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v období od 1. ledna 2019 do 31. prosince 2021 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon s výjimkou výkonů č. 09513 podle seznamu výkonů a na které v hodnoceném období vykázal i jiné výkony kromě výkonu č. 09513 podle seznamu výkonů, a pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje

přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav,

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

4. U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou nebo neposkytoval péči v dané odbornosti, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce hodnoty za referenční období srovnatelných poskytovatelů v dané odbornosti.
5. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 3 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.
6. Výpočet celkové výše úhrady v dané odbornosti podle bodu 3 se nepoužije v případě poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 100 a méně unikátních pojištěnců při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem  $n/30$ , kde  $n$  se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
7. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu pro jednotlivé výkony a odbornosti ve výši podle bodů 1 a 2, přičemž podmínky pro navýšení úhrady uvedené v bodu 1 písm. h) a bodu 2 písm. d) se pro tyto služby považují za splněné a výpočet celkové výše úhrady podle bodu 3 se pro tyto služby nepoužije.
8. Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon klinického vyšetření podle seznamu výkonů u dětí ve věku od 6 do 18 let se navýší úhrada o 49 Kč. Tato úhrada se nezapočítává do výpočtu celkové výše úhrady dle bodu 3.
9. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 124 % úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.
10. Nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli 1,70 Kč za každou uznanou položku na receptu, který vystavil v elektronické podobě v hodnoceném období, na jejímž základě došlo k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

## **B) Regulační omezení**

1. Regulační omezení uvedená v bodech 2 až 4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2022 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:



- a) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;
  - b) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
  - c) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.
2. Pokud poskytovatel poskytující hrazené služby uvedené v části A bodu 1 dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál vykázané v rámci hrazených služeb uvedených v části A bodu 1 v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
  3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
  4. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče podle věty první se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu, a dále se do vyžádané péče nezahrnují výkony č. 82301 a 82302 podle seznamu výkonů.

Pro účely stanovení výše průměrných úhrad a výše srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2022 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

5. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.
6. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů.
7. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny poskytovatelům specializované ambulantní péče za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období nepřevyší u této zdravotní pojišťovny součet úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
8. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2022 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
9. Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2022 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
10. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
11. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví; ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech.
12. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval nebo neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
13. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 100 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 2 až 4. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem  $n/30$ , kde  $n$  se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
14. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí v případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům.
15. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony

snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.

16. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodů 2 až 4 zdravotní pojišťovna vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.

## Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 8

### A) Hodnota bodu a výše úhrad

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

poskytovatel vykazuje signální výkon ukončení těhotenství mimo zdravotnické zařízení.

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

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

kde:

**NPURO**<sub>2021</sub> je průměrná úhrada za zdravotní výkony, s výjimkou úhrady za výkon č. 09543 podle seznamu výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál

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

**UOP<sub>2023</sub>** je počet unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze výkony č. 09513 nebo 09511 podle seznamu výkonů.

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

Za těhotnou pojištěnku se pro účely vyhodnocení IGV považuje pojištěnka, na kterou byly v hodnoceném období vykázány výkony č. 63053 a 63055 podle seznamu výkonů nebo úhrada podle bodu 4 písm. a), b) nebo c). V případě, že měl poskytovatel v hodnoceném období ve své péči méně těhotných pojištěnek, než odpovídá 1,5 % z počtu RUOP<sub>2022</sub> příslušné zdravotní pojišťovny, IGV se při výpočtu úhrady nepoužije.

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

Za těhotnou pojištěnku se pro účely vyhodnocení IUV považuje pojištěnka, na kterou byly v hodnoceném období vykázány výkony č. 63053 a 63055 podle seznamu výkonů nebo úhrada podle bodu 4 písm. a), b) nebo c). V případě, že měl poskytovatel v hodnoceném období ve své péči méně těhotných pojištěnek, než odpovídá 1,5 % z počtu RUOP<sub>2022</sub> příslušné zdravotní pojišťovny, IUV se při výpočtu úhrady nepoužije.

**EM<sub>2023</sub>** je celková hodnota extramurální péče o těhotné pojištěnky vypočtené podle bodu 4 písm. i). Extramurální péče bude odečtena ve výši maximálně 25 % celkové úhrady podle bodu 4 písm. a) až c).

**F<sub>(t)</sub>** je funkce těhotných, která nabývá hodnoty od 0 do 0,06 a jejíž hodnota se vypočte takto:

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

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

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

kde:

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

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

kde:

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

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

6. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,20 Kč. Pro stanovení úhrady podle první věty se body 1 až 5 nepoužijí.
7. U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
8. U poskytovatele, u kterého oproti referenčnímu období dojde v důsledku změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 5 navýší o hodnotu poskytovatelem vykazaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky vykazané k těmto výkonům. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu 1,09 Kč.
9. Zdravotní pojišťovna dále zohlední případy, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změny struktury ošetřených pojištěnců.
10. Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt u pacientů od 18 let věku v souvislosti s klinickým vyšetřením nebo výkony č. 63050, 63053 a 63055 podle seznamu výkonů v ordinaci poskytovatele v odbornosti 603 nebo 604 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 74 Kč.
11. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb minimálně 30 ordináčních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 5. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordináčních hodin týdně se limit 50

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

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

## **B) Úhrada služeb asistované reprodukce (výkony IVF)**

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

## **C) Regulační omezení**

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



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

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

## Hodnota bodu a výše úhrad podle § 10

### A. Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v segmentu radiodiagnostiky

1. Pro nasmlouvané výkony odbornosti 806 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,25 Kč.
2. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s následující hodnotou bodu:
  - a) Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 809 a 810 podle seznamu výkonů se pro poskytovatele, kteří v referenčním období vykázali některý z výkonů č. 89111 až 89131 podle seznamu výkonů, stanoví hodnota bodu ve výši 1,47 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,55 Kč. Pro poskytovatele, kteří v referenčním období nevykázali žádný z výkonů č. 89111 až 89131 podle seznamu výkonů, se pro hrazené služby poskytované v odbornostech 809 a 810 podle seznamu výkonů stanoví hodnota bodu ve výši 1,33 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,55 Kč.
  - b) Pro výkony č. 89611 až 89619 podle seznamu výkonů odbornosti 809 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,64 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,44 Kč. V případě, že poskytovatel doloží do 31. ledna 2023, že je po celé hodnocené období zapojen do systému elektronické distribuce obrazových dat, stanoví se hodnota bodu pro výkony podle první věty ve výši 0,66 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,44 Kč.
  - c) Pro výkony č. 89711 až 89725 podle seznamu výkonů odbornosti 809 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,64 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,44 Kč. V případě, že poskytovatel doloží do 31. ledna 2023, že je po celé hodnocené období zapojen do systému elektronické distribuce obrazových dat, stanoví se hodnota bodu pro výkony podle první věty ve výši 0,66 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,44 Kč.
  - d) Pro výkon č. 89312 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,09 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,46 Kč.
3. Pro výkony č. 89111 až 89131 podle seznamu výkonů je stanovena hodnota bodu ve výši 1,47 Kč, přičemž úhrada za tyto výkony nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4. Pro výkony č. 89663, 89664 a 89665 podle seznamu výkonů poskytnuté v odbornosti 809 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,09 Kč, přičemž úhrada za tyto výkony nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4.
4. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornostech uvedených v bodě 2 písm. a) až d) se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu. Výsledná hodnota bodu je součtem variabilní složky úhrady a fixní složky úhrady, a stanoví se pro každou odbornost a výkony uvedené v bodě 2 písm. a) až d) samostatně:

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

kde:

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

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

kde:

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

5. Hodnoty bodu uvedené v bodě 2 písm. a) a v první větě bodu 3 se navýší o hodnotu 0,02 Kč v případě, že poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby po celé hodnocené období v rozsahu alespoň 35 hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně.
6. Hodnoty bodu uvedené v bodě 2 písm. b) a v druhé větě bodu 3 se navýší o hodnotu 0,02 Kč v případě, že poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby po celé hodnocené období v rozsahu alespoň 70 hodin týdně.
7. Hodnoty bodu uvedené v bodě 2 písm. c) se navýší o hodnotu 0,02 Kč v případě, že poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby po celé hodnocené období v rozsahu alespoň 70 hodin týdně.
8. Zdravotní pojišťovna sdělí poskytovatelům hrazeným podle bodu 2 písm. a) do 30. dubna 2022 následující hodnoty referenčního období:
  - a) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za výkony uvedené v bodu 3,
  - b) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za jiné výkony než výkony uvedené v bodu 3,
  - c) celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem vstupujících do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4.

9. U poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval nebo poskytoval hrazené služby pouze v části referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady podle bodu 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
10. Pro hrazené služby podle bodu 2 písm. a) až d) poskytované zahraničním pojištěncům a pro poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 4 nepoužije.
11. Pro hrazené služby podle bodu 2 písm. a) a d) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,49 Kč, pro hrazené služby podle bodu 2 písm. b) a c) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 0,68 Kč.
12. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde k nárůstu průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 4 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnot bodu podle bodu 2 písm. a) až d).
13. Měsíční předběžná úhrada za hrazené služby podle bodu 2 písm. a) až d) se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 116 % úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.

## **B. Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v segmentu laboratoří**

1. Pro nasmlouvané výkony č. 95198, 95199, 95201, 95202 a 95203 screeningu děložního hrdla podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,24 Kč.
2. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s následující hodnotou bodu:
  - a) Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 807, 808, 812 až 815, 817 a 823 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,84 Kč pro poskytovatele, kteří jsou držiteli Osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II NASKL v hodnoceném období. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 802 a 818 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,97 Kč pro poskytovatele, kteří jsou držiteli Osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II NASKL v hodnoceném období. Osvědčení pro hodnocené období předloží poskytovatel nejpozději do 31. prosince 2022, přičemž hodnota bodu podle věty první nebo druhé mu bude stanovena po dobu platnosti osvědčení. Pro hrazené služby v odbornostech podle věty první a druhé poskytované poskytovateli, kteří nesplňují podmínky podle tohoto písmene, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,43 Kč. Pro výkony č. 81021, 81022 a 81023 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu 1,11 Kč a pro výkony č. 81772, 87446, 87700, 87701, 96898 a 96899 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu 1 Kč; hodnota bodu podle věty první až třetí se pro tyto výkony nepoužije.

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

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

kde:

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

**PURO<sub>icz</sub>** je průměrná úhrada za výkony, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. a) nebo b) v referenčním období. Do PURO<sub>icz</sub> se nezapočítává úhrada za výkony podle kapitol 819 nebo 999 seznamu výkonů vypočtená na základě skutečné hodnoty  $HB_{skut}$  za výkony, které byly v referenčním období součástí limitace hodnotou PURO<sub>icz</sub>. Do PURO<sub>icz</sub> se dále nezapočítává úhrada za výkony č. 09115, 82301, 82302 nebo 82304 podle seznamu výkonů a výkony screeningového RT-PCR testování na COVID-19 v souvislosti s diagnózou U07.1, U67.75 nebo Z11.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo výkony o průkazu antigenu SARS-CoV-2.

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

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

kde:

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

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

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

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

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

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

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

kde:

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

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

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

kde:

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

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

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

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

Skutečná hodnota bodu poskytovatele je stanovena jako:

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

kde:

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

4. U odborností uvedených v bodě 2 písm. a) a b), se stanoví celková výše úhrady podle bodu 3 souhrnně pro všechny odbornosti uvedené v daném písmenu.
5. Zdravotní pojišťovna sdělí poskytovatelům hrazeným podle bodu 2 písm. a) a b) do 30. června 2022 následující hodnoty referenčního období:
  - a) průměrnou úhradu za výkony, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. a) a b),
  - b) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů,
  - c) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za výkony podle kapitol 819 a 999 seznamu výkonů,
  - d) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v odbornostech 802 a 818 podle seznamu výkonů mimo výkony podle kapitol 819 a 999 seznamu výkonů,
  - e) celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. a) a b).
6. U poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval nebo poskytoval hrazené služby pouze v části referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady podle bodu 3 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů. U poskytovatelů, kteří nebyli v referenčním období držiteli Osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II NASKL, ale pro hodnocené období předloží alespoň jedno z těchto osvědčení, provede zdravotní pojišťovna přepočít P<sub>URO</sub><sub>ICZ</sub> s použitím hodnoty bodu 0,74 Kč pro hrazené služby poskytované v odbornostech uvedených ve větě první v bodě 2 písm. a), a s použitím hodnoty bodu 0,89 Kč pro odbornosti uvedené ve větě druhé bodu 2 písm. a).
7. Pro hrazené služby podle bodu 2 písm. a) až e) poskytované zahraničním pojištěncům a pro poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 2, písm. e) a podle bodu 3 nepoužije.
8. Pro hrazené služby podle bodu 2 písm. a) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 0,97 Kč, pro hrazené služby podle bodu 2 písm. b) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč, pro hrazené služby podle bodu 2 písm. c) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,24 Kč, pro hrazené služby podle bodu 2 písm. d) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,09 Kč, pro hrazené služby podle bodu 2 písm. e) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,26 Kč.
9. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 3 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných

výkonů, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnot bodu podle bodu 2 písm. a) až e).

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



### Hodnota bodu a výše úhrad podle § 11

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

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

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

kde:

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

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

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

léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; za mimořádně nákladného pojištěnce se nepovažuje pojištěnec, na kterého byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů.

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

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

**KN** je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

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

b) 0,03 – v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s vykázáním výkony č. 06325, 06326, 06327, 06328, 06329, 06330, 06331, 06332, 06333 nebo 06334 podle seznamu výkonů na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období je alespoň 35 %,

c) 0,15 – v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s hlavní nebo vedlejší diagnózou C00 až C97, G09 až G99, F00 až F99, I60 až I69, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, L88, L89, L93 nebo L97 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 35 %.

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

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

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

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

kde:

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

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

**Bodyh** je počet bodů vykázaných poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

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

**PB<sub>80091</sub>** je jednotkový počet bodů za výkon č. 80091 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

5. Hrazené služby odbornosti 926 podle seznamu výkonů, které byly poskytnuty pojištěncům, kteří přestali splňovat podmínky pro poskytování hrazených služeb této odbornosti a byli předáni do péče jinému poskytovateli hrazených služeb, budou uhrazeny poskytovateli odbornosti 926 podle seznamu výkonů, pokud počet těchto pojištěnců nepřesáhne 10 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených tímto poskytovatelem v hodnoceném období.
6. Úhrada jiných poskytnutých hrazených služeb, včetně služeb poskytnutých jiným poskytovatelem, v den, kdy byl pojištěnci poskytnut výkon č. 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů, bude odečtena z úhrady poskytovateli odbornosti 926 podle seznamu výkonů s následujícími výjimkami:
  - a) pokud počet pojištěnců, na které byl vykázan některý z výkonů č. 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů a současně byly na tyto pojištěnce vykázané jiné hrazené služby mimo hrazených služeb uvedených v písmenu b) tohoto bodu, nepřesáhne 10 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených poskytovatelem odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období, nebudou tyto jiné hrazené služby odečteny z úhrady poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů,
  - b) z úhrady poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů nebudou odečteny následující hrazené služby:
    - i. kapitační platba registrujícímu praktickému lékaři,
    - ii. poskytnutá stomatologická péče,
    - iii. zdravotnický materiál a léčivé přípravky, které byly předepsány před datem přijetí pacienta do péče poskytovatele,
    - iv. prohlídka zemřelého a přeprava lékaře k tomuto výkonu,
    - v. další výkony provedené na zemřelém pacientovi.
7. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům se výpočet výše úhrady podle bodů 4, 5 a 6 nepoužije. Zdravotní služby poskytované zahraničním pojištěncům jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu 1,18 Kč.
8. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc s hodnotou bodu ve výši 1,18 Kč.
9. Měsíční předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.

**Hodnota bodu a výše úhrad podle § 12**

1. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů se pro výkony přepravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů stanoví hodnota bodu ve výši 1,11 Kč.
2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů se pro výkony podle seznamu výkonů neuvedené v bodě 1 stanoví hodnota bodu ve výši 0,88 Kč.
3. V případě, že podíl počtu unikátních pojištěnců ošetřených v hodnoceném období s některou z hlavních diagnóz G10 až G14, I60 až I69, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84 nebo S94 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 5 %, navyšuje se hodnota bodu uvedená v bodě 2 o 0,07 Kč.
4. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů celková výše úhrady poskytovateli, mimo úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, nepřekročí částku, která se vypočte takto:

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

kde:

**POPzpoMh** je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; mimořádně nákladným unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období s některou z hlavních 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 diagnózou C50, E83, F84, G20, G21, G22, G23.1 až G23.9, G35, G51 až G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90 podle mezinárodní klasifikace nemocí.

**PUROo** je průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do výpočtu PUROo nevstupují

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

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

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

**KN** je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

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

b) 0,02 – v případě, že je v hodnoceném období podíl součtu počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 21221 a 21415

podle seznamu výkonů na celkovém počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů odbornosti 902 podle seznamu výkonů větší než 14 %.

c) 0,10 – v případě, že v hodnoceném období podíl počtu ošetřených unikátních pojištěnců s některou z hlavních 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 %.

d) 0,02 – v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2023 doloží, že nejméně 50 % pracovníků, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání Unie fyzioterapeutů České republiky, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období.

**HB<sub>skut</sub>** 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<sub>ref</sub>** je celková výše úhrady poskytovatele v referenčním období za služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady,

**KP<sub>ref</sub>** je hodnota korunových položek poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období za služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady,

**PB<sub>ref</sub>** je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za výkony, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady.

**HB<sub>ref</sub>** 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, v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, 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.
- Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu podle bodů 1 a 2. Pro stanovení úhrady u zahraničních pojištěnců se body 3, 4 a 5 nepoužijí.
- Hrazené služby poskytnuté pojištěncům, na které byly vykázány v hodnoceném období hrazené služby s hlavní diagnózou C50, E83, F84, G20, G21, G22, G23.1 až G23.9, G35, G51 až G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90 podle mezinárodní klasifikace nemocí, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2. Výše úhrady za tyto služby se nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4.

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



### Hodnota bodu a výše úhrad podle § 13

#### A) Hodnota bodu a výše úhrad

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

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

kde:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### C) Regulační omezení

1. Regulační omezení uvedená v bodech 2 až 4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2023 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
- a) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a úhrady za zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;
  - b) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
  - c) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.
2. Pokud poskytovatel hrazených služeb poskytující dialyzační péči dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a úhrady za zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a úhrady za zvlášť účtovaný materiál vykázaný v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se

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

4. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Do vyžádané péče se dále nezahrnou náklady na pojištěnce zdravotní pojišťovny, na které byly poskytovatelem vykázány hrazené služby podle části B bodu 1 písm. a), b) nebo e). Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2022 hodnotou bodu účinnou v hodnoceném období.
5. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.
6. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny poskytovatelům specializované ambulantní péče za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období nepřevýší u příslušné zdravotní pojišťovny součet úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
7. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2023 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
8. Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužijí, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2023 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
9. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
10. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely přiměřeně upraví; ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech.
11. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových práv

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

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

#### **D) Kvalitativní kritéria poskytované dialyzační péče a jejich vyhodnocení**

##### **1) Parametry předávaných údajů**

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

##### **2) Parametry kvality léčby v pravidelném dialyzačním léčení**

- a) Dohodnuté parametry kvality:

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

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

## Koeficienty poměru počtu pojištěnců

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

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

LOUNY	0,770	0,067	0,035	0,033	0	0,093	0,002
MĚLNÍK	0,651	0,048	0,039	0,124	0,014	0,123	0
MLADÁ BOLESLAV	0,234	0,013	0,004	0,017	0,709	0,022	0
MOST	0,822	0,011	0,032	0,025	0	0,095	0,015
NÁCHOD	0,654	0,076	0,082	0,039	0,003	0,147	0
NOVÝ JIČÍN	0,338	0,019	0,211	0,017	0	0,071	0,344
NYMBURK	0,608	0,055	0,067	0,084	0,052	0,133	0
OLOMOUC	0,220	0,154	0,434	0,035	0	0,148	0,009
OPAVA	0,347	0,017	0,298	0,029	0	0,084	0,225
OSTRAVA	0,217	0,009	0,392	0,024	0	0,090	0,267
PARDOBICE	0,671	0,100	0,066	0,057	0,001	0,106	0
PELHŘIMOV	0,795	0,037	0,033	0,035	0	0,099	0
PÍSEK	0,691	0,090	0,043	0,049	0	0,126	0
PLZEŇ A ROKYCANY	0,522	0,095	0,118	0,083	0	0,182	0
PRAHA- HL.MĚSTO	0,606	0,057	0,014	0,211	0,001	0,110	0,001
PRAHA- VÝCHOD	0,558	0,066	0,035	0,219	0,003	0,119	0,001
PRAHA-ZÁPAD	0,589	0,058	0,026	0,211	0,001	0,115	0
PRACHATICE	0,599	0,144	0,073	0,036	0	0,148	0
PROSTĚJOV	0,289	0,071	0,553	0,018	0	0,063	0,006
PŘEROV	0,572	0,100	0,085	0,038	0	0,158	0,047
PŘÍBRAM	0,726	0,063	0,038	0,052	0	0,121	0
RAKOVNÍK	0,566	0,042	0,221	0,047	0	0,123	0
RYCHNOV NAD KNĚŽNOU	0,563	0,091	0,020	0,036	0,154	0,135	0
SEMIKY	0,745	0,045	0,016	0,047	0,062	0,084	0
SOKOLOV	0,610	0,068	0,166	0,050	0	0,107	0
STRAKONICE	0,662	0,118	0,039	0,050	0	0,132	0
SVITAVY	0,794	0,041	0,034	0,029	0	0,102	0
ŠUMPERK	0,462	0,029	0,379	0,029	0	0,099	0,001
TÁBOR	0,483	0,155	0,141	0,073	0	0,147	0
TACHOV	0,636	0,137	0,055	0,043	0	0,129	0
TEPLICE	0,714	0,083	0,059	0,045	0	0,094	0,004
TRUTNOV	0,446	0,049	0,118	0,054	0,145	0,189	0
TŘEBÍČ	0,707	0,063	0,121	0,019	0	0,089	0
UHERSKÉ HRADIŠTĚ	0,558	0,036	0,133	0,029	0	0,241	0,002
ÚSTÍ NAD LABEM	0,369	0,158	0,023	0,160	0	0,283	0,007
ÚSTÍ NAD ORLICÍ	0,529	0,084	0,112	0,042	0,002	0,230	0
VSETÍN	0,604	0,021	0,096	0,020	0	0,062	0,199
VYŠKOV	0,525	0,131	0,098	0,049	0	0,192	0,004

<b>ZLÍN</b>	<b>0,754</b>	<b>0,019</b>	<b>0,144</b>	<b>0,036</b>	<b>0</b>	<b>0,041</b>	<b>0,006</b>
<b>ZNOJMO</b>	<b>0,540</b>	<b>0,052</b>	<b>0,133</b>	<b>0,018</b>	<b>0</b>	<b>0,254</b>	<b>0,002</b>
<b>ŽDÁR NAD SÁZAVOU</b>	<b>0,633</b>	<b>0,027</b>	<b>0,125</b>	<b>0,022</b>	<b>0</b>	<b>0,193</b>	<b>0</b>

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

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



**Skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace s relativními váhami těchto skupin****Část A**

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

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
00-M01	00-M01-01	Velký kardiologický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitty s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů)	16,0602
00-M01	00-M01-02	Velký chirurgický výkon vyjma kardiologického s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů)	13,5393
00-M01	00-M01-03	Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů)	10,3573
00-M01	00-M01-04	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů)	7,2345
00-M02	00-M02-01	Velký kardiologický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitty s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů)	22,6432
00-M02	00-M02-02	Velký chirurgický výkon vyjma kardiologického s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů)	19,7521
00-M02	00-M02-03	Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů)	16,0058
00-M02	00-M02-04	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů)	12,3347
00-M03	00-M03-01	Velký kardiologický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitty s UPV 505–1008 hodin (22–42 dnů)	32,1771
00-M03	00-M03-02	Velký chirurgický výkon vyjma kardiologického s UPV 505–1008 hodin (22–42 dnů)	28,8142
00-M03	00-M03-03	Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 505–1008 hodin (22–42 dnů)	25,5695
00-M03	00-M03-04	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 505–1008 hodin (22–42 dnů)	24,4979
00-M04	00-M04-01	Velký kardiologický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitty s UPV 1009–1800 hodin (43–75 dnů)	57,1159
00-M04	00-M04-02	Velký chirurgický výkon vyjma kardiologického s UPV 1009–1800 hodin (43–75 dnů)	46,9399
00-M04	00-M04-03	Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 1009–1800 hodin (43–75 dnů)	45,4367
00-M04	00-M04-04	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 1009–1800 hodin (43–75 dnů)	38,4300
00-M05	00-M05-01	Velký kardiologický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitty s UPV 1801 a více hodin (76 a více dnů)	63,1019
00-M05	00-M05-02	Velký chirurgický výkon vyjma kardiologického s UPV 1801 a více hodin (76 a více dnů)	63,1019
00-M05	00-M05-03	Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 1801 a více hodin (76 a více dnů)	63,1019
00-M05	00-M05-04	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 1801 a více hodin (76 a více dnů)	63,1019
01-C01	01-C01-01	Aplikace více než 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	5,9918
01-C01	01-C01-02	Aplikace 90 až 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	3,5857

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
01-C01	01-C01-03	Aplikace 45 až 90 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	1,6595
01-C01	01-C01-04	Aplikace 25 až 45 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	0,9049
01-C01	01-C01-05	Aplikace 15 až 25 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	0,8289
01-C01	01-C01-06	Aplikace méně než 15 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	0,7775
01-C02	01-C02-01	Trombolýza pomocí rt-PA v komplexním CVSP u pacientů s CC=1-4	2,5028
01-C02	01-C02-02	Trombolýza pomocí rt-PA v komplexním CVSP u pacientů s CC=0	1,5881
01-C02	01-C02-03	Trombolýza pomocí rt-PA mimo komplexní CVSP u pacientů s CC=1-4	1,8847
01-C02	01-C02-04	Trombolýza pomocí rt-PA mimo komplexní CVSP u pacientů s CC=0	1,4027
01-C03	01-C03-01	Cílená léčba pro novotvary nervové soustavy	0,3345
01-C03	01-C03-02	Chemoterapie pro novotvary nervové soustavy	1,0329
01-C04	01-C04-01	Cílená léčba pro autoimunitní onemocnění nervové soustavy	0,2271
01-C04	01-C04-02	Chemoterapie pro autoimunitní onemocnění nervové soustavy	0,2936
01-D01	01-D01-01	Dlouhodobý EEG video monitoring pro epilepsii v CVSP	1,1856
01-D01	01-D01-02	Dlouhodobý EEG video monitoring mimo CVSP	0,4460
01-D01	01-D01-03	Jiný dlouhodobý diagnostický monitoring	0,1619
01-I13	01-I13-00	Chirurgické uvolnění mononeuropatie horní končetiny	0,3838
01-K01	01-K01-01	Autoimunitní onemocnění centrální nervové soustavy u pacientů s CC=1-4	0,8298
01-K01	01-K01-02	Autoimunitní onemocnění centrální nervové soustavy u pacientů s CC=0	0,4396
01-K02	01-K02-01	Bakteriální neuroinfekce nebo herpetická meningoencefalitida u pacientů s CC=2-4	2,7891
01-K02	01-K02-02	Bakteriální neuroinfekce nebo herpetická meningoencefalitida u pacientů s CC=0-1	2,0184
01-K02	01-K02-03	Jiná infekční onemocnění nervové soustavy u pacientů s CC=2-4	2,0451
01-K02	01-K02-04	Jiná infekční onemocnění nervové soustavy u pacientů s CC=0-1	1,2533
01-K03	01-K03-01	Epilepsie v CVSP u pacientů s CC=3-4	2,4300
01-K03	01-K03-02	Epilepsie v CVSP u pacientů s CC=1-2	1,4104
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	0,9450
01-K03	01-K03-04	Epilepsie v CVSP u pacientů ve věku 18-74 let s CC=0	0,5686
01-K03	01-K03-05	Epilepsie mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	1,6715
01-K03	01-K03-06	Epilepsie mimo CVSP u pacientů s CC=1-2	0,8824
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	0,5824
01-K03	01-K03-08	Epilepsie mimo CVSP u pacientů ve věku 18-74 let s CC=0	0,3647
01-K04	01-K04-01	Neurodegenerativní onemocnění u pacientů s CC=1-4	1,0883
01-K04	01-K04-02	Neurodegenerativní onemocnění u pacientů s CC=0	0,7906
01-K05	01-K05-01	Hydrocefalus u pacientů s CC=1-4	0,9079
01-K05	01-K05-02	Hydrocefalus u pacientů s CC=0	0,5665
01-K06	01-K06-00	Poruchy spánku	0,1536
01-K07	01-K07-01	Poruchy mozkových nervů u dětí do 18 let věku	1,3149
01-K07	01-K07-02	Poruchy mozkových nervů u pacientů ve věku 18 a více let nebo jiná bolest hlavy u pacientů s CC=1-4	0,6456
01-K07	01-K07-03	Jiné bolesti hlavy u pacientů s CC=0	0,4763
01-K08	01-K08-01	Neuropatie a onemocnění motoneuronu u pacientů s CC=1-4	1,1867
01-K08	01-K08-02	Neuropatie a onemocnění motoneuronu (mimo mononeuropatie horní končetiny) u pacientů s CC=0	0,6020
01-K08	01-K08-03	Mononeuropatie horní končetiny u pacientů s CC=0	0,3773

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
01-K09	01-K09-01	Onemocnění nervosvalového přenosu u pacientů s CC=1-4	1,3652
01-K09	01-K09-02	Onemocnění nervosvalového přenosu u pacientů s CC=0	0,6358
01-K10	01-K10-01	Mozkový infarkt v komplexním CVSP u pacientů s CC=3-4	2,6436
01-K10	01-K10-02	Mozkový infarkt v komplexním CVSP u pacientů s CC=1-2	1,6030
01-K10	01-K10-03	Mozkový infarkt v komplexním CVSP u pacientů s CC=0	1,0286
01-K10	01-K10-04	Mozkový infarkt v CVSP u pacientů s CC=3-4	1,8596
01-K10	01-K10-05	Mozkový infarkt v CVSP u pacientů s CC=1-2	1,2234
01-K10	01-K10-06	Mozkový infarkt v CVSP u pacientů s CC=0	0,7978
01-K10	01-K10-07	Mozkový infarkt mimo CVSP	0,7297
01-K11	01-K11-01	Netraumatické intrakraniální krvácení v komplexním CVSP u pacientů s CC=3-4	3,2470
01-K11	01-K11-02	Netraumatické intrakraniální krvácení v komplexním CVSP u pacientů s CC=1-2	2,2446
01-K11	01-K11-03	Netraumatické intrakraniální krvácení v komplexním CVSP u pacientů s CC=0	1,6205
01-K11	01-K11-04	Netraumatické intrakraniální krvácení v CVSP u pacientů s CC=3-4	2,8333
01-K11	01-K11-05	Netraumatické intrakraniální krvácení v CVSP u pacientů s CC=1-2	1,9214
01-K11	01-K11-06	Netraumatické intrakraniální krvácení v CVSP u pacientů s CC=0	1,4860
01-K11	01-K11-07	Netraumatické intrakraniální krvácení mimo CVSP	1,1703
01-K12	01-K12-01	Jiná cévní onemocnění mozku a míchy v komplexním CVSP	0,7375
01-K12	01-K12-02	Jiná cévní onemocnění mozku a míchy v CVSP	0,5127
01-K12	01-K12-03	Jiná cévní onemocnění mozku a míchy mimo CVSP	0,3982
01-K13	01-K13-01	Novotvary mozku a mozkových plen v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,1092
01-K13	01-K13-02	Novotvary mozku a mozkových plen v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,7371
01-K13	01-K13-03	Novotvary mozku a mozkových plen mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,8783
01-K13	01-K13-04	Novotvary mozku a mozkových plen mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,6408
01-K14	01-K14-00	Novotvary periferních nervů	1,3362
01-K15	01-K15-00	Vrozené vady nervové soustavy	0,6164
01-K16	01-K16-01	Závažná kraniocerebrální poranění v CVSP u pacientů s CC=3-4	2,4972
01-K16	01-K16-02	Závažná kraniocerebrální poranění v CVSP u pacientů s CC=0-2	1,0060
01-K16	01-K16-03	Závažná kraniocerebrální poranění mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	1,9031
01-K16	01-K16-04	Závažná kraniocerebrální poranění mimo CVSP u pacientů s CC=0-2	0,8039
01-K16	01-K16-05	Zlomeniny lebky	0,6263
01-K16	01-K16-06	Otřes mozku	0,2725
01-K17	01-K17-00	Poranění periferních nervů	0,6471
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	2,9440
01-K18	01-K18-02	Jiná onemocnění a poruchy nervové soustavy u pacientů s CC=3	1,7790
01-K18	01-K18-03	Jiná onemocnění a poruchy nervové soustavy u pacientů s CC=1-2	0,9053
01-K18	01-K18-04	Jiná onemocnění a poruchy nervové soustavy u pacientů s CC=0	0,5333
01-M04	01-M04-00	Léčebná výměnná plazmaferéza pro onemocnění nervové soustavy	4,0034
01-R02	01-R02-01	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	6,1165
01-R02	01-R02-02	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,2039
01-R02	01-R02-03	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,3471
01-R02	01-R02-04	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,9686
01-R02	01-R02-05	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,1876

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
01-R02	01-R02-06	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,8343
01-R02	01-R02-07	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,6667
01-R02	01-R02-08	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,3561
02-C01	02-C01-00	Chemoterapie pro zhoubný novotvar oka a očních adnex	0,8988
02-I09	02-I09-01	Filtrační operace pro glaukom u dětí do 18 let	1,7453
02-I09	02-I09-02	Implantace drenážního implantátu pro glaukom u pacientů ve věku 18 a více let	0,9861
02-I09	02-I09-03	Filtrační operace pro glaukom u pacientů ve věku 18 a více let	0,8906
02-I12	02-I12-01	Jiný chirurgický výkon na oku nebo očnici pro zánět nebo u dětí do 6 let	1,4632
02-I12	02-I12-02	Jiný chirurgický výkon na oku pro jiné hlavní diagnózy u pacientů ve věku 6 a více let	0,8100
02-I13	02-I13-01	Malý chirurgický výkon na očních adnexech se závažnou hlavní diagnózou nebo u dětí do 6 let	0,6405
02-I13	02-I13-02	Malý chirurgický výkon na očních adnexech pro jiné hlavní diagnózy u pacientů ve věku 6 a více let	0,4258
02-K01	02-K01-01	Zánětlivá onemocnění oka u pacientů s CC=2-4	1,2438
02-K01	02-K01-02	Zánětlivá onemocnění oka u pacientů s CC=0-1	0,9121
02-K02	02-K02-01	Závažná zánětlivá onemocnění očních adnex a očnice	0,9167
02-K02	02-K02-02	Ostatní zánětlivá onemocnění očních adnex a očnice	0,6493
02-K03	02-K03-00	Funkční poruchy rohovky	0,5892
02-K04	02-K04-00	Funkční poruchy čočky	0,3779
02-K05	02-K05-01	Funkční poruchy sklivce, sítnice a cévnatky u dětí do 18 let nebo sítnicové cévní uzávěry	0,6900
02-K05	02-K05-02	Ostatní funkční poruchy sklivce, sítnice a cévnatky u pacientů ve věku 18 a více let	0,4170
02-K06	02-K06-01	Glaukom u dětí do 18 let	0,6403
02-K06	02-K06-02	Glaukom u pacientů ve věku 18 a více let	0,3342
02-K07	02-K07-01	Paralytický strabismus	0,7809
02-K07	02-K07-02	Ostatní funkční poruchy očních adnex	0,5572
02-K08	02-K08-00	Novotvary oka, očních adnex a očnice	0,5628
02-K09	02-K09-00	Oční traumata	0,4925
02-K10	02-K10-00	Vrozené vady oka, očních adnex a očnice	0,4588
02-K11	02-K11-01	Onemocnění zrakového nervu a zrakových drah	0,8761
02-K11	02-K11-02	Jiné onemocnění oka, očních adnex nebo očnice	0,5678
02-M01	02-M01-01	Laserová a koagulační léčba u dětí do 18 let	0,7177
02-M01	02-M01-02	Laserová a koagulační léčba u pacientů ve věku 18 a více let	0,6315
02-R03	02-R03-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	6,1165
02-R03	02-R03-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,1379
02-R03	02-R03-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,3988
02-R03	02-R03-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,7982
02-R03	02-R03-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,3489
02-R03	02-R03-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,8941
02-R03	02-R03-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,6342

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
02-R03	02-R03-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,1860
03-C01	03-C01-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku	0,4379
03-C01	03-C01-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku	0,4579
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	1,9889
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	1,0790
03-I19	03-I19-01	Jiný výkon v ústní dutině, hltanu nebo na čelisti u pacientů s CC=3-4	2,4735
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	0,7128
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	0,5340
03-I21	03-I21-00	Odstranění hltanové mandle	0,4243
03-I22	03-I22-01	Endoskopický výkon na hrtanu pro novotvar	0,6248
03-I22	03-I22-02	Endoskopický výkon na hrtanu pro onemocnění mimo novotvar	0,4995
03-I23	03-I23-01	Jiný endonazální výkon pro zhoubný novotvar nosu nebo nosních dutin nebo u pacientů s CC=3-4	1,0057
03-I23	03-I23-02	Jiný endonazální výkon pro onemocnění nosu a nosních dutin mimo zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2	0,5859
03-I24	03-I24-00	Extrakce zubu nebo preprotetická úprava alveolu	0,4089
03-I25	03-I25-00	Tracheostomie	1,5994
03-K01	03-K01-01	Záněty ucha mimo nehnisavý zánět středního ucha	0,6075
03-K01	03-K01-02	Nehnisavý zánět středního ucha	0,3736
03-K02	03-K02-01	Záněty horních cest dýchacích a hrtanu s CC=3-4	1,2134
03-K02	03-K02-02	Záněty horních cest dýchacích a hrtanu u pacientů ve věku 65 a více let nebo s CC=1-2	0,5825
03-K02	03-K02-03	Záněty horních cest dýchacích a hrtanu u pacientů do 65 let věku s CC=0	0,3376
03-K03	03-K03-01	Záněty úst, ústní dutiny a čelisti u pacientů s CC=2-4	1,4552
03-K03	03-K03-02	Záněty úst, ústní dutiny a čelisti u pacientů s CC=0-1	0,5178
03-K04	03-K04-01	Funkční a strukturální poruchy ucha u pacientů ve věku 18 a více let	0,4664
03-K04	03-K04-02	Funkční a strukturální poruchy ucha u dětí do 18 let věku	0,4964
03-K05	03-K05-00	Funkční a strukturální poruchy nosu a nosních dutin	0,3498
03-K06	03-K06-01	Akutní záněty krčních mandlí	0,4712
03-K06	03-K06-02	Nemoci mandlí a adenoidní tkáň mimo akutní záněty	0,3261
03-K07	03-K07-00	Funkční a strukturální poruchy hrtanu	0,3925
03-K08	03-K08-00	Nezánětlivé nemoci úst, ústní dutiny a čelisti	0,4562
03-K09	03-K09-01	Zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní a krku v CVSP	0,5823
03-K09	03-K09-02	Zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní a krku mimo CVSP	0,4033
03-K10	03-K10-01	Novotvary ucha, nosu, dutiny ústní a krku mimo zhoubné	0,4665
03-K10	03-K10-02	Polypy nosu a hrdla	0,3546
03-K11	03-K11-00	Vrozené vady ucha, nosu, dutiny ústní a krku	0,4437
03-K12	03-K12-01	Traumata ucha, nosu, dutiny ústní a krku v CVSP	0,3713
03-K12	03-K12-02	Traumata ucha, nosu, dutiny ústní a krku mimo CVSP	0,3381
03-K13	03-K13-01	Jiné nemoci ucha, nosu, dutiny ústní a krku u pacientů s CC=1-4	0,5970
03-K13	03-K13-02	Jiné nemoci ucha, nosu, dutiny ústní a krku u pacientů s CC=0	0,2565
03-R01	03-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	6,5074

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
03-R01	03-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,1763
03-R01	03-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,6963
03-R01	03-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,7317
03-R01	03-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,4996
03-R01	03-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,8399
03-R01	03-R01-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,6571
03-R01	03-R01-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,0801
03-R02	03-R02-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ústní dutiny, hltanu nebo nosohltanu v rámci 2 a více ozařovacích dnů	2,0897
03-R02	03-R02-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ústní dutiny, hltanu nebo nosohltanu v rámci 1 ozařovacího dne	0,4524
04-C01	04-C01-01	Trombolýza pomocí rt-PA pro plicní embolii u pacientů s CC=1-4	1,9366
04-C01	04-C01-02	Trombolýza pomocí rt-PA pro plicní embolii u pacientů s CC=0	1,3445
04-C02	04-C02-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar dýchací soustavy	0,2602
04-C02	04-C02-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy	0,3605
04-I08	04-I08-01	Opakovaná hrudní drenáž nebo hrudní drenáž u pacientů s CC=4	3,0854
04-I08	04-I08-02	Hrudní drenáž otevřeným přístupem nebo thorakoskopicky u pacientů s CC=0-3	2,0307
04-I08	04-I08-03	Klasická nebo perkutánní hrudní drenáž u pacientů s CC=1-3	1,6636
04-I08	04-I08-04	Klasická nebo perkutánní hrudní drenáž u pacientů s CC=0	0,8935
04-I09	04-I09-01	Diagnostický chirurgický výkon nebo odstranění mízních uzlin pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=1-4	2,6520
04-I09	04-I09-02	Diagnostický chirurgický výkon nebo odstranění mízních uzlin pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=0	0,8873
04-I10	04-I10-01	Chirurgický výkon pro ošetření tracheostomie bez jejího uzavření	1,0879
04-I10	04-I10-02	Chirurgický výkon pro ošetření tracheostomie s jejím uzavřením	0,6700
04-K01	04-K01-01	Tuberkulóza u dětí do 18 let věku nebo u pacientů s CC=1-4	1,3347
04-K01	04-K01-02	Tuberkulóza u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,5817
04-K02	04-K02-01	Časné úmrtí do 2 dnů pro zánět plic	0,1798
04-K02	04-K02-02	Záněty plic u pacientů s CC=4 nebo s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	2,7734
04-K02	04-K02-03	Záněty plic u pacientů s CC=2-3	1,2646
04-K02	04-K02-04	Záněty plic u pacientů s CC=0-1	0,8169
04-K03	04-K03-01	Záněty průdušnice, průdušek a průdušinek u pacientů s CC=3-4	1,3276
04-K03	04-K03-02	Záněty průdušnice, průdušek a průdušinek u pacientů s CC=1-2	0,7776
04-K03	04-K03-03	Záněty průdušnice, průdušek a průdušinek u pacientů s CC=0	0,5636
04-K04	04-K04-01	Astma u pacientů s CC=2-4	1,0367
04-K04	04-K04-02	Astma u pacientů s CC=0-1	0,5212
04-K05	04-K05-01	Časné úmrtí do 2 dnů pro plicní embolii	0,4176
04-K05	04-K05-02	Plicní embolie v CVSP u pacientů s akutním cor pulmonale, CC=3-4 nebo s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	1,4442
04-K05	04-K05-03	Plicní embolie v CVSP u pacientů bez akutního cor pulmonale s CC=0-2	0,7366
04-K05	04-K05-04	Plicní embolie mimo CVSP u pacientů s akutním cor pulmonale, CC=3-4 nebo s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	1,0866
04-K05	04-K05-05	Plicní embolie mimo CVSP u pacientů bez akutního cor pulmonale s CC=0-2	0,5967

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
04-K06	04-K06-01	Chronická obstrukční plicní nemoc u pacientů s CC=4	2,1081
04-K06	04-K06-02	Chronická obstrukční plicní nemoc u pacientů s CC=2-3	1,0017
04-K06	04-K06-03	Chronická obstrukční plicní nemoc u pacientů s CC=0-1	0,6281
04-K07	04-K07-01	Intersticiální plicní nemoc u pacientů s CC=4	2,1161
04-K07	04-K07-02	Intersticiální plicní nemoc u pacientů s CC=2-3	1,1166
04-K07	04-K07-03	Intersticiální plicní nemoc u pacientů s CC=0-1	0,6197
04-K08	04-K08-01	Časné úmrtí do 2 dnů pro respirační selhání	0,5194
04-K08	04-K08-02	Respirační selhání u pacientů s CC=4	2,7463
04-K08	04-K08-03	Respirační selhání u pacientů s CC=2-3	1,8297
04-K08	04-K08-04	Respirační selhání u pacientů s CC=0-1	0,8791
04-K09	04-K09-01	Časné úmrtí do 2 dnů pro zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku	0,1288
04-K09	04-K09-02	Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,1448
04-K09	04-K09-03	Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,6545
04-K09	04-K09-04	Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,9710
04-K09	04-K09-05	Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,5051
04-K10	04-K10-01	Novotvary dýchací soustavy mimo zhoubné u pacientů s CC=2-4	0,7993
04-K10	04-K10-02	Novotvary dýchací soustavy mimo zhoubné u pacientů s CC=0-1	0,4179
04-K11	04-K11-01	Cystická fibróza u pacientů ve věku 16 a více let	1,7434
04-K11	04-K11-02	Cystická fibróza u dětí do 16 let věku	1,5949
04-K12	04-K12-00	Vrozené vady dýchací soustavy mimo cystickou fibrózu	0,4818
04-K13	04-K13-01	Trauma dýchací soustavy a hrudníku v CVSP	0,6990
04-K13	04-K13-02	Trauma dýchací soustavy a hrudníku mimo CVSP	0,4563
04-K14	04-K14-01	Pneumotorax a hemotorax u pacientů s CC=3-4	2,0883
04-K14	04-K14-02	Pneumotorax a hemotorax u pacientů s CC=1-2	1,1147
04-K14	04-K14-03	Pneumotorax a hemotorax u pacientů s CC=0	0,7643
04-K15	04-K15-01	Jiné nemoci dýchací soustavy u pacientů s CC=4	2,5205
04-K15	04-K15-02	Plicní edém nebo jiné nemoci dýchací soustavy u pacientů s CC=2-3	1,1618
04-K15	04-K15-03	Jiné nemoci dýchací soustavy u pacientů s CC=0-1	0,4928
04-M01	04-M01-01	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 1801 a více hodin (76 a více dní)	63,1019
04-M01	04-M01-02	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 1009-1800 hodin (43-75 dní)	38,4300
04-M01	04-M01-03	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 505-1008 hodin (22-42 dní)	18,1867
04-M01	04-M01-04	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 241-504 hodin (11-21 dní)	10,9483
04-M01	04-M01-05	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 97-240 hodin (5-10 dní)	6,4502
04-M01	04-M01-06	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 25-96 hodin (2-4 dny) u pacientů s CC=3-4	3,6816
04-M01	04-M01-07	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc 25-96 hodin (2-4 dny) u pacientů s CC=0-2	3,2406
04-M02	04-M02-01	Endoskopické zavedení endobronchiální chlopně pro chronickou obstrukční plicní nemoc	5,3622
04-M02	04-M02-02	Endoskopická dilatace stenóz pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=1-4	2,1063
04-M02	04-M02-03	Endoskopický výkon mimo dilatace pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=1-4	1,4628
04-M02	04-M02-04	Endoskopický výkon pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=0	0,8380

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
04-R02	04-R02-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	6,0713
04-R02	04-R02-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,1422
04-R02	04-R02-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,3005
04-R02	04-R02-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,3206
04-R02	04-R02-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,2301
04-R02	04-R02-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,5416
04-R02	04-R02-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,4533
04-R02	04-R02-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,0785
04-R03	04-R03-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,8776
04-R03	04-R03-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v rámci 1 ozařovacího dne	0,4831
05-D01	05-D01-01	Elektrofyzilogické vyšetření nebo implantace arytmiického záznamníku se srdeční katetrizací	2,3747
05-D01	05-D01-02	Implantace arytmiického záznamníku	1,6546
05-D01	05-D01-03	Elektrofyzilogické vyšetření	1,0053
05-D01	05-D01-04	Jiná invazivní diagnostika pro srdeční zástavu nebo šok nebo u pacientů s CC=3-4	2,6028
05-D01	05-D01-05	Jiná invazivní diagnostika pro závažné onemocnění oběhové soustavy mimo zástavu nebo šok u pacientů s CC=2	1,3902
05-D01	05-D01-06	Jiná invazivní diagnostika pro závažné onemocnění oběhové soustavy mimo zástavu nebo šok u pacientů s CC=0-1	0,7558
05-D01	05-D01-07	Jiná invazivní diagnostika pro jinou nemoc oběhové soustavy u pacientů s CC=2	0,5937
05-D01	05-D01-08	Jiná invazivní diagnostika pro jinou nemoc oběhové soustavy u pacientů s CC=0-1	0,4314
05-I20	05-I20-01	Opakovaný chirurgický výkon pro nemoc periferních cév v CVSP u pacientů s CC=1-4	5,1239
05-I20	05-I20-02	Opakovaný chirurgický výkon pro nemoc periferních cév v CVSP u pacientů s CC=0	3,8314
05-I20	05-I20-03	Opakovaný chirurgický výkon pro nemoc periferních cév mimo CVSP	3,6427
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	4,0885
05-I23	05-I23-02	Amputace části končetiny mimo prsty pro nemoc periferních cév v CVSP u pacientů s CC=0-2	2,4080
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	2,6260
05-I23	05-I23-04	Amputace části končetiny mimo prsty pro nemoc periferních cév mimo CVSP u pacientů s CC=0-2	1,6458
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	1,8350
05-I27	05-I27-02	Jiný chirurgický výkon pro nemoc oběhové soustavy v CVSP u pacientů s CC=0-1	1,0751
05-I27	05-I27-03	Jiný chirurgický výkon pro nemoc oběhové soustavy mimo CVSP	1,1783
05-I28	05-I28-01	Amputace prstů nebo záprstí pro nemoc periferních cév v CVSP	0,9815
05-I28	05-I28-02	Amputace prstů nebo záprstí pro nemoc periferních cév mimo CVSP	0,9635



<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
05-K01	05-K01-01	Nemoci myokardu u pacientů s CC=3-4	1,7952
05-K01	05-K01-02	Nemoci myokardu u pacientů s CC=1-2	0,9412
05-K01	05-K01-03	Nemoci myokardu u pacientů s CC=0	0,6988
05-K02	05-K02-01	Nemoci perikardu v CVSP u pacientů s CC=1-4	1,7242
05-K02	05-K02-02	Nemoci perikardu v CVSP u pacientů s CC=0	0,7634
05-K02	05-K02-03	Nemoci perikardu mimo CVSP	0,6139
05-K03	05-K03-01	Akutní koronární syndrom v CVSP u pacientů s CC=3-4	1,7861
05-K03	05-K03-02	Akutní koronární syndrom v CVSP u pacientů s CC=1-2	0,8814
05-K03	05-K03-03	Akutní koronární syndrom v CVSP u pacientů s CC=0	0,4732
05-K03	05-K03-04	Akutní koronární syndrom mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	1,3216
05-K03	05-K03-05	Akutní koronární syndrom mimo CVSP u pacientů s CC=1-2	0,6203
05-K03	05-K03-06	Akutní koronární syndrom mimo CVSP u pacientů s CC=0	0,3124
05-K04	05-K04-01	Chronická ischemická choroba srdeční v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,9304
05-K04	05-K04-02	Chronická ischemická choroba srdeční v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,3922
05-K04	05-K04-03	Chronická ischemická choroba srdeční mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,6554
05-K04	05-K04-04	Chronická ischemická choroba srdeční mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,2978
05-K05	05-K05-01	Poruchy srdečního rytmu v CVSP u pacientů s CC=3-4	1,8395
05-K05	05-K05-02	Poruchy srdečního rytmu v CVSP u pacientů s CC=1-2	0,7968
05-K05	05-K05-03	Poruchy srdečního rytmu mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	1,4211
05-K05	05-K05-04	Poruchy srdečního rytmu mimo CVSP u pacientů s CC=1-2	0,5923
05-K05	05-K05-05	Poruchy srdečního rytmu u pacientů s CC=0	0,3524
05-K06	05-K06-01	Srdeční zástava a šok v CVSP u pacientů s CC=4 nebo umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	3,1049
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)	2,0788
05-K06	05-K06-03	Časně úmrtí do 2 dnů pro srdeční zástavu nebo šok	0,4117
05-K06	05-K06-04	Srdeční zástava a šok v CVSP u pacientů s CC=0-3	1,2872
05-K06	05-K06-05	Srdeční zástava a šok mimo CVSP u pacientů s CC=0-3	1,1851
05-K07	05-K07-01	Srdeční selhání s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	3,5915
05-K07	05-K07-02	Časně úmrtí do 2 dnů pro srdeční selhání	0,2434
05-K07	05-K07-03	Srdeční selhání v CVSP u pacientů s CC=3-4	1,8029
05-K07	05-K07-04	Srdeční selhání v CVSP u pacientů s CC=1-2	1,0313
05-K07	05-K07-05	Srdeční selhání v CVSP u pacientů s CC=0	0,7290
05-K07	05-K07-06	Srdeční selhání mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	1,2556
05-K07	05-K07-07	Srdeční selhání mimo CVSP u pacientů s CC=1-2	0,7096
05-K07	05-K07-08	Srdeční selhání mimo CVSP u pacientů s CC=0	0,5128
05-K08	05-K08-01	Zánět endokardu v CVSP u pacientů s CC=3-4	4,1191
05-K08	05-K08-02	Zánět endokardu v CVSP u pacientů s CC=0-2	2,3888
05-K08	05-K08-03	Zánět endokardu mimo CVSP	2,3746
05-K09	05-K09-01	Funkční a strukturální poruchy chlopní u pacientů s CC=3-4	1,4437
05-K09	05-K09-02	Funkční a strukturální poruchy chlopní u pacientů s CC=1-2	0,5963
05-K09	05-K09-03	Funkční a strukturální poruchy chlopní u pacientů s CC=0	0,3986
05-K10	05-K10-00	Funkční a strukturální poruchy aorty	0,5260
05-K11	05-K11-01	Funkční a strukturální poruchy plicní cirkulace u pacientů s CC=1-4	0,9476
05-K11	05-K11-02	Funkční a strukturální poruchy plicní cirkulace u pacientů s CC=0	0,6385
05-K12	05-K12-01	Funkční a strukturální poruchy tepen mimo aortu u pacientů s CC=3-4	1,2370
05-K12	05-K12-02	Funkční a strukturální poruchy tepen mimo aortu u pacientů s CC=0-2	0,5017
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	1,2149

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
05-K13	05-K13-02	Jiné nemoci žil v CVSP u pacientů s CC=0-2	0,5798
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	0,9033
05-K13	05-K13-04	Jiné nemoci žil mimo CVSP u pacientů s CC=0-2	0,3859
05-K14	05-K14-01	Hypertenze se selháním srdce nebo ledvin v CVSP	1,1516
05-K14	05-K14-02	Hypertenze v CVSP u pacientů s CC=1-4	0,8593
05-K14	05-K14-03	Hypertenze v CVSP u pacientů s CC=0	0,3989
05-K14	05-K14-04	Hypertenze se selháním srdce nebo ledvin mimo CVSP	0,7100
05-K14	05-K14-05	Hypertenze mimo CVSP u pacientů s CC=1-4	0,4548
05-K14	05-K14-06	Hypertenze mimo CVSP u pacientů s CC=0	0,2679
05-K15	05-K15-01	Hypotenze a kolaps v CVSP u pacientů s CC=1-4	0,8138
05-K15	05-K15-02	Hypotenze a kolaps v CVSP u pacientů s CC=0	0,4384
05-K15	05-K15-03	Hypotenze a kolaps mimo CVSP u pacientů s CC=1-4	0,4349
05-K15	05-K15-04	Hypotenze a kolaps mimo CVSP u pacientů s CC=0	0,2948
05-K16	05-K16-00	Vrozené vady oběhové soustavy	0,7672
05-K17	05-K17-00	Traumata oběhové soustavy	0,8013
05-K18	05-K18-01	Infekční a zánětlivé komplikace umělých náhrad	1,6740
05-K18	05-K18-02	Jiné komplikace umělých náhrad	0,5907
05-K19	05-K19-01	Jiné nemoci a poruchy oběhové soustavy v CVSP	0,3776
05-K19	05-K19-02	Jiné nemoci a poruchy oběhové soustavy mimo CVSP	0,2275
05-M09	05-M09-00	Dočasná srdeční stimulace nebo úprava endokardiální elektrody	1,2274
05-M10	05-M10-00	Elektrická kardioverse	0,2036
06-C01	06-C01-00	Cílená léčba pro Crohnovu nemoc nebo ulcerózní kolitidu	0,1573
06-C02	06-C02-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar trávicí soustavy	0,3191
06-C02	06-C02-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar jícnu nebo žaludku	0,3739
06-C02	06-C02-03	Chemoterapie pro zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu	0,3264
06-D01	06-D01-00	Endoskopický diagnostický výkon a staging pro Crohnovu nemoc a ulcerózní kolitidu	1,1516
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	4,9302
06-I12	06-I12-02	Chirurgický výkon na žaludku nebo střevu mimo resekce pro závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-3	2,3976
06-I12	06-I12-03	Chirurgický výkon na žaludku nebo střevu mimo resekce pro méně závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-3	1,9428
06-I13	06-I13-01	Stomický výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	3,7523
06-I13	06-I13-02	Stomický výkon pro závažné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	2,1130
06-I13	06-I13-03	Stomický výkon pro méně závažné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	1,5213
06-I14	06-I14-01	Drenážní výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	3,1741
06-I14	06-I14-02	Drenážní výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	1,4561
06-I20	06-I20-01	Jiný chirurgický výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=2-4	2,7965
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	1,3854
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	0,4693
06-K01	06-K01-01	Klostridiová střevní infekce u pacientů s CC=4	2,4606
06-K01	06-K01-02	Klostridiová střevní infekce u pacientů s CC=2-3	1,3166
06-K01	06-K01-03	Klostridiová střevní infekce u pacientů s CC=0-1	0,8921
06-K02	06-K02-01	Střevní infekce mimo klostridiové u pacientů s CC=4	1,9795

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
06-K02	06-K02-02	Střevní infekce mimo klostridiové u pacientů s CC=2-3	0,7520
06-K02	06-K02-03	Parazitární a bakteriální střevní infekce mimo klostridiové u pacientů s CC=0-1	0,4729
06-K02	06-K02-04	Virové střevní infekce u pacientů s CC=0-1	0,3679
06-K03	06-K03-01	Refluxní onemocnění a zánět jícnu u pacientů s CC=4	1,9826
06-K03	06-K03-02	Refluxní onemocnění a zánět jícnu u pacientů s CC=2-3	0,9254
06-K03	06-K03-03	Refluxní onemocnění a zánět jícnu u pacientů s CC=0-1	0,4306
06-K04	06-K04-01	Peptický vřed a zánět žaludku u pacientů s CC=4	2,2927
06-K04	06-K04-02	Peptický vřed a zánět žaludku s perforací nebo krvácením nebo u pacientů s CC=2-3	0,9300
06-K04	06-K04-03	Peptický vřed bez perforace a krvácení a jiný zánět žaludku u pacientů s CC=0-1	0,3838
06-K05	06-K05-01	Nemoci apendixu se zánětem peritonea	0,9337
06-K05	06-K05-02	Nemoci apendixu bez zánětu peritonea	0,4003
06-K06	06-K06-01	Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida u pacientů s CC=1-4	1,0740
06-K06	06-K06-02	Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida u pacientů s CC=0	0,6307
06-K07	06-K07-01	Divertikulární nemoc střeva s perforací a abscesem nebo u pacientů s CC=2-4	0,8020
06-K07	06-K07-02	Divertikulární nemoc střeva bez perforace a abscesu u pacientů s CC=0-1	0,4366
06-K08	06-K08-01	Varixy jícnu s krvácením nebo jiné funkční a strukturální poruchy jícnu a žaludku u pacientů s CC=3-4	1,1081
06-K08	06-K08-02	Funkční a strukturální poruchy jícnu a žaludku mimo krvácející varixy s CC=0-2	0,4466
06-K09	06-K09-01	Kýly u pacientů s CC=2-4	1,3864
06-K09	06-K09-02	Kýly u pacientů s CC=0-1	0,3191
06-K10	06-K10-01	Vaskulární onemocnění střeva nebo obstrukce trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	1,7884
06-K10	06-K10-02	Vaskulární onemocnění střeva u pacientů s CC=0-2 nebo obstrukce trávicí soustavy u pacientů s CC=1-2	0,7620
06-K10	06-K10-03	Obstrukce trávicí soustavy u pacientů s CC=0	0,4236
06-K11	06-K11-00	Nemoci anorekta	0,3463
06-K12	06-K12-01	Pooperační střevní malabsorpce	2,1024
06-K12	06-K12-02	Střevní malabsorpce mimo pooperační	0,4111
06-K13	06-K13-01	Zhoubný novotvar jícnu a žaludku v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,1713
06-K13	06-K13-02	Zhoubný novotvar jícnu a žaludku v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,6687
06-K13	06-K13-03	Zhoubný novotvar jícnu a žaludku mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,9671
06-K13	06-K13-04	Zhoubný novotvar jícnu a žaludku mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4846
06-K14	06-K14-01	Zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,1844
06-K14	06-K14-02	Zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,6095
06-K14	06-K14-03	Zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,8258
06-K14	06-K14-04	Zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4448
06-K15	06-K15-01	Novotvary trávicích orgánů mimo zhoubné u pacientů s CC=1-4	0,6131
06-K15	06-K15-02	Novotvary trávicích orgánů mimo zhoubné u pacientů s CC=0	0,2653
06-K16	06-K16-00	Vrozené vady trávicí soustavy	0,5913
06-K17	06-K17-01	Traumata trávicí soustavy mimo cizí těleso	0,6613
06-K17	06-K17-02	Cizí těleso v trávicí soustavě	0,3014
06-K18	06-K18-00	Umělá vyústění trávicí soustavy	0,3572
06-K19	06-K19-01	Zánět pobřišnice nebo střeva u pacientů s CC=3-4	1,9620
06-K19	06-K19-02	Zánět pobřišnice nebo střeva u pacientů s CC=1-2	1,0990

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
06-K19	06-K19-03	Zánět pobřišnice nebo střeva u pacientů s CC=0	0,8081
06-K20	06-K20-01	Krvácení z trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	1,7246
06-K20	06-K20-02	Krvácení z trávicí soustavy u pacientů s CC=1-2	0,7736
06-K20	06-K20-03	Krvácení z trávicí soustavy u pacientů s CC=0	0,4070
06-K21	06-K21-01	Jiný neinfekční střevní zánět u pacientů s CC=3-4	1,6350
06-K21	06-K21-02	Jiný neinfekční střevní zánět u pacientů s CC=1-2	0,8027
06-K21	06-K21-03	Jiný neinfekční střevní zánět u pacientů s CC=0	0,3794
06-K22	06-K22-01	Jiné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	1,2638
06-K22	06-K22-02	Jiné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=1-2	0,5014
06-K22	06-K22-03	Jiné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0	0,3081
06-M01	06-M01-01	Endoskopický výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	2,1470
06-M01	06-M01-02	Endoskopický výkon pro odstranění léze trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	1,2111
06-M01	06-M01-03	Endoskopická dilatace trávicí trubice, zavedení stentu nebo stavění krvácení z trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	0,8156
06-M01	06-M01-04	Endoskopické zavedení gastrostomie pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	0,6325
06-M01	06-M01-05	Endoskopický výkon pro jícnové varixy, odstranění polypu nebo cizího tělesa z trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	0,4480
06-R01	06-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	5,7731
06-R01	06-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,0139
06-R01	06-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,1437
06-R01	06-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,8149
06-R01	06-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,3213
06-R01	06-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,8037
06-R01	06-R01-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,5666
06-R01	06-R01-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,1760
06-R02	06-R02-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,7947
06-R02	06-R02-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v rámci 1 ozařovacího dne	0,4374
07-C01	07-C01-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní	0,3625
07-C01	07-C01-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní	0,3482
07-I09	07-I09-00	Výkon na nervech pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní	1,2317
07-I11	07-I11-01	Jiný chirurgický výkon v dutině břišní pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=2-4	3,1977
07-I11	07-I11-02	Jiný chirurgický výkon v dutině břišní pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=0-1	1,2619
07-K01	07-K01-01	Zánět a selhání jater u pacientů s CC=3-4	1,8852
07-K01	07-K01-02	Zánět a selhání jater u pacientů s CC=0-2	0,9979
07-K02	07-K02-01	Akutní zánět slinivky břišní u pacientů s CC=3-4	2,5082
07-K02	07-K02-02	Akutní zánět slinivky břišní u dětí do 18 let věku nebo u pacientů s CC=2	1,4560

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
07-K02	07-K02-03	Akutní zánět slinivky břišní u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	0,7752
07-K03	07-K03-01	Chronický zánět a cysta slinivky břišní u pacientů s CC=3-4	2,0914
07-K03	07-K03-02	Chronický zánět a cysta slinivky břišní u pacientů s CC=0-2	0,4811
07-K04	07-K04-01	Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=4	2,5059
07-K04	07-K04-02	Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=3	1,4788
07-K04	07-K04-03	Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=1-2 nebo hepatorenální syndrom	0,9114
07-K04	07-K04-04	Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=0	0,6061
07-K05	07-K05-01	Obstrukce nebo zánět žlučníku a žlučových cest u pacientů s CC=3-4	1,4420
07-K05	07-K05-02	Zánět žlučníku a žlučových cest u pacientů s CC=0-2	0,6256
07-K05	07-K05-03	Obstrukce žlučníku a žlučových cest u pacientů s CC=0-2	0,3558
07-K06	07-K06-01	Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,0676
07-K06	07-K06-02	Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4718
07-K06	07-K06-03	Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,6788
07-K06	07-K06-04	Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,3971
07-K07	07-K07-01	Zhoubný novotvar slinivky břišní v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,9785
07-K07	07-K07-02	Zhoubný novotvar slinivky břišní v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,5306
07-K07	07-K07-03	Zhoubný novotvar slinivky břišní mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,6398
07-K07	07-K07-04	Zhoubný novotvar slinivky břišní mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4024
07-K08	07-K08-01	Novotvary hepatobiliární soustavy a slinivky břišní mimo zhoubné u pacientů s CC=2-4	0,8328
07-K08	07-K08-02	Novotvary hepatobiliární soustavy a slinivky břišní mimo zhoubné u pacientů s CC=0-1	0,3493
07-K09	07-K09-00	Vrozené vady hepatobiliární soustavy a slinivky břišní	0,8969
07-K10	07-K10-00	Traumata hepatobiliární soustavy a slinivky břišní	1,2535
07-K11	07-K11-01	Jiné nemoci hepatobiliární soustavy a slinivky břišní u pacientů s CC=3-4	1,2889
07-K11	07-K11-02	Jiné nemoci hepatobiliární soustavy a slinivky břišní u dětí do 18 let věku s CC=0-2	0,6455
07-K11	07-K11-03	Jiné nemoci hepatobiliární soustavy a slinivky břišní u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2	0,4571
07-R02	07-R02-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	5,7569
07-R02	07-R02-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,2446
07-R02	07-R02-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,3639
07-R02	07-R02-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,8070
07-R02	07-R02-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,3489
07-R02	07-R02-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,8963

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
07-R02	07-R02-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,6189
07-R02	07-R02-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,0285
07-R03	07-R03-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,8730
07-R03	07-R03-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy v rámci 1 ozařovacího dne	0,4524
08-C01	08-C01-01	Aplikace více než 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	6,2996
08-C01	08-C01-02	Aplikace 90 až 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	3,4645
08-C01	08-C01-03	Aplikace 45 až 90 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	1,9804
08-C01	08-C01-04	Aplikace 25 až 45 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	1,6415
08-C01	08-C01-05	Aplikace 15 až 25 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	1,2390
08-C01	08-C01-06	Aplikace méně než 15 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	0,8262
08-C03	08-C03-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání	1,3238
08-C03	08-C03-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání	1,0182
08-C04	08-C04-01	Cílená léčba pro autoimunitní onemocnění pojivových tkání	0,3307
08-C04	08-C04-02	Chemoterapie pro autoimunitní onemocnění pojivových tkání	0,2869
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	4,5057
08-I12	08-I12-02	Amputace části končetiny pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=0-2	2,1444
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	1,6405
08-I17	08-I17-02	Operace poranění kostí předloktí a zápěstí v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	0,8969
08-I17	08-I17-03	Operace poranění kostí předloktí a zápěstí mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=1-4 nebo u pacientů ve věku 75 a více let	1,0221
08-I17	08-I17-04	Operace poranění kostí předloktí a zápěstí mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	0,7934
08-I24	08-I24-01	Operace pletence ramenního, kostí předloktí a zápěstí mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=1-4	1,1047
08-I24	08-I24-02	Operace pletence ramenního, kostí předloktí a zápěstí mimo poranění u pacientů s CC=0	0,7358
08-I25	08-I25-01	Operace kostí nártu, dlaně a prstů mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=1-4	0,9588
08-I25	08-I25-02	Operace kostí nártu, dlaně a prstů mimo poranění u pacientů s CC=0	0,5528
08-I26	08-I26-01	Operace vazivového aparátu kolene mimo poranění	1,2275
08-I26	08-I26-02	Rekonstrukce nebo sutura ostatních vazů, šlach a svalů mimo poranění	0,8376
08-I26	08-I26-03	Chirurgické uvolnění svalů a šlach mimo poranění	0,4768
08-I29	08-I29-01	Krytí defektu kožním štěpem pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=1-4	2,0646
08-I29	08-I29-02	Krytí defektu kožním štěpem pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=0	1,5617

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
08-I30	08-I30-01	Drenážní výkon a chirurgické odstranění nekrotické tkáně pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=2-4	2,2916
08-I30	08-I30-02	Drenážní výkon a chirurgické odstranění nekrotické tkáně u pacientů s CC=0-1	1,3227
08-I31	08-I31-01	Resekce zhoubného novotvaru kostí končetin	1,0565
08-I31	08-I31-02	Resekce zhoubného novotvaru měkkých tkání	1,0539
08-I31	08-I31-03	Ostatní excize a extirpace kostí končetin	0,6474
08-I31	08-I31-04	Ostatní excize a menší výkony na měkkých tkáních a kůži	0,4915
08-I32	08-I32-00	Odstranění osteosyntetického materiálu	0,4091
08-K01	08-K01-01	Systémová onemocnění pojivových tkání u pacientů s CC=2-4	1,4418
08-K01	08-K01-02	Systémová onemocnění pojivových tkání u pacientů s CC=1	0,8758
08-K01	08-K01-03	Systémová onemocnění pojivových tkání u pacientů s CC=0	0,5725
08-K02	08-K02-01	Neinfekční zánětlivá onemocnění kloubů a páteře u pacientů s CC=2-4	1,2177
08-K02	08-K02-02	Neinfekční zánětlivá onemocnění kloubů a páteře u pacientů s CC=1	0,8317
08-K02	08-K02-03	Neinfekční zánětlivá onemocnění kloubů a páteře u pacientů s CC=0	0,6164
08-K03	08-K03-01	Infekční onemocnění obratlů a meziobratlových plotének u pacientů s CC=1-4	3,0327
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	1,4504
08-K03	08-K03-03	Ostatní infekční onemocnění kloubů a kostí u pacientů s CC=0	0,7171
08-K04	08-K04-01	Jiná onemocnění kostí, kloubů a měkkých tkání u pacientů s CC=1-4	0,8985
08-K04	08-K04-02	Jiná onemocnění kostí, kloubů a měkkých tkání u pacientů do 18 let s CC=0	0,5458
08-K04	08-K04-03	Jiná onemocnění kostí, kloubů a měkkých tkání u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,4168
08-K05	08-K05-00	Patologické zlomeniny	0,8261
08-K06	08-K06-01	Deformity a vrozené vady pohybového aparátu kromě páteře, ruky a chodidla	0,4167
08-K06	08-K06-02	Deformity a vrozené vady ruky a chodidla	0,1907
08-K07	08-K07-00	Mozková obrna a jiné syndromy ochrnutí	0,9844
08-K08	08-K08-00	Jiná onemocnění páteře a bolest zad	0,5293
08-K09	08-K09-01	Zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,3448
08-K09	08-K09-02	Zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,7717
08-K09	08-K09-03	Zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,9147
08-K09	08-K09-04	Zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,6489
08-K10	08-K10-00	Nezhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání	0,7407
08-K11	08-K11-01	Poranění míchy a zlomeniny obratlů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4	1,0541
08-K11	08-K11-02	Poranění míchy a zlomeniny obratlů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0	0,5753
08-K11	08-K11-03	Ostatní poranění páteře v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,3721
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	0,7090
08-K11	08-K11-05	Poranění míchy a zlomeniny obratlů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0	0,4184
08-K11	08-K11-06	Ostatní poranění páteře mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,2346
08-K12	08-K12-01	Poranění pánve a stehna v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4	1,2957

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
08-K12	08-K12-02	Poranění pánve a stehna v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0	0,7436
08-K12	08-K12-03	Poranění pánve a stehna mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4	0,8577
08-K12	08-K12-04	Poranění pánve a stehna mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0	0,4243
08-K13	08-K13-01	Poranění končetin mimo pánev a stehno v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4	1,0518
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	0,4324
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	0,5572
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	0,2732
08-K14	08-K14-01	Poranění páteře, pánve a stehna v CVSP u dětí do 16 let	0,6655
08-K14	08-K14-02	Poranění dolní končetiny mimo pánev a stehno v CVSP u dětí do 16 let	0,3822
08-K14	08-K14-03	Poranění horní končetiny v CVSP u dětí do 16 let	0,2629
08-K14	08-K14-04	Poranění páteře a dolní končetiny mimo CVSP u dětí do 16 let	0,4971
08-K14	08-K14-05	Poranění horní končetiny mimo CVSP u dětí do 16 let	0,3376
08-K15	08-K15-00	Následná ortopedická péče nebo neurčené poruchy muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání	0,3705
08-M01	08-M01-00	Léčebná výměnná plazmaferéza pro systémové onemocnění pojivových tkání	5,3229
08-M03	08-M03-01	Revizní nebo zvláště složitá rekonstrukční artroskopie	0,9339
08-M03	08-M03-02	Artroskopická stabilizace ramene nebo rekonstrukce rotátorové manžety	0,9133
08-M03	08-M03-03	Artroskopická dekomprese ramene	0,5663
08-M03	08-M03-04	Rekonstrukční artroskopie kloubů mimo rameno	0,8773
08-M03	08-M03-05	Složitá artroskopie	0,4690
08-M03	08-M03-06	Jednoduchá artroskopie	0,3914
08-R02	08-R02-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	6,0761
08-R02	08-R02-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,1835
08-R02	08-R02-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,4170
08-R02	08-R02-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,7455
08-R02	08-R02-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,5224
08-R02	08-R02-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	2,0012
08-R02	08-R02-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,6812
08-R02	08-R02-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,3433
09-C02	09-C02-00	Cílená léčba pro papuloskvamózní onemocnění	0,1363
09-C03	09-C03-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar prsu	0,2440
09-C03	09-C03-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar prsu	0,3225
09-C04	09-C04-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar kůže	0,3040



<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
09-C04	09-C04-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar kůže	0,4170
09-I02	09-I02-01	Amputace celé končetiny nebo amputace části končetiny mimo prsty pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=3-4	4,5057
09-I02	09-I02-02	Amputace části končetiny pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=0-2	2,2899
09-I05	09-I05-01	Opakovaný chirurgický výkon pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu s CC=3-4	3,4905
09-I05	09-I05-02	Opakovaný chirurgický výkon pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu s CC=0-2	1,7820
09-I11	09-I11-01	Amputace prstů nebo záprstí pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=2-4	1,3979
09-I11	09-I11-02	Amputace prstů nebo záprstí pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=0-1	0,9352
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	1,2266
09-I12	09-I12-02	Krytí defektu kožním štěpem pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0	0,6647
09-I13	09-I13-01	Jiný chirurgický výkon pro zánětlivé onemocnění kůže u pacientů s CC=3-4 nebo pro nezáánětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=4	2,6664
09-I13	09-I13-02	Jiný chirurgický výkon pro zánětlivé onemocnění kůže u pacientů s CC=1-2 nebo pro nezáánětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=3	1,2412
09-I13	09-I13-03	Jiný chirurgický výkon pro zánětlivé onemocnění kůže u pacientů s CC=0 nebo pro nezáánětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=1-2	0,7763
09-I13	09-I13-04	Jiný chirurgický výkon pro vybrané nezáánětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0	0,5418
09-I13	09-I13-05	Jiný chirurgický výkon pro novotvary kůže, podkožní tkáně a prsu mimo melanom u pacientů s CC=0	0,4253
09-K01	09-K01-01	Onemocnění kůže způsobená mikroorganismy a parazity u pacientů s CC=4	2,6561
09-K01	09-K01-02	Onemocnění kůže způsobená mikroorganismy a parazity u pacientů s CC=1-3	1,0113
09-K01	09-K01-03	Růže u pacientů s CC=0	0,8557
09-K01	09-K01-04	Jiná onemocnění kůže způsobená mikroorganismy a parazity u pacientů s CC=0	0,5894
09-K02	09-K02-00	Bulózní dermatózy a papuloskvamózní onemocnění	0,9959
09-K03	09-K03-01	Vředová onemocnění kůže u pacientů s CC=1-4	1,1351
09-K03	09-K03-02	Vředová onemocnění kůže u pacientů s CC=0	0,9629
09-K04	09-K04-01	Jiná zánětlivá onemocnění kůže u pacientů s CC=1-4	0,8220
09-K04	09-K04-02	Jiná zánětlivá onemocnění kůže u pacientů s CC=0	0,6133
09-K05	09-K05-00	Erytematózní onemocnění	0,8146
09-K06	09-K06-00	Lymfedém	0,7885
09-K07	09-K07-01	Zhoubný novotvar kůže u pacientů s CC=2-4	1,2720
09-K07	09-K07-02	Zhoubný novotvar kůže u pacientů s CC=0-1	0,4887
09-K08	09-K08-01	Zhoubný novotvar prsu v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,2133
09-K08	09-K08-02	Zhoubný novotvar prsu v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4878
09-K08	09-K08-03	Zhoubný novotvar prsu mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,6559
09-K08	09-K08-04	Zhoubný novotvar prsu mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,3578
09-K09	09-K09-00	Novotvary kůže mimo zhoubné	0,4955
09-K10	09-K10-00	Novotvary prsu mimo zhoubné	0,3995
09-K11	09-K11-00	Vrozené vady kůže, podkožní tkáně a prsu	0,8234
09-K12	09-K12-00	Poranění kožního krytu hlavy a krku	0,2610

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
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	0,5541
09-K13	09-K13-02	Povrchové poranění kožního krytu trupu nebo končetin u pacientů s CC=0	0,3120
09-K14	09-K14-01	Jiná onemocnění kůže a podkožního vaziva u pacientů s CC=1-4	0,9531
09-K14	09-K14-02	Jiná onemocnění kůže a podkožního vaziva u pacientů s CC=0	0,4991
09-K15	09-K15-00	Jiné nemoci a poruchy prsní tkáňe	0,4790
09-K16	09-K16-00	Následky poranění a následná péče	0,6185
09-R01	09-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT nebo DIBH	5,3316
09-R01	09-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT nebo DIBH	4,1916
09-R01	09-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT nebo DIBH	3,3381
09-R01	09-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT nebo DIBH	2,4954
09-R01	09-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,2952
09-R01	09-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,4916
09-R01	09-R01-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,4225
09-R01	09-R01-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,118
09-R02	09-R02-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar prsu v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,8877
09-R02	09-R02-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar prsu v rámci 1 ozařovacího dne	0,4253
10-C01	10-C01-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar štítné žlázy	0,6067
10-C01	10-C01-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar endokrinních žláz	0,4137
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	4,0885
10-I05	10-I05-02	Amputace části končetiny nad kotníkem pro syndrom diabetické nohy v CVSP u pacientů s CC=0-2	2,4080
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	2,6260
10-I05	10-I05-04	Amputace části končetiny nad kotníkem pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP u pacientů s CC=0-2	1,6458
10-I07	10-I07-01	Amputace končetiny pod kotníkem pro syndrom diabetické nohy v CVSP u pacientů s infekcí nebo s CC=3-4	1,4097
10-I07	10-I07-02	Amputace končetiny pod kotníkem pro syndrom diabetické nohy v CVSP u pacientů s CC=0-2 bez infekce	0,7617
10-I07	10-I07-03	Amputace končetiny pod kotníkem pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP	0,8623
10-I08	10-I08-01	Jiný chirurgický výkon na diabetické noze u pacientů s infekcí nebo s CC=3-4	1,1926
10-I08	10-I08-02	Jiný chirurgický výkon na diabetické noze u pacientů s CC=0-2 bez infekce	0,9119
10-K01	10-K01-01	Nemoci štítné žlázy a příštítných tělísek u pacientů s CC=3-4	1,3424
10-K01	10-K01-02	Záněty a funkční poruchy štítné žlázy a příštítných tělísek u pacientů s CC=0-2	0,6306
10-K01	10-K01-03	Strukturální a jiné poruchy štítné žlázy a příštítných tělísek u pacientů s CC=0-2	0,3913

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
10-K02	10-K02-01	Syndrom diabetické nohy u pacientů s CC=3-4 nebo s infekcí	0,9806
10-K02	10-K02-02	Syndrom diabetické nohy u pacientů s CC=0-2 bez infekce	0,6505
10-K03	10-K03-01	Diabetická ketoacidóza nebo kóma u pacientů s CC=4	2,1148
10-K03	10-K03-02	Diabetická ketoacidóza nebo kóma u dětí do 16 let věku s CC=0-3	1,6888
10-K03	10-K03-03	Diabetická ketoacidóza nebo kóma u pacientů ve věku 16 a více let s CC=2-3	1,3209
10-K03	10-K03-04	Diabetická ketoacidóza nebo kóma u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-1	0,6618
10-K04	10-K04-01	Diabetes mellitus u pacientů s CC=4	1,7149
10-K04	10-K04-02	Diabetes mellitus u pacientů ve věku 16 a více let s CC=2-3	0,9391
10-K04	10-K04-03	Diabetes mellitus u dětí do 16 let věku s CC=0-3	0,8658
10-K04	10-K04-04	Diabetes mellitus u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-1	0,5375
10-K05	10-K05-01	Funkční poruchy hypofýzy a nadledviny u pacientů s CC=1-4	1,0218
10-K05	10-K05-02	Funkční poruchy hypofýzy a nadledviny u pacientů s CC=0	0,4503
10-K06	10-K06-00	Zhoubný novotvar štítné žlázy a příštítných tělísek	0,4813
10-K07	10-K07-00	Zhoubný novotvar nadledviny	0,6314
10-K08	10-K08-00	Novotvary endokrinních žláz mimo zhoubné	0,5833
10-K09	10-K09-00	Vrozené vady endokrinních žláz	0,8506
10-K10	10-K10-00	Poruchy pohlavního a fyziologického vývoje	0,5496
10-K11	10-K11-01	Těžká podvýživa a nutriční karence u pacientů s CC=2-4	2,0508
10-K11	10-K11-02	Těžká podvýživa a nutriční karence u pacientů s CC=0-1	1,0695
10-K12	10-K12-01	Poruchy metabolismu a vnitřního prostředí mimo dehydrataci u pacientů s CC=4	2,3237
10-K12	10-K12-02	Poruchy metabolismu a vnitřního prostředí mimo dehydrataci u pacientů s CC=1-3	0,8522
10-K12	10-K12-03	Poruchy metabolismu a vnitřního prostředí mimo dehydrataci u pacientů s CC=0	0,4969
10-K13	10-K13-01	Jiné nutriční poruchy u pacientů s CC=4	2,6635
10-K13	10-K13-02	Jiné nutriční poruchy u pacientů s CC=1-3	0,9574
10-K13	10-K13-03	Jiné nutriční poruchy u pacientů s CC=0	0,4179
10-K14	10-K14-01	Dehydratace u pacientů s CC=4	1,8273
10-K14	10-K14-02	Dehydratace u pacientů ve věku 65 a více let s CC=2-3	0,7519
10-K14	10-K14-03	Dehydratace u pacientů ve věku 65 a více let s CC=0-1	0,4907
10-K14	10-K14-04	Dehydratace u pacientů do 65 let věku s CC=2-3	0,5019
10-K14	10-K14-05	Dehydratace u pacientů do 65 let věku s CC=0-1	0,3622
10-K15	10-K15-01	Obezita u pacientů s CC=2-4	1,5382
10-K15	10-K15-02	Obezita u pacientů s CC=0-1	0,6682
10-K16	10-K16-01	Jiné nemoci endokrinních žláz u pacientů s CC=4	2,4663
10-K16	10-K16-02	Jiné nemoci endokrinních žláz u pacientů s CC=1-3	0,5613
10-K16	10-K16-03	Jiné nemoci endokrinních žláz u pacientů s CC=0	0,3428
10-M01	10-M01-00	Zavedení inzulínové pumpy	0,4345
10-M02	10-M02-00	Eliminační metody krve pro poruchu metabolismu nebo vnitřního prostředí	1,8138
10-R01	10-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	6,0370
10-R01	10-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,2039
10-R01	10-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,4500
10-R01	10-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,9131
10-R01	10-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,3333

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
10-R01	10-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,9123
10-R01	10-R01-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,6342
10-R01	10-R01-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příštítných tělísek v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,8829
11-C01	11-C01-01	Chemoterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy u dětí do 18 let	1,0041
11-C01	11-C01-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy u pacientů ve věku 18 a více let	0,2639
11-I11	11-I11-01	Exploratorní nebo drenážní výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=2-4	3,2904
11-I11	11-I11-02	Exploratorní nebo drenážní výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=0-1	1,3550
11-I16	11-I16-01	Vytvoření AV zkratu protézou pro chronické onemocnění ledvin	1,1707
11-I16	11-I16-02	Vytvoření nebo úprava AV zkratu bez použití protézy pro chronické onemocnění ledvin	0,4567
11-I17	11-I17-01	Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=3-4	1,8804
11-I17	11-I17-02	Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=1-2	0,7759
11-I17	11-I17-03	Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=0	0,4936
11-K01	11-K01-01	Záněty močových cest u pacientů s CC=3-4	1,2181
11-K01	11-K01-02	Záněty močových cest u pacientů s CC=1-2	0,7900
11-K01	11-K01-03	Záněty močových cest u dětí do 18 let s CC=0	0,6753
11-K01	11-K01-04	Záněty močových cest u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,5166
11-K02	11-K02-01	Hemolyticko-uremický syndrom nebo jiné akutní onemocnění ledvin u pacientů s CC=4	2,8931
11-K02	11-K02-02	Jiné akutní onemocnění ledvin u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-3	1,3439
11-K02	11-K02-03	Jiné akutní onemocnění ledvin u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	0,8385
11-K03	11-K03-01	Chronické onemocnění ledvin u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=3-4	1,2917
11-K03	11-K03-02	Chronické onemocnění ledvin u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2	0,6331
11-K04	11-K04-01	Pyonefróza nebo jiné obstruktivní, strukturální a funkční poruchy horních cest močových u pacientů s CC=2-4	0,7518
11-K04	11-K04-02	Jiné obstruktivní, strukturální a funkční poruchy horních cest močových u pacientů s CC=0-1	0,3652
11-K05	11-K05-00	Obstruktivní, strukturální a funkční poruchy dolních cest močových	0,3660
11-K06	11-K06-01	Močové kameny u dětí do 18 let nebo pacientů ve věku 60 a více let	0,3008
11-K06	11-K06-02	Močové kameny u pacientů ve věku 18-59 let	0,2270
11-K07	11-K07-01	Zhoubný novotvar ledviny a horních cest močových v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,1838
11-K07	11-K07-02	Zhoubný novotvar ledviny a horních cest močových v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,5672
11-K07	11-K07-03	Zhoubný novotvar ledviny a horních cest močových mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,9092
11-K07	11-K07-04	Zhoubný novotvar ledviny a horních cest močových mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4478
11-K08	11-K08-01	Zhoubný novotvar močového měchýře a dolních cest močových v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,1574

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
11-K08	11-K08-02	Zhoubný novotvar močového měchýře a dolních cest močových v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,5168
11-K08	11-K08-03	Zhoubný novotvar močového měchýře a dolních cest močových mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,8661
11-K08	11-K08-04	Zhoubný novotvar močového měchýře a dolních cest močových mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4012
11-K09	11-K09-00	Novotvary ledviny a horních cest močových mimo zhoubné	0,4669
11-K10	11-K10-00	Novotvary močového měchýře a dolních cest močových mimo zhoubné	0,5152
11-K11	11-K11-00	Vrozené vady vylučovací soustavy	0,4936
11-K12	11-K12-01	Traumata vylučovací soustavy u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-4	2,1861
11-K12	11-K12-02	Traumata vylučovací soustavy u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	0,5831
11-K13	11-K13-01	Ošetření umělých vyústění u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=1-4	0,6884
11-K13	11-K13-02	Ošetření umělých vyústění u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,2404
11-K14	11-K14-01	Jiné nemoci vylučovací soustavy u pacientů ve věku 18 a více let s CC=3-4 nebo u dětí do 18 let věku s CC=1-4	0,9202
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	0,5233
11-K14	11-K14-03	Jiné nemoci vylučovací soustavy u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,3049
11-M02	11-M02-01	Eliminační metody krve pro akutní selhání ledvin provedené v 6 a více dnech	5,9985
11-M02	11-M02-02	Eliminační metody krve pro akutní selhání ledvin provedené ve 4-5 dnech	2,8425
11-M02	11-M02-03	Eliminační metody krve pro akutní selhání ledvin provedené v 1-3 dnech	2,6554
11-M02	11-M02-04	Eliminační metody krve pro jinou nemoc vylučovací soustavy provedené v 6 a více dnech	4,0106
11-M02	11-M02-05	Eliminační metody krve pro jinou nemoc vylučovací soustavy provedené v 4-5 dnech	1,7535
11-M02	11-M02-06	Eliminační metody krve pro jinou nemoc vylučovací soustavy provedené ve 2-3 dnech	1,1297
11-M02	11-M02-07	Eliminační metody krve pro jinou nemoc vylučovací soustavy provedené v 1 dni	0,6440
11-M04	11-M04-01	Jiný perkutánní výkon na ledvině pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=3-4	2,3843
11-M04	11-M04-02	Jiný perkutánní výkon na ledvině u pacientů s CC=1-2	1,3349
11-M04	11-M04-03	Jiný perkutánní výkon na ledvině u pacientů s CC=0	0,9157
11-R01	11-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	6,1516
11-R01	11-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,1679
11-R01	11-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,2558
11-R01	11-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,7835
11-R01	11-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,3285
11-R01	11-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,9498
11-R01	11-R01-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,5643

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
11-R01	11-R01-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,4599
12-C01	12-C01-01	Chemoterapie pro zhoubný novotvar varlat, pyje, šourku a testikulárních adnex	0,6666
12-C01	12-C01-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar prostaty	0,2937
12-D01	12-D01-00	Biopsie prostaty	0,2138
12-I01	12-I01-00	Odstranění nekrotické tkáně pro zánět mužské reprodukční soustavy	1,4312
12-I08	12-I08-01	Odstranění varlete nebo nadvarlete u pacientů s CC=3-4	2,6073
12-I08	12-I08-02	Odstranění varlete nebo nadvarlete u pacientů s CC=1-2	1,0844
12-I08	12-I08-03	Odstranění varlete nebo nadvarlete pro onemocnění varlat nebo nadvarlat u pacientů s CC=0	0,7218
12-I08	12-I08-04	Odstranění varlete nebo nadvarlete pro zhoubný novotvar prostaty u pacientů s CC=0	0,5421
12-I11	12-I11-00	Drenážní výkon pro onemocnění mužské reprodukční soustavy	0,9824
12-I14	12-I14-00	Jiný chirurgický výkon na penisu	0,4291
12-K01	12-K01-01	Záněty mužské reprodukční soustavy u pacientů s CC=3-4	1,1956
12-K01	12-K01-02	Záněty mužské reprodukční soustavy u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2	0,5627
12-K01	12-K01-03	Záněty mužské reprodukční soustavy u dětí do 18 let s CC=0-2	0,3944
12-K02	12-K02-01	Funkční nebo strukturální poruchy prostaty u pacientů s CC=3-4	1,1267
12-K02	12-K02-02	Funkční nebo strukturální poruchy prostaty u pacientů s CC=0-2	0,3986
12-K03	12-K03-00	Funkční nebo strukturální poruchy penisu	0,2737
12-K04	12-K04-00	Funkční nebo strukturální poruchy šourku, varlete nebo testikulárních adnex	0,3447
12-K05	12-K05-01	Zhoubný novotvar prostaty v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,4529
12-K05	12-K05-02	Zhoubný novotvar prostaty v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,5263
12-K05	12-K05-03	Zhoubný novotvar prostaty mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,7651
12-K05	12-K05-04	Zhoubný novotvar prostaty mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,3398
12-K06	12-K06-00	Zhoubný novotvar penisu	0,5431
12-K07	12-K07-00	Zhoubný novotvar šourku, varlat a testikulárních adnex	0,5305
12-K08	12-K08-00	Novotvary mužské reprodukční soustavy mimo zhoubné	0,3778
12-K09	12-K09-00	Vrozené vady mužské reprodukční soustavy	0,4329
12-K10	12-K10-00	Traumata mužské reprodukční soustavy	0,3403
12-K11	12-K11-00	Jiné nemoci mužské reprodukční soustavy	0,4303
12-R02	12-R02-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	6,4053
12-R02	12-R02-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,1717
12-R02	12-R02-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,4791
12-R02	12-R02-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,8618
12-R02	12-R02-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,3800
12-R02	12-R02-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,7738
12-R02	12-R02-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,6996
12-R02	12-R02-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,8358
12-R03	12-R03-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,9123
12-R03	12-R03-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v rámci 1 ozařovacího dne	0,4703

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
13-C01	13-C01-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy	0,2216
13-C01	13-C01-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy	0,2520
13-I18	13-I18-01	Jiný chirurgický výkon pro onemocnění ženské reprodukční soustavy otevřeným přístupem nebo u pacientek s CC=3-4	1,7664
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	0,9381
13-I18	13-I18-03	Jiný chirurgický výkon pro onemocnění ženské reprodukční soustavy u pacientek do 60 let věku s CC=0-2	0,6376
13-I19	13-I19-00	Malý operační výkon pro onemocnění ženské reprodukční soustavy	0,2826
13-K01	13-K01-01	Záněty ženské reprodukční soustavy u pacientek ve věku 60 a více let	0,8302
13-K01	13-K01-02	Záněty ženské reprodukční soustavy u pacientek do 60 let věku	0,4820
13-K02	13-K02-00	Funkční a strukturální poruchy děložních adnex	0,2624
13-K03	13-K03-00	Funkční a strukturální poruchy dělohy	0,3008
13-K04	13-K04-00	Funkční a strukturální poruchy pochvy a vulvy	0,4694
13-K05	13-K05-00	Genitální píštěle a sestup ženských pohlavních orgánů	0,6709
13-K06	13-K06-00	Endometrióza	0,3985
13-K07	13-K07-01	Zhoubný novotvar děložních adnex u pacientek s CC=2-4	0,9642
13-K07	13-K07-02	Zhoubný novotvar děložních adnex u pacientek s CC=0-1	0,4564
13-K08	13-K08-01	Zhoubný novotvar dělohy u pacientek s CC=2-4	1,2365
13-K08	13-K08-02	Zhoubný novotvar dělohy u pacientek s CC=0-1	0,4344
13-K09	13-K09-01	Zhoubný novotvar pochvy a vulvy u pacientek s CC=2-4	1,2665
13-K09	13-K09-02	Zhoubný novotvar pochvy a vulvy u pacientek s CC=0-1	0,5866
13-K10	13-K10-00	Novotvary děložních adnex mimo zhoubné	0,2888
13-K11	13-K11-00	Novotvary dělohy mimo zhoubné	0,3451
13-K12	13-K12-00	Novotvary pochvy a vulvy mimo zhoubné	0,2573
13-K13	13-K13-00	Vrozené vady ženské reprodukční soustavy	0,4878
13-K14	13-K14-00	Traumata ženské reprodukční soustavy	0,3330
13-K15	13-K15-01	Jiné nemoci ženské reprodukční soustavy u pacientek ve věku 60 a více let	0,3640
13-K15	13-K15-02	Jiné nemoci ženské reprodukční soustavy u pacientek do 60 let věku	0,2452
13-R01	13-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar děložního hrdla v délce 21 a více ozařovacích dní	6,8965
13-R01	13-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženských pohlavních orgánů vyjma hrdla děložního v délce 21 a více ozařovacích dní	5,3435
13-R01	13-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar děložního hrdla v délce 11-20 ozařovacích dní	3,2829
13-R01	13-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženských pohlavních orgánů vyjma hrdla děložního v délce 11-20 ozařovacích dní	3,2487
13-R01	13-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar děložního hrdla v délce 6-10 ozařovacích dní	2,2279
13-R01	13-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženských pohlavních orgánů vyjma hrdla děložního v délce 6-10 ozařovacích dní	1,8306
13-R01	13-R01-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženské pohlavní soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientek s CC=2-4	1,6069
13-R01	13-R01-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženské pohlavní soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientek s CC=0-1	0,8547
13-R02	13-R02-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,7340
13-R02	13-R02-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v rámci 1 ozařovacího dne	0,4274
14-I07	14-I07-00	Cerkláž děložního hrdla v těhotenství	1,2369
14-I08	14-I08-01	Malý operační výkon v těhotenství, po porodu nebo po potratu se závažnou diagnózou	0,5568
14-I08	14-I08-02	Umělé přerušení těhotenství v II. trimestru nebo selektivní fetocida plodu při vícečetném těhotenství	0,3313

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
14-I08	14-I08-03	Jiný malý operační výkon v těhotenství, po porodu nebo po potratu bez závažné diagnózy	0,2436
14-K01	14-K01-00	Mimoděložní těhotenství	0,1784
14-K02	14-K02-00	Potrat	0,1985
14-K03	14-K03-01	Předporodní diagnózy při mnohočetném těhotenství nebo se závažnou diagnózou	0,5423
14-K03	14-K03-02	Předporodní diagnózy při těhotenství jednoho dítěte bez závažné diagnózy	0,3023
14-K04	14-K04-00	Falešný porod	0,1323
14-K05	14-K05-01	Péče o pacientku bezprostředně po porodu mimo zdravotnické zařízení	0,2612
14-K05	14-K05-02	Poporodní a popotratové diagnózy u pacientek ve věku 40 a více let nebo se závažnou diagnózou	0,4682
14-K05	14-K05-03	Poporodní a popotratové diagnózy u pacientek do 40 let věku bez závažné diagnózy	0,3650
15-K01	15-K01-00	Časný překlad novorozence	0,1716
16-C01	16-C01-01	Podání koagulačních faktorů v CVSP	2,5089
16-C01	16-C01-02	Podání koagulačních faktorů mimo CVSP	2,1802
16-C02	16-C02-00	Podání romiplostimu nebo eltrombopagu	6,3238
16-C03	16-C03-01	Podání trombocytů v CVSP u pacientů s CC=2-4	4,8666
16-C03	16-C03-02	Podání trombocytů v CVSP u pacientů s CC=0-1	2,5822
16-C03	16-C03-03	Podání trombocytů mimo CVSP	1,5336
16-C04	16-C04-01	Aplikace více než 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	6,4010
16-C04	16-C04-02	Aplikace 90 až 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	4,0951
16-C04	16-C04-03	Aplikace 45 až 90 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	2,3647
16-C04	16-C04-04	Aplikace 25 až 45 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	1,6837
16-C04	16-C04-05	Aplikace 15 až 25 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	1,1750
16-C04	16-C04-06	Aplikace méně než 15 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	0,8493
16-C05	16-C05-01	Cílená léčba pro myelodysplastický syndrom	0,7536
16-C05	16-C05-02	Chemoterapie pro myelodysplastický syndrom	1,3462
16-C06	16-C06-00	Chemoterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku	0,3147
16-C07	16-C07-01	Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,6257
16-C07	16-C07-02	Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů v CVSP u pacientů s CC=0-1	1,0560
16-C07	16-C07-03	Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	1,1459
16-C07	16-C07-04	Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,5811
16-I03	16-I03-01	Drenážní výkon pro onemocnění mizních uzlin, sleziny nebo brzlíku u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-4	1,6667
16-I03	16-I03-02	Drenážní výkon pro onemocnění mizních uzlin, sleziny nebo brzlíku u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	1,1109
16-K01	16-K01-01	Zvětšení a zánět mizních uzlin u pacientů s CC=1-4	0,7996
16-K01	16-K01-02	Zvětšení a zánět mizních uzlin u pacientů s CC=0	0,4794
16-K02	16-K02-01	Anémie u pacientů s CC=3-4	1,3766
16-K02	16-K02-02	Anémie u pacientů s CC=1-2	0,7718
16-K02	16-K02-03	Anémie u pacientů s CC=0	0,5639
16-K03	16-K03-01	Poruchy krevního srážení u pacientů s CC=3-4	1,6096



<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
16-K03	16-K03-02	Poruchy krevního srážení u pacientů s CC=1-2	0,8856
16-K03	16-K03-03	Poruchy krevního srážení u pacientů s CC=0	0,6403
16-K04	16-K04-01	Poruchy kostní dřeně v CVSP u pacientů s CC=1-4	1,4381
16-K04	16-K04-02	Poruchy kostní dřeně v CVSP u pacientů s CC=0	0,9306
16-K04	16-K04-03	Poruchy kostní dřeně mimo CVSP u pacientů s CC=1-4	0,8248
16-K04	16-K04-04	Poruchy kostní dřeně mimo CVSP u pacientů s CC=0	0,6224
16-K05	16-K05-00	Poruchy imunitních mechanismů	0,8183
16-K06	16-K06-01	Trauma sleziny v CVSP	1,8221
16-K06	16-K06-02	Trauma sleziny mimo CVSP	1,4714
16-K07	16-K07-00	Nemoci sleziny a brzlíku	0,7039
16-M01	16-M01-00	Léčebná výměnná plazmaferéza pro anémii nebo poruchu krevního srážení	6,4131
16-R01	16-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	6,0813
16-R01	16-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,2039
16-R01	16-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,3993
16-R01	16-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,7982
16-R01	16-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,3489
16-R01	16-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,8941
16-R01	16-R01-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,6342
16-R01	16-R01-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,1541
17-C01	17-C01-01	Indukční a reindukční fáze léčby akutní leukémie u dětí do 18 let věku	2,4521
17-C01	17-C01-02	Indukční a reindukční fáze léčby akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let	15,4784
17-C02	17-C02-01	Léčba relapsu akutní leukémie u pacientů s CC=4	14,0106
17-C02	17-C02-02	Léčba relapsu akutní leukémie u dětí do 18 let věku s CC=0-3	1,7338
17-C02	17-C02-03	Léčba relapsu akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-3	12,049
17-C03	17-C03-01	Konsolidační fáze léčby akutní leukémie u pacientů s CC=4	5,3534
17-C03	17-C03-02	Konsolidační fáze léčby akutní leukémie u dětí do 18 let věku s CC=0-3	1,1886
17-C03	17-C03-03	Konsolidační fáze léčby akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-3	2,9329
17-C04	17-C04-01	Paliativní fáze léčby akutní leukémie u pacientů s CC=4	4,2133
17-C04	17-C04-02	Paliativní fáze léčby akutní leukémie u dětí do 18 let věku s CC=0-3	3,3182
17-C04	17-C04-03	Paliativní fáze léčby akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-3	3,3182
17-C05	17-C05-01	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krve tvorby u pacientů s CC=4	7,4141
17-C05	17-C05-02	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krve tvorby u pacientů s CC=3	2,2285
17-C05	17-C05-03	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krve tvorby u pacientů s CC=2	1,4161
17-C05	17-C05-04	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krve tvorby u pacientů s CC=1	1,0803
17-C05	17-C05-05	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krve tvorby u pacientů s CC=0	0,6492

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
17-C06	17-C06-01	Chemoterapie nebo cílená léčba pro špatně diferencované novotvary u dětí do 18 let věku	1,6163
17-C06	17-C06-02	Chemoterapie nebo cílená léčba pro špatně diferencované novotvary u pacientů ve věku 18 a více let a s CC=2-4	0,8599
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	0,3771
17-I08	17-I08-01	Jiný chirurgický výkon v dutině břišní, retroperitoneu nebo páni u pacientů s CC=3-4	2,9325
17-I08	17-I08-02	Jiný chirurgický výkon v dutině břišní, retroperitoneu nebo páni u pacientů s CC=0-2	1,1373
17-I09	17-I09-01	Jiný chirurgický výkon v oblasti hlavy a krku u pacientů s CC=3-4	3,5027
17-I09	17-I09-02	Jiný chirurgický výkon v oblasti hlavy a krku pro špatně diferencované novotvary u pacientů s CC=0-2	1,094
17-I09	17-I09-03	Jiný chirurgický výkon v oblasti hlavy a krku pro onemocnění krevetvorby vyjma akutní leukémie u pacientů s CC=0-2	1,2184
17-I10	17-I10-01	Resekční výkon na měkkých tkáních, kůži a prsu u pacientů s CC=3-4	4,4325
17-I10	17-I10-02	Resekční výkon na měkkých tkáních, kůži a prsu u pacientů s CC=0-2	0,8442
17-K01	17-K01-01	Akutní leukémie v CVSP u pacientů s CC=2-4	4,5827
17-K01	17-K01-02	Akutní leukémie v CVSP u pacientů s CC=0-1	1,0301
17-K01	17-K01-03	Akutní leukémie mimo CVSP	0,9573
17-K02	17-K02-01	Chronická lymfocytární leukémie v CVSP u pacientů s CC=2-4	3,1497
17-K02	17-K02-02	Chronická lymfocytární leukémie v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,9983
17-K02	17-K02-03	Chronická lymfocytární leukémie mimo CVSP	0,9029
17-K03	17-K03-01	Mnohočetný myelom v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,9965
17-K03	17-K03-02	Mnohočetný myelom v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,9486
17-K03	17-K03-03	Mnohočetný myelom mimo CVSP	0,9097
17-K04	17-K04-00	Hodgkinův lymfom	1,0954
17-K05	17-K05-01	Non-Hodgkinův lymfom v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,9119
17-K05	17-K05-02	Non-Hodgkinův lymfom v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,6946
17-K05	17-K05-03	Non-Hodgkinův lymfom mimo CVSP	0,9972
17-K06	17-K06-00	Primárně kožní non-Hodgkinův lymfom	0,9601
17-K07	17-K07-01	Jiné myeloproliferativní poruchy a novotvary v CVSP u pacientů s CC=2-4	3,2051
17-K07	17-K07-02	Jiné myeloproliferativní poruchy a novotvary v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,9972
17-K07	17-K07-03	Jiné myeloproliferativní poruchy a novotvary mimo CVSP	1,0396
17-K08	17-K08-00	Novotvary mizních uzlin mimo lymfomy	0,6783
17-K09	17-K09-01	Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,5904
17-K09	17-K09-02	Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,7755
17-K09	17-K09-03	Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,9137
17-K09	17-K09-04	Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4631
17-K10	17-K10-01	Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,5445
17-K10	17-K10-02	Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,6330
17-K10	17-K10-03	Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,8357
17-K10	17-K10-04	Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4384

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
17-M01	17-M01-00	Terapeutická cytaferéza pro onemocnění krvinek	9,4173
17-R01	17-R01-01	Zevní radioterapie pro onemocnění krvinek vyjma akutní leukémie a kožního lymfomu v délce 21 a více ozařovacích dní	5,7821
17-R01	17-R01-02	Zevní radioterapie pro špatně diferencované novotvary nebo kožní lymfom v délce 21 a více ozařovacích dní	5,7821
17-R01	17-R01-03	Zevní radioterapie pro onemocnění krvinek vyjma akutní leukémie a kožního lymfomu v délce 11-20 ozařovacích dní	3,5671
17-R01	17-R01-04	Zevní radioterapie pro špatně diferencované novotvary nebo kožní lymfom v délce 11-20 ozařovacích dní	3,4405
17-R01	17-R01-05	Zevní radioterapie pro onemocnění krvinek vyjma akutní leukémie a kožního lymfomu v délce 6-10 ozařovacích dní	2,9900
17-R01	17-R01-06	Zevní radioterapie pro špatně diferencované novotvary nebo kožní lymfom v délce 6-10 ozařovacích dní	1,7988
17-R01	17-R01-07	Zevní radioterapie pro nemoci a poruchy krvinek vyjma akutní leukémie nebo špatně diferencované novotvary v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,0396
17-R01	17-R01-08	Zevní radioterapie pro nemoci a poruchy krvinek vyjma akutní leukémie nebo špatně diferencované novotvary v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,4434
18-I01	18-I01-01	Amputace částí končetin mimo prsty nebo chirurgický výkon v dutině hrudní nebo břišní pro eliminaci zánětlivého ložiska sepse	4,9115
18-I01	18-I01-02	Jiný chirurgický výkon pro eliminaci zánětlivého ložiska sepse	3,2697
18-K01	18-K01-01	Těžká sepse u pacientů s CC=4 nebo sepse u dětí do 18 let věku s CC=4	3,5025
18-K01	18-K01-02	Těžká sepse u pacientů s CC=0-3 nebo sepse u dětí do 18 let věku s CC=2-3	2,8066
18-K01	18-K01-03	Sepse u dětí do 18 let věku s CC=0-1	1,5299
18-K01	18-K01-04	Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=4	2,7858
18-K01	18-K01-05	Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=3	1,7875
18-K01	18-K01-06	Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=1-2	1,3798
18-K01	18-K01-07	Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	1,0248
18-K02	18-K02-01	Bakteriální, mykotické a parazitární nemoci nezařazené jinde u pacientů s CC=3-4	1,8342
18-K02	18-K02-02	Bakteriální, mykotické a parazitární nemoci nezařazené jinde u pacientů s CC=1-2	1,2333
18-K02	18-K02-03	Bakteriální, mykotické a parazitární nemoci nezařazené jinde u pacientů s CC=0	0,9322
18-K02	18-K02-04	Virové nemoci a neurčené následky infekcí nezařazené jinde u pacientů s CC=1-4	0,7136
18-K02	18-K02-05	Virové nemoci a neurčené následky infekcí nezařazené jinde u pacientů s CC=0	0,4738
18-K03	18-K03-01	Zánětlivé a systémové stavy nezařazené jinde u pacientů s CC=2-4	1,8498
18-K03	18-K03-02	Zánětlivé a systémové stavy nezařazené jinde u pacientů s CC=0-1	0,6375
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)	3,9079
18-M01	18-M01-02	Eliminační metody krve pro sepsi provedené ve 4-5 dnech	2,7534
18-M01	18-M01-03	Eliminační metody krve pro sepsi provedené v 1-3 dnech	2,4323
20-K01	20-K01-01	Předčasné ukončení hospitalizace proti doporučení lékaře pro nadužívání psychoaktivních látek	0,1759
20-K01	20-K01-02	Akutní intoxikace psychoaktivními látkami u pacientů s CC=2-4	0,9450
20-K01	20-K01-03	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro delirium způsobené psychoaktivními látkami	0,7969
20-K01	20-K01-04	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro duševní poruchy a poruchy chování způsobené psychoaktivními látkami	0,4065
20-K01	20-K01-05	Akutní intoxikace léky nebo drogami u pacientů s CC=0-1	0,3935

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
20-K01	20-K01-06	Akutní intoxikace alkoholem u pacientů s CC=0-1	0,2639
20-K02	20-K02-01	Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů a zvýšená psychiatrická péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	1,0921
20-K02	20-K02-02	Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=2-4	1,0921
20-K02	20-K02-03	Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1	0,5730
20-K03	20-K03-01	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů a zvýšená psychiatrická péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	1,2775
20-K03	20-K03-02	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=2-4	1,2775
20-K03	20-K03-03	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1	0,9394
20-K04	20-K04-01	Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog se zvýšenou psychiatrickou péčí nebo u pacientů s CC=2-4	1,5764
20-K04	20-K04-02	Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1	1,3366
20-K05	20-K05-01	Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog se zvýšenou psychiatrickou péčí nebo u pacientů s CC=2-4	1,9575
20-K05	20-K05-02	Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1	1,7661
20-K06	20-K06-01	Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog se zvýšenou psychiatrickou péčí nebo u pacientů s CC=2-4	2,4793
20-K06	20-K06-02	Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1	2,2329
20-K07	20-K07-01	Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog se zvýšenou psychiatrickou péčí nebo u pacientů s CC=2-4	2,9613
20-K07	20-K07-02	Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1	2,5343
20-K08	20-K08-01	Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog se zvýšenou psychiatrickou péčí nebo u pacientů s CC=2-4	4,8004
20-K08	20-K08-02	Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1	4,4405
20-M01	20-M01-00	Eliminační metody krve při akutní intoxikaci psychoaktivními látkami	1,9025
21-I01	21-I01-01	Chirurgický výkon pro roztržení operační rány u pacientů ve věku 60 a více let	2,9085
21-I01	21-I01-02	Chirurgický výkon pro roztržení operační rány u pacientů do 60 let věku	1,3362
21-K01	21-K01-00	Mnohočetná a jiná poranění nezařazená jinde	0,6024
21-K02	21-K02-00	Účinky vnějších příčin nezařazené jinde	0,3999
21-K03	21-K03-00	Vyšetření a pozorování po úrazu a otravě	0,1834
21-K04	21-K04-00	Alergické reakce	0,2399
21-K05	21-K05-01	Toxické účinky u pacientů s CC=3-4	2,1920
21-K05	21-K05-02	Toxické účinky u pacientů s CC=1-2	0,8199
21-K05	21-K05-03	Toxické účinky léčiv a drog u pacientů s CC=0	0,4495
21-K05	21-K05-04	Toxické účinky jiných látek u pacientů s CC=0	0,2439
21-K06	21-K06-01	Závažné komplikace zdravotní péče u pacientů s CC=3-4	1,4883
21-K06	21-K06-02	Závažné komplikace zdravotní péče u pacientů s CC=0-2	0,5398
21-K06	21-K06-03	Jiné komplikace zdravotní péče	0,3725
21-M01	21-M01-00	Eliminační metody krve pro toxické účinky	2,0229
22-I02	22-I02-00	Amputace částí končetin mimo prsty pro popálení, poleptání nebo omrzlinu	2,3216

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
22-I03	22-I03-01	Amputace prstů nebo záprstí v CVSP pro popálení, poleptání nebo omrzlinu	1,1123
22-I03	22-I03-02	Amputace prstů nebo záprstí mimo CVSP pro popálení, poleptání nebo omrzlinu	1,0894
22-I04	22-I04-01	Odstranění nekrotické tkáně pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s 2 a více ošetrovacími dny	3,3903
22-I04	22-I04-02	Odstranění nekrotické tkáně pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s nejvýše 1 ošetrovacím dnem	1,3373
22-I05	22-I05-01	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny v CVSP s 2 a více ošetrovacími dny	4,2682
22-I05	22-I05-02	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny v CVSP s 1 ošetrovacím dnem	1,2665
22-I05	22-I05-03	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny mimo CVSP s 2 a více ošetrovacími dny	1,2974
22-I05	22-I05-04	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny mimo CVSP s 1 ošetrovacím dnem	0,5673
22-K01	22-K01-00	Popáleniny a poleptání dětí ve věku do 3 let	0,2808
22-K02	22-K02-00	Popáleniny a poleptání dětí ve věku 3-14 let	0,3842
22-K03	22-K03-00	Popáleniny a poleptání pacientů ve věku 15 a více let	0,3732
22-K04	22-K04-00	Omrzliny	0,7011
23-I09	23-I09-01	Sterilizace odstraněním vejcovodů	0,7202
23-I09	23-I09-02	Sterilizace přerušáním vejcovodů nebo chámovodů	0,5875
23-I10	23-I10-00	Odstranění silikonové tamponády oka	0,5731
23-K01	23-K01-00	Neprovedení plánované péče	0,1419
23-K02	23-K02-01	Léčba související se zkráceným trváním těhotenství a nízkou porodní hmotností u dětí s věkem 29 dnů a více	2,8820
23-K02	23-K02-02	Léčba ostatních stavů vzniklých v perinatálním období u dětí s věkem 29 dnů a více	0,9786
23-K03	23-K03-01	Potřeba imunizace	0,4610
23-K03	23-K03-02	Jiná péče o osoby bez obtíží nebo známé diagnózy	0,3392
23-K04	23-K04-01	Vyšetření a pozorování pro podezření na nemoci a patologické stavy u pacientů ve věku 80 a více let	0,4724
23-K04	23-K04-02	Vyšetření a pozorování pro podezření na nemoci a patologické stavy u pacientů do 79 let věku	0,3842
23-K05	23-K05-01	Následné vyšetření pro již dříve léčený zhoubný novotvar štítné žlázy	0,5625
23-K05	23-K05-02	Následné vyšetření pro již dříve léčené onemocnění	0,4355
23-K06	23-K06-00	Péče a diagnostika pro nemoci a stavy nezařazené jinde	0,6314
24-M04	24-M04-00	Krátkodobá (neúplná) rehabilitace - 0-4 rehabilitační dny	0,3458
24-M05	24-M05-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 5-6 rehabilitačních dnů	0,6368
24-M05	24-M05-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 5-6 rehabilitačních dnů	0,5865
24-M06	24-M06-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 7-12 rehabilitačních dnů	1,1988
24-M06	24-M06-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 7-12 rehabilitačních dnů	1,0697
24-M07	24-M07-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 13-18 rehabilitačních dnů	1,7827
24-M07	24-M07-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 13-18 rehabilitačních dnů	1,5726
24-M08	24-M08-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 19-24 rehabilitačních dnů	2,0233
24-M08	24-M08-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 19-24 rehabilitačních dnů	2,0233
24-M09	24-M09-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 25-30 rehabilitačních dnů	3,2304

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
24-M09	24-M09-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 25-30 rehabilitačních dnů	3,2304
24-M10	24-M10-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 31-42 rehabilitačních dnů	4,1962
24-M10	24-M10-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 31-42 rehabilitačních dnů	4,1962
24-M11	24-M11-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy - 43-54 rehabilitačních dnů	5,3368
24-M11	24-M11-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 43-54 rehabilitačních dnů	5,3368
24-M12	24-M12-00	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy - 55-66 rehabilitačních dnů	5,3368
24-M13	24-M13-00	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy - 67 a více rehabilitačních dnů	5,3368
14-K05	14-K05-01	Péče o pacientku bezprostředně po porodu mimo zdravotnické zařízení	16,0602
14-K05	14-K05-02	Poporodní a popotratové diagnózy u pacientek ve věku 40 a více let nebo se závažnou diagnózou	13,5393
14-K05	14-K05-03	Poporodní a popotratové diagnózy u pacientek do 40 let věku bez závažné diagnózy	10,3573
15-K01	15-K01-00	Časný překlad novorozence	7,2345
16-C01	16-C01-01	Podání koagulačních faktorů v CVSP	22,6432
16-C01	16-C01-02	Podání koagulačních faktorů mimo CVSP	19,7521
16-C02	16-C02-00	Podání romiplostimu nebo eltrombopagu	16,0058
16-C03	16-C03-01	Podání trombocytů v CVSP u pacientů s CC=2-4	12,3347
16-C03	16-C03-02	Podání trombocytů v CVSP u pacientů s CC=0-1	32,1771
16-C03	16-C03-03	Podání trombocytů mimo CVSP	28,8142
16-C04	16-C04-01	Aplikace více než 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	25,5695
16-C04	16-C04-02	Aplikace 90 až 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	24,4979
16-C04	16-C04-03	Aplikace 45 až 90 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	57,1159
16-C04	16-C04-04	Aplikace 25 až 45 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	46,9399
16-C04	16-C04-05	Aplikace 15 až 25 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	45,4367
16-C04	16-C04-06	Aplikace méně než 15 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	38,4300
16-C05	16-C05-01	Cílená léčba pro myelodysplastický syndrom	63,1019
16-C05	16-C05-02	Chemoterapie pro myelodysplastický syndrom	63,1019
16-C06	16-C06-00	Chemoterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku	63,1019
16-C07	16-C07-01	Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů v CVSP u pacientů s CC=2-4	63,1019
16-C07	16-C07-02	Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů v CVSP u pacientů s CC=0-1	5,9918
16-C07	16-C07-03	Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	3,5857
16-C07	16-C07-04	Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	1,6595
16-I03	16-I03-01	Drenážní výkon pro onemocnění mizních uzlin, sleziny nebo brzlíku u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-4	0,9049
16-I03	16-I03-02	Drenážní výkon pro onemocnění mizních uzlin, sleziny nebo brzlíku u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	0,8289
16-K01	16-K01-01	Zvětšení a zánět mizních uzlin u pacientů s CC=1-4	0,7775

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
16-K01	16-K01-02	Zvětšení a zánět mízních uzlin u pacientů s CC=0	2,5028
16-K02	16-K02-01	Anémie u pacientů s CC=3-4	1,5881
16-K02	16-K02-02	Anémie u pacientů s CC=1-2	1,8847
16-K02	16-K02-03	Anémie u pacientů s CC=0	1,4027
16-K03	16-K03-01	Poruchy krevního srážení u pacientů s CC=3-4	0,3345
16-K03	16-K03-02	Poruchy krevního srážení u pacientů s CC=1-2	1,0329
16-K03	16-K03-03	Poruchy krevního srážení u pacientů s CC=0	0,2271
16-K04	16-K04-01	Poruchy kostní dřeně v CVSP u pacientů s CC=1-4	0,2936
16-K04	16-K04-02	Poruchy kostní dřeně v CVSP u pacientů s CC=0	1,1856
16-K04	16-K04-03	Poruchy kostní dřeně mimo CVSP u pacientů s CC=1-4	0,4460
16-K04	16-K04-04	Poruchy kostní dřeně mimo CVSP u pacientů s CC=0	0,1619
16-K05	16-K05-00	Poruchy imunitních mechanismů	0,3838
16-K06	16-K06-01	Trauma sleziny v CVSP	0,8298
16-K06	16-K06-02	Trauma sleziny mimo CVSP	0,4396
16-K07	16-K07-00	Nemoci sleziny a brzlíku	2,7891
16-M01	16-M01-00	Léčebná výměnná plazmaferéza pro anémii nebo poruchu krevního srážení	2,0184
16-R01	16-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	2,0451
16-R01	16-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	1,2533
16-R01	16-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	2,430
16-R01	16-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	1,4104
16-R01	16-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	0,9450
16-R01	16-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,5686
16-R01	16-R01-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,6715
16-R01	16-R01-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,8824
17-C01	17-C01-01	Indukční a reindukční fáze léčby akutní leukémie u dětí do 18 let věku	0,5824
17-C01	17-C01-02	Indukční a reindukční fáze léčby akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let	0,3647
17-C02	17-C02-01	Léčba relapsu akutní leukémie u pacientů s CC=4	1,0883
17-C02	17-C02-02	Léčba relapsu akutní leukémie u dětí do 18 let věku s CC=0-3	0,7906
17-C02	17-C02-03	Léčba relapsu akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-3	0,9079
17-C03	17-C03-01	Konsolidační fáze léčby akutní leukémie u pacientů s CC=4	0,5665
17-C03	17-C03-02	Konsolidační fáze léčby akutní leukémie u dětí do 18 let věku s CC=0-3	0,1536
17-C03	17-C03-03	Konsolidační fáze léčby akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-3	1,3149
17-C04	17-C04-01	Paliativní fáze léčby akutní leukémie u pacientů s CC=4	0,6456
17-C04	17-C04-02	Paliativní fáze léčby akutní leukémie u dětí do 18 let věku s CC=0-3	0,4763
17-C04	17-C04-03	Paliativní fáze léčby akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-3	1,1867
17-C05	17-C05-01	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krve tvorby u pacientů s CC=4	0,6020
17-C05	17-C05-02	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krve tvorby u pacientů s CC=3	0,3773

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
17-C05	17-C05-03	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krevetvorby u pacientů s CC=2	1,3652
17-C05	17-C05-04	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krevetvorby u pacientů s CC=1	0,6358
17-C05	17-C05-05	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krevetvorby u pacientů s CC=0	2,6436
17-C06	17-C06-01	Chemoterapie nebo cílená léčba pro špatně diferencované novotvary u dětí do 18 let věku	1,6030
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	1,0286
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	1,8596
17-I08	17-I08-01	Jiný chirurgický výkon v dutině břišní, retroperitoneu nebo pánvi u pacientů s CC=3-4	1,2234
17-I08	17-I08-02	Jiný chirurgický výkon v dutině břišní, retroperitoneu nebo pánvi u pacientů s CC=0-2	0,7978
17-I09	17-I09-01	Jiný chirurgický výkon v oblasti hlavy a krku u pacientů s CC=3-4	0,7297
17-I09	17-I09-02	Jiný chirurgický výkon v oblasti hlavy a krku pro špatně diferencované novotvary u pacientů s CC=0-2	3,2470
17-I09	17-I09-03	Jiný chirurgický výkon v oblasti hlavy a krku pro onemocnění krevetvorby vyjma akutní leukémie u pacientů s CC=0-2	2,2446
17-I10	17-I10-01	Resekční výkon na měkkých tkáních, kůži a prsu u pacientů s CC=3-4	1,6205
17-I10	17-I10-02	Resekční výkon na měkkých tkáních, kůži a prsu u pacientů s CC=0-2	2,8333
17-K01	17-K01-01	Akutní leukémie v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,9214
17-K01	17-K01-02	Akutní leukémie v CVSP u pacientů s CC=0-1	1,4860
17-K01	17-K01-03	Akutní leukémie mimo CVSP	1,1703
17-K02	17-K02-01	Chronická lymfocytární leukémie v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,7375
17-K02	17-K02-02	Chronická lymfocytární leukémie v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,5127
17-K02	17-K02-03	Chronická lymfocytární leukémie mimo CVSP	0,3982
17-K03	17-K03-01	Mnohočetný myelom v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,1092
17-K03	17-K03-02	Mnohočetný myelom v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,7371
17-K03	17-K03-03	Mnohočetný myelom mimo CVSP	0,8783
17-K04	17-K04-00	Hodgkinův lymfom	0,6408
17-K05	17-K05-01	Non-Hodgkinův lymfom v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,3362
17-K05	17-K05-02	Non-Hodgkinův lymfom v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,6164
17-K05	17-K05-03	Non-Hodgkinův lymfom mimo CVSP	2,4972
17-K06	17-K06-00	Primárně kožní non-Hodgkinův lymfom	1,0060
17-K07	17-K07-01	Jiné myeloproliferativní poruchy a novotvary v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,9031
17-K07	17-K07-02	Jiné myeloproliferativní poruchy a novotvary v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,8039
17-K07	17-K07-03	Jiné myeloproliferativní poruchy a novotvary mimo CVSP	0,6263
17-K08	17-K08-00	Novotvary mízních uzlin mimo lymfomy	0,2725
17-K09	17-K09-01	Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,6471
17-K09	17-K09-02	Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání v CVSP u pacientů s CC=0-1	2,9440
17-K09	17-K09-03	Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	1,7790
17-K09	17-K09-04	Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,9053
17-K10	17-K10-01	Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,5333



<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
17-K10	17-K10-02	Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde v CVSP u pacientů s CC=0-1	4,0034
17-K10	17-K10-03	Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	6,1165
17-K10	17-K10-04	Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	5,2039
17-M01	17-M01-00	Terapeutická cytaferéza pro onemocnění krvinek	3,3471
17-R01	17-R01-01	Zevní radioterapie pro onemocnění krvinek vyjma akutní leukémie a kožního lymfomu v délce 21 a více ozařovacích dní	2,9686
17-R01	17-R01-02	Zevní radioterapie pro špatně diferencované novotvary nebo kožní lymfom v délce 21 a více ozařovacích dní	2,1876
17-R01	17-R01-03	Zevní radioterapie pro onemocnění krvinek vyjma akutní leukémie a kožního lymfomu v délce 11-20 ozařovacích dní	1,8343
17-R01	17-R01-04	Zevní radioterapie pro špatně diferencované novotvary nebo kožní lymfom v délce 11-20 ozařovacích dní	1,6667
17-R01	17-R01-05	Zevní radioterapie pro onemocnění krvinek vyjma akutní leukémie a kožního lymfomu v délce 6-10 ozařovacích dní	1,3561
17-R01	17-R01-06	Zevní radioterapie pro špatně diferencované novotvary nebo kožní lymfom v délce 6-10 ozařovacích dní	0,8988
17-R01	17-R01-07	Zevní radioterapie pro nemoci a poruchy krvinek vyjma akutní leukémie nebo špatně diferencované novotvary v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,7453
17-R01	17-R01-08	Zevní radioterapie pro nemoci a poruchy krvinek vyjma akutní leukémie nebo špatně diferencované novotvary v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,9861
18-I01	18-I01-01	Amputace částí končetin mimo prsty nebo chirurgický výkon v dutině hrudní nebo břišní pro eliminaci zánětlivého ložiska sepse	0,8906
18-I01	18-I01-02	Jiný chirurgický výkon pro eliminaci zánětlivého ložiska sepse	1,4632
18-K01	18-K01-01	Těžká sepse u pacientů s CC=4 nebo sepse u dětí do 18 let věku s CC=4	0,8100
18-K01	18-K01-02	Těžká sepse u pacientů s CC=0-3 nebo sepse u dětí do 18 let věku s CC=2-3	0,6405
18-K01	18-K01-03	Sepse u dětí do 18 let věku s CC=0-1	0,4258
18-K01	18-K01-04	Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=4	1,2438
18-K01	18-K01-05	Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=3	0,9121
18-K01	18-K01-06	Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=1-2	0,9167
18-K01	18-K01-07	Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,6493
18-K02	18-K02-01	Bakteriální, mykotické a parazitární nemoci nezařazené jinde u pacientů s CC=3-4	0,5892
18-K02	18-K02-02	Bakteriální, mykotické a parazitární nemoci nezařazené jinde u pacientů s CC=1-2	0,3779
18-K02	18-K02-03	Bakteriální, mykotické a parazitární nemoci nezařazené jinde u pacientů s CC=0	0,6900
18-K02	18-K02-04	Virové nemoci a neurčené následky infekcí nezařazené jinde u pacientů s CC=1-4	0,4170
18-K02	18-K02-05	Virové nemoci a neurčené následky infekcí nezařazené jinde u pacientů s CC=0	0,6403
18-K03	18-K03-01	Zánětlivé a systémové stavy nezařazené jinde u pacientů s CC=2-4	0,3342
18-K03	18-K03-02	Zánětlivé a systémové stavy nezařazené jinde u pacientů s CC=0-1	0,7809
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)	0,5572
18-M01	18-M01-02	Eliminační metody krve pro sepsi provedené ve 4-5 dnech	0,5628
18-M01	18-M01-03	Eliminační metody krve pro sepsi provedené v 1-3 dnech	0,4925
20-K01	20-K01-01	Předčasné ukončení hospitalizace proti doporučení lékaře pro nadužívání psychoaktivních látek	0,4588

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
20-K01	20-K01-02	Akutní intoxikace psychoaktivními látkami u pacientů s CC=2-4	0,8761
20-K01	20-K01-03	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro delirium způsobené psychoaktivními látkami	0,5678
20-K01	20-K01-04	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro duševní poruchy a poruchy chování způsobené psychoaktivními látkami	0,7177
20-K01	20-K01-05	Akutní intoxikace léky nebo drogami u pacientů s CC=0-1	0,6315
20-K01	20-K01-06	Akutní intoxikace alkoholem u pacientů s CC=0-1	6,1165
20-K02	20-K02-01	Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů a zvýšená psychiatrická péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	5,1379
20-K02	20-K02-02	Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=2-4	3,3988
20-K02	20-K02-03	Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1	2,7982
20-K03	20-K03-01	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů a zvýšená psychiatrická péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	2,3489
20-K03	20-K03-02	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=2-4	1,8941
20-K03	20-K03-03	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1	1,6342
20-K04	20-K04-01	Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog se zvýšenou psychiatrickou péčí nebo u pacientů s CC=2-4	1,1860
20-K04	20-K04-02	Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1	0,4379
20-K05	20-K05-01	Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog se zvýšenou psychiatrickou péčí nebo u pacientů s CC=2-4	0,4579
20-K05	20-K05-02	Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1	1,9889
20-K06	20-K06-01	Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog se zvýšenou psychiatrickou péčí nebo u pacientů s CC=2-4	1,0790
20-K06	20-K06-02	Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1	2,4735
20-K07	20-K07-01	Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog se zvýšenou psychiatrickou péčí nebo u pacientů s CC=2-4	0,7128
20-K07	20-K07-02	Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1	0,5340
20-K08	20-K08-01	Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog se zvýšenou psychiatrickou péčí nebo u pacientů s CC=2-4	0,4243
20-K08	20-K08-02	Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1	0,6248
20-M01	20-M01-00	Eliminační metody krve při akutní intoxikaci psychoaktivními látkami	0,4995
21-I01	21-I01-01	Chirurgický výkon pro roztržení operační rány u pacientů ve věku 60 a více let	1,0057
21-I01	21-I01-02	Chirurgický výkon pro roztržení operační rány u pacientů do 60 let věku	0,5859
21-K01	21-K01-00	Mnohočetná a jiná poranění nezařazená jinde	0,4089
21-K02	21-K02-00	Účinky vnějších příčin nezařazené jinde	1,5994
21-K03	21-K03-00	Vyšetření a pozorování po úrazu a otravě	0,6075
21-K04	21-K04-00	Alergické reakce	0,3736
21-K05	21-K05-01	Toxické účinky u pacientů s CC=3-4	1,2134
21-K05	21-K05-02	Toxické účinky u pacientů s CC=1-2	0,5825
21-K05	21-K05-03	Toxické účinky léčiv a drog u pacientů s CC=0	0,3376
21-K05	21-K05-04	Toxické účinky jiných látek u pacientů s CC=0	1,4552
21-K06	21-K06-01	Závažné komplikace zdravotní péče u pacientů s CC=3-4	0,5178

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
21-K06	21-K06-02	Závažné komplikace zdravotní péče u pacientů s CC=0-2	0,4664
21-K06	21-K06-03	Jiné komplikace zdravotní péče	0,4964
21-M01	21-M01-00	Eliminační metody krve pro toxické účinky	0,3498
22-I02	22-I02-00	Amputace částí končetin mimo prsty pro popálení, poleptání nebo omrzlinu	0,4712
22-I03	22-I03-01	Amputace prstů nebo záprstí v CVSP pro popálení, poleptání nebo omrzlinu	0,3261
22-I03	22-I03-02	Amputace prstů nebo záprstí mimo CVSP pro popálení, poleptání nebo omrzlinu	0,3925
22-I04	22-I04-01	Odstranění nekrotické tkáně pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s 2 a více ošetřovacími dny	0,4562
22-I04	22-I04-02	Odstranění nekrotické tkáně pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s nejvýše 1 ošetřovacím dnem	0,5823
22-I05	22-I05-01	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny v CVSP s 2 a více ošetřovacími dny	0,4033
22-I05	22-I05-02	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny v CVSP s 1 ošetřovacím dnem	0,4665
22-I05	22-I05-03	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny mimo CVSP s 2 a více ošetřovacími dny	0,3546
22-I05	22-I05-04	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny mimo CVSP s 1 ošetřovacím dnem	0,4437
22-K01	22-K01-00	Popáleniny a poleptání dětí ve věku do 3 let	0,3713
22-K02	22-K02-00	Popáleniny a poleptání dětí ve věku 3-14 let	0,3381
22-K03	22-K03-00	Popáleniny a poleptání pacientů ve věku 15 a více let	0,5970
22-K04	22-K04-00	Omrzliny	0,2565
23-I09	23-I09-01	Sterilizace odstraněním vejcovodů	6,5074
23-I09	23-I09-02	Sterilizace přerušáním vejcovodů nebo chámovodů	5,1763
23-I10	23-I10-00	Odstranění silikonové tamponády oka	3,6963
23-K01	23-K01-00	Neprovedení plánované péče	2,7317
23-K02	23-K02-01	Léčba související se zkráceným trváním těhotenství a nízkou porodní hmotností u dětí s věkem 29 dnů a více	2,4996
23-K02	23-K02-02	Léčba ostatních stavů vzniklých v perinatálním období u dětí s věkem 29 dnů a více	1,8399
23-K03	23-K03-01	Potřeba imunizace	1,6571
23-K03	23-K03-02	Jiná péče o osoby bez obtíží nebo známé diagnózy	1,0801
23-K04	23-K04-01	Vyšetření a pozorování pro podezření na nemoci a patologické stavy u pacientů ve věku 80 a více let	2,0897
23-K04	23-K04-02	Vyšetření a pozorování pro podezření na nemoci a patologické stavy u pacientů do 79 let věku	0,4524
23-K05	23-K05-01	Následné vyšetření pro již dříve léčený zhoubný novotvar štítné žlázy	1,9366
23-K05	23-K05-02	Následné vyšetření pro již dříve léčené onemocnění	1,3445
23-K06	23-K06-00	Péče a diagnostika pro nemoci a stavy nezařazené jinde	0,2602
24-M04	24-M04-00	Krátkodobá (neúplná) rehabilitace - 0-4 rehabilitační dny	0,3605
24-M05	24-M05-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 5-6 rehabilitačních dnů	3,0854
24-M05	24-M05-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 5-6 rehabilitačních dnů	2,0307
24-M06	24-M06-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 7-12 rehabilitačních dnů	1,6636
24-M06	24-M06-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 7-12 rehabilitačních dnů	0,8935
24-M07	24-M07-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 13-18 rehabilitačních dnů	2,6520
24-M07	24-M07-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 13-18 rehabilitačních dnů	0,8873
24-M08	24-M08-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 19-24 rehabilitačních dnů	1,0879

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
24-M08	24-M08-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 19-24 rehabilitačních dnů	0,6700
24-M09	24-M09-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 25-30 rehabilitačních dnů	1,3347
24-M09	24-M09-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 25-30 rehabilitačních dnů	0,5817
24-M10	24-M10-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 31-42 rehabilitačních dnů	0,1798
24-M10	24-M10-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 31-42 rehabilitačních dnů	2,7734
24-M11	24-M11-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy - 43-54 rehabilitačních dnů	1,2646
24-M11	24-M11-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 43-54 rehabilitačních dnů	0,8169
24-M12	24-M12-00	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy - 55-66 rehabilitačních dnů	1,3276
24-M13	24-M13-00	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy - 67 a více rehabilitačních dnů	0,7776
14-K05	14-K05-01	Péče o pacientku bezprostředně po porodu mimo zdravotnické zařízení	0,5636
14-K05	14-K05-02	Poporodní a poporodní diagnózy u pacientek ve věku 40 a více let nebo se závažnou diagnózou	1,0367
14-K05	14-K05-03	Poporodní a poporodní diagnózy u pacientek do 40 let věku bez závažné diagnózy	0,5212
15-K01	15-K01-00	Časný překlad novorozence	0,4176
16-C01	16-C01-01	Podání koagulačních faktorů v CVSP	1,4442
16-C01	16-C01-02	Podání koagulačních faktorů mimo CVSP	0,7366
16-C02	16-C02-00	Podání romiplostimu nebo eltrombopagu	1,0866
16-C03	16-C03-01	Podání trombocytů v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,5967
16-C03	16-C03-02	Podání trombocytů v CVSP u pacientů s CC=0-1	2,1081
16-C03	16-C03-03	Podání trombocytů mimo CVSP	1,0017
16-C04	16-C04-01	Aplikace více než 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	0,6281
16-C04	16-C04-02	Aplikace 90 až 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	2,1161
16-C04	16-C04-03	Aplikace 45 až 90 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	1,1166
16-C04	16-C04-04	Aplikace 25 až 45 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	0,6197
16-C04	16-C04-05	Aplikace 15 až 25 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	0,5194
16-C04	16-C04-06	Aplikace méně než 15 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krvetvorby nebo imunitního mechanismu	2,7463
16-C05	16-C05-01	Cílená léčba pro myelodysplastický syndrom	1,8297
16-C05	16-C05-02	Chemoterapie pro myelodysplastický syndrom	0,8791
16-C06	16-C06-00	Chemoterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku	0,1288
16-C07	16-C07-01	Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,1448
16-C07	16-C07-02	Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,6545
16-C07	16-C07-03	Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,9710
16-C07	16-C07-04	Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,5051

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
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	0,7993
16-I03	16-I03-02	Drenážní výkon pro onemocnění mízních uzlin, sleziny nebo brzlíku u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	0,4179
16-K01	16-K01-01	Zvětšení a zánět mízních uzlin u pacientů s CC=1-4	1,7434
16-K01	16-K01-02	Zvětšení a zánět mízních uzlin u pacientů s CC=0	1,5949
16-K02	16-K02-01	Anémie u pacientů s CC=3-4	0,4818
16-K02	16-K02-02	Anémie u pacientů s CC=1-2	0,6990
16-K02	16-K02-03	Anémie u pacientů s CC=0	0,4563
16-K03	16-K03-01	Poruchy krevního srážení u pacientů s CC=3-4	2,0883
16-K03	16-K03-02	Poruchy krevního srážení u pacientů s CC=1-2	1,1147
16-K03	16-K03-03	Poruchy krevního srážení u pacientů s CC=0	0,7643
16-K04	16-K04-01	Poruchy kostní dřeně v CVSP u pacientů s CC=1-4	2,5205
16-K04	16-K04-02	Poruchy kostní dřeně v CVSP u pacientů s CC=0	1,1618
16-K04	16-K04-03	Poruchy kostní dřeně mimo CVSP u pacientů s CC=1-4	0,4928
16-K04	16-K04-04	Poruchy kostní dřeně mimo CVSP u pacientů s CC=0	63,1019
16-K05	16-K05-00	Poruchy imunitních mechanismů	38,4300
16-K06	16-K06-01	Trauma sleziny v CVSP	18,1867
16-K06	16-K06-02	Trauma sleziny mimo CVSP	10,9483
16-K07	16-K07-00	Nemoci sleziny a brzlíku	6,4502
16-M01	16-M01-00	Léčebná výměnná plazmaferéza pro anémii nebo poruchu krevního srážení	3,6816
16-R01	16-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,2406
16-R01	16-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,3622
16-R01	16-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	2,1063
16-R01	16-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	1,4628
16-R01	16-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	0,8380
16-R01	16-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	6,0713
16-R01	16-R01-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	5,1422
16-R01	16-R01-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	3,3005
17-C01	17-C01-01	Indukční a reindukční fáze léčby akutní leukémie u dětí do 18 let věku	2,3206
17-C01	17-C01-02	Indukční a reindukční fáze léčby akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let	2,2301
17-C02	17-C02-01	Léčba relapsu akutní leukémie u pacientů s CC=4	1,5416
17-C02	17-C02-02	Léčba relapsu akutní leukémie u dětí do 18 let věku s CC=0-3	1,4533
17-C02	17-C02-03	Léčba relapsu akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-3	1,0785
17-C03	17-C03-01	Konsolidační fáze léčby akutní leukémie u pacientů s CC=4	1,8776
17-C03	17-C03-02	Konsolidační fáze léčby akutní leukémie u dětí do 18 let věku s CC=0-3	0,4831
17-C03	17-C03-03	Konsolidační fáze léčby akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-3	2,3747
17-C04	17-C04-01	Paliativní fáze léčby akutní leukémie u pacientů s CC=4	1,6546
17-C04	17-C04-02	Paliativní fáze léčby akutní leukémie u dětí do 18 let věku s CC=0-3	1,0053
17-C04	17-C04-03	Paliativní fáze léčby akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-3	2,6028

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
17-C05	17-C05-01	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krve tvorby u pacientů s CC=4	1,3902
17-C05	17-C05-02	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krve tvorby u pacientů s CC=3	0,7558
17-C05	17-C05-03	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krve tvorby u pacientů s CC=2	0,5937
17-C05	17-C05-04	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krve tvorby u pacientů s CC=1	0,4314
17-C05	17-C05-05	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krve tvorby u pacientů s CC=0	5,1239
17-C06	17-C06-01	Chemoterapie nebo cílená léčba pro špatně diferencované novotvary u dětí do 18 let věku	3,8314
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	3,6427
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	4,0885
17-I08	17-I08-01	Jiný chirurgický výkon v dutině břišní, retroperitoneu nebo páni u pacientů s CC=3-4	2,4080
17-I08	17-I08-02	Jiný chirurgický výkon v dutině břišní, retroperitoneu nebo páni u pacientů s CC=0-2	2,6260
17-I09	17-I09-01	Jiný chirurgický výkon v oblasti hlavy a krku u pacientů s CC=3-4	1,6458
17-I09	17-I09-02	Jiný chirurgický výkon v oblasti hlavy a krku pro špatně diferencované novotvary u pacientů s CC=0-2	1,8350
17-I09	17-I09-03	Jiný chirurgický výkon v oblasti hlavy a krku pro onemocnění krve tvorby vyjma akutní leukémie u pacientů s CC=0-2	1,0751
17-I10	17-I10-01	Resekční výkon na měkkých tkáních, kůži a prsu u pacientů s CC=3-4	1,1783
17-I10	17-I10-02	Resekční výkon na měkkých tkáních, kůži a prsu u pacientů s CC=0-2	0,9815
17-K01	17-K01-01	Akutní leukémie v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,9635
17-K01	17-K01-02	Akutní leukémie v CVSP u pacientů s CC=0-1	1,7952
17-K01	17-K01-03	Akutní leukémie mimo CVSP	0,9412
17-K02	17-K02-01	Chronická lymfocytární leukémie v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,6988
17-K02	17-K02-02	Chronická lymfocytární leukémie v CVSP u pacientů s CC=0-1	1,7242
17-K02	17-K02-03	Chronická lymfocytární leukémie mimo CVSP	0,7634
17-K03	17-K03-01	Mnohočetný myelom v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,6139
17-K03	17-K03-02	Mnohočetný myelom v CVSP u pacientů s CC=0-1	1,7861
17-K03	17-K03-03	Mnohočetný myelom mimo CVSP	0,8814
17-K04	17-K04-00	Hodgkinův lymfom	0,4732
17-K05	17-K05-01	Non-Hodgkinův lymfom v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,3216
17-K05	17-K05-02	Non-Hodgkinův lymfom v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,6203
17-K05	17-K05-03	Non-Hodgkinův lymfom mimo CVSP	0,3124
17-K06	17-K06-00	Primárně kožní non-Hodgkinův lymfom	0,9304
17-K07	17-K07-01	Jiné myeloproliferativní poruchy a novotvary v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,3922
17-K07	17-K07-02	Jiné myeloproliferativní poruchy a novotvary v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,6554
17-K07	17-K07-03	Jiné myeloproliferativní poruchy a novotvary mimo CVSP	0,2978
17-K08	17-K08-00	Novotvary mízních uzlin mimo lymfomy	1,8395
17-K09	17-K09-01	Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,7968
17-K09	17-K09-02	Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání v CVSP u pacientů s CC=0-1	1,4211
17-K09	17-K09-03	Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,5923

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
17-K09	17-K09-04	Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,3524
17-K10	17-K10-01	Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde v CVSP u pacientů s CC=2-4	3,1049
17-K10	17-K10-02	Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde v CVSP u pacientů s CC=0-1	2,0788
17-K10	17-K10-03	Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,4117
17-K10	17-K10-04	Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	1,2872
17-M01	17-M01-00	Terapeutická cytaferéza pro onemocnění krevetvorby	1,1851
17-R01	17-R01-01	Zevní radioterapie pro onemocnění krevetvorby vyjma akutní leukémie a kožního lymfomu v délce 21 a více ozařovacích dní	3,5915
17-R01	17-R01-02	Zevní radioterapie pro špatně diferencované novotvary nebo kožní lymfom v délce 21 a více ozařovacích dní	0,2434
17-R01	17-R01-03	Zevní radioterapie pro onemocnění krevetvorby vyjma akutní leukémie a kožního lymfomu v délce 11-20 ozařovacích dní	1,8029
17-R01	17-R01-04	Zevní radioterapie pro špatně diferencované novotvary nebo kožní lymfom v délce 11-20 ozařovacích dní	1,0313
17-R01	17-R01-05	Zevní radioterapie pro onemocnění krevetvorby vyjma akutní leukémie a kožního lymfomu v délce 6-10 ozařovacích dní	0,7290
17-R01	17-R01-06	Zevní radioterapie pro špatně diferencované novotvary nebo kožní lymfom v délce 6-10 ozařovacích dní	1,2556
17-R01	17-R01-07	Zevní radioterapie pro nemoci a poruchy krevetvorby vyjma akutní leukémie nebo špatně diferencované novotvary v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	0,7096
17-R01	17-R01-08	Zevní radioterapie pro nemoci a poruchy krevetvorby vyjma akutní leukémie nebo špatně diferencované novotvary v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,5128
18-I01	18-I01-01	Amputace částí končetin mimo prsty nebo chirurgický výkon v dutině hrudní nebo břišní pro eliminaci zánětlivého ložiska sepse	4,1191
18-I01	18-I01-02	Jiný chirurgický výkon pro eliminaci zánětlivého ložiska sepse	2,3888
18-K01	18-K01-01	Těžká sepse u pacientů s CC=4 nebo sepse u dětí do 18 let věku s CC=4	2,3746
18-K01	18-K01-02	Těžká sepse u pacientů s CC=0-3 nebo sepse u dětí do 18 let věku s CC=2-3	1,4437
18-K01	18-K01-03	Sepse u dětí do 18 let věku s CC=0-1	0,5963
18-K01	18-K01-04	Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=4	0,3986
18-K01	18-K01-05	Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=3	0,5260
18-K01	18-K01-06	Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=1-2	0,9476
18-K01	18-K01-07	Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,6385
18-K02	18-K02-01	Bakteriální, mykotické a parazitární nemoci nezařazené jinde u pacientů s CC=3-4	1,2370
18-K02	18-K02-02	Bakteriální, mykotické a parazitární nemoci nezařazené jinde u pacientů s CC=1-2	0,5017
18-K02	18-K02-03	Bakteriální, mykotické a parazitární nemoci nezařazené jinde u pacientů s CC=0	1,2149
18-K02	18-K02-04	Virové nemoci a neurčené následky infekcí nezařazené jinde u pacientů s CC=1-4	0,5798
18-K02	18-K02-05	Virové nemoci a neurčené následky infekcí nezařazené jinde u pacientů s CC=0	0,9033
18-K03	18-K03-01	Zánětlivé a systémové stavy nezařazené jinde u pacientů s CC=2-4	0,3859
18-K03	18-K03-02	Zánětlivé a systémové stavy nezařazené jinde u pacientů s CC=0-1	1,1516
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)	0,8593

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
18-M01	18-M01-02	Eliminační metody krve pro sepsi provedené ve 4-5 dnech	0,3989
18-M01	18-M01-03	Eliminační metody krve pro sepsi provedené v 1-3 dnech	0,7100
20-K01	20-K01-01	Předčasné ukončení hospitalizace proti doporučení lékaře pro nadužívání psychoaktivních látek	0,4548
20-K01	20-K01-02	Akutní intoxikace psychoaktivními látkami u pacientů s CC=2-4	0,2679
20-K01	20-K01-03	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro delirium způsobené psychoaktivními látkami	0,8138
20-K01	20-K01-04	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro duševní poruchy a poruchy chování způsobené psychoaktivními látkami	0,4384
20-K01	20-K01-05	Akutní intoxikace léky nebo drogami u pacientů s CC=0-1	0,4349
20-K01	20-K01-06	Akutní intoxikace alkoholem u pacientů s CC=0-1	0,2948
20-K02	20-K02-01	Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů a zvýšená psychiatrická péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	0,7672
20-K02	20-K02-02	Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=2-4	0,8013
20-K02	20-K02-03	Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1	1,6740
20-K03	20-K03-01	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů a zvýšená psychiatrická péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	0,5907
20-K03	20-K03-02	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=2-4	0,3776
20-K03	20-K03-03	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1	0,2275
20-K04	20-K04-01	Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog se zvýšenou psychiatrickou péčí nebo u pacientů s CC=2-4	1,2274
20-K04	20-K04-02	Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1	0,2036
20-K05	20-K05-01	Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog se zvýšenou psychiatrickou péčí nebo u pacientů s CC=2-4	0,1573
20-K05	20-K05-02	Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1	0,3191
20-K06	20-K06-01	Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog se zvýšenou psychiatrickou péčí nebo u pacientů s CC=2-4	0,3739
20-K06	20-K06-02	Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1	0,3264
20-K07	20-K07-01	Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog se zvýšenou psychiatrickou péčí nebo u pacientů s CC=2-4	1,1516
20-K07	20-K07-02	Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1	4,9302
20-K08	20-K08-01	Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog se zvýšenou psychiatrickou péčí nebo u pacientů s CC=2-4	2,3976
20-K08	20-K08-02	Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1	1,9428
20-M01	20-M01-00	Eliminační metody krve při akutní intoxikaci psychoaktivními látkami	3,7523
21-I01	21-I01-01	Chirurgický výkon pro roztržení operační rány u pacientů ve věku 60 a více let	2,1130
21-I01	21-I01-02	Chirurgický výkon pro roztržení operační rány u pacientů do 60 let věku	1,5213
21-K01	21-K01-00	Mnohočetná a jiná poranění nezařazená jinde	3,1741
21-K02	21-K02-00	Účinky vnějších příčin nezařazené jinde	1,4561
21-K03	21-K03-00	Vyšetření a pozorování po úrazu a otravě	2,7965
21-K04	21-K04-00	Alergické reakce	1,3854
21-K05	21-K05-01	Toxické účinky u pacientů s CC=3-4	0,4693



<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
21-K05	21-K05-02	Toxické účinky u pacientů s CC=1-2	2,4606
21-K05	21-K05-03	Toxické účinky léčiv a drog u pacientů s CC=0	1,3166
21-K05	21-K05-04	Toxické účinky jiných látek u pacientů s CC=0	0,8921
21-K06	21-K06-01	Závažné komplikace zdravotní péče u pacientů s CC=3-4	1,9795
21-K06	21-K06-02	Závažné komplikace zdravotní péče u pacientů s CC=0-2	0,7520
21-K06	21-K06-03	Jiné komplikace zdravotní péče	0,4729
21-M01	21-M01-00	Eliminační metody krve pro toxické účinky	0,3679
22-I02	22-I02-00	Amputace částí končetin mimo prsty pro popálení, poleptání nebo omrzlinu	1,9826
22-I03	22-I03-01	Amputace prstů nebo záprstí v CVSP pro popálení, poleptání nebo omrzlinu	0,9254
22-I03	22-I03-02	Amputace prstů nebo záprstí mimo CVSP pro popálení, poleptání nebo omrzlinu	0,4306
22-I04	22-I04-01	Odstranění nekrotické tkáně pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s 2 a více ošetřovacími dny	2,2927
22-I04	22-I04-02	Odstranění nekrotické tkáně pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s nejvýše 1 ošetřovacím dnem	0,9300
22-I05	22-I05-01	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny v CVSP s 2 a více ošetřovacími dny	0,3838
22-I05	22-I05-02	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny v CVSP s 1 ošetřovacím dnem	0,9337
22-I05	22-I05-03	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny mimo CVSP s 2 a více ošetřovacími dny	0,4003
22-I05	22-I05-04	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny mimo CVSP s 1 ošetřovacím dnem	1,0740
22-K01	22-K01-00	Popáleniny a poleptání dětí ve věku do 3 let	0,6307
22-K02	22-K02-00	Popáleniny a poleptání dětí ve věku 3-14 let	0,8020
22-K03	22-K03-00	Popáleniny a poleptání pacientů ve věku 15 a více let	0,4366
22-K04	22-K04-00	Omrzliny	1,1081
23-I09	23-I09-01	Sterilizace odstraněním vejcovodů	0,4466
23-I09	23-I09-02	Sterilizace přerušáním vejcovodů nebo chámovodů	1,3864
23-I10	23-I10-00	Odstranění silikonové tamponády oka	0,3191
23-K01	23-K01-00	Neprovedení plánované péče	1,7884
23-K02	23-K02-01	Léčba související se zkráceným trváním těhotenství a nízkou porodní hmotností u dětí s věkem 29 dnů a více	0,762
23-K02	23-K02-02	Léčba ostatních stavů vzniklých v perinatálním období u dětí s věkem 29 dnů a více	0,4236
23-K03	23-K03-01	Potřeba imunizace	0,3463
23-K03	23-K03-02	Jiná péče o osoby bez obtíží nebo známé diagnózy	2,1024
23-K04	23-K04-01	Vyšetření a pozorování pro podezření na nemoci a patologické stavy u pacientů ve věku 80 a více let	0,4111
23-K04	23-K04-02	Vyšetření a pozorování pro podezření na nemoci a patologické stavy u pacientů do 79 let věku	1,1713
23-K05	23-K05-01	Následné vyšetření pro již dříve léčený zhoubný novotvar štítné žlázy	0,6687
23-K05	23-K05-02	Následné vyšetření pro již dříve léčené onemocnění	0,9671
23-K06	23-K06-00	Péče a diagnostika pro nemoci a stavy nezařazené jinde	0,4846
24-M04	24-M04-00	Krátkodobá (neúplná) rehabilitace - 0-4 rehabilitační dny	1,1844
24-M05	24-M05-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 5-6 rehabilitačních dnů	0,6095
24-M05	24-M05-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 5-6 rehabilitačních dnů	0,8258
24-M06	24-M06-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 7-12 rehabilitačních dnů	0,4448
24-M06	24-M06-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 7-12 rehabilitačních dnů	0,6131
24-M07	24-M07-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 13-18 rehabilitačních dnů	0,2653

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část A - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
24-M07	24-M07-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 13-18 rehabilitačních dnů	0,5913
24-M08	24-M08-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 19-24 rehabilitačních dnů	0,6613
24-M08	24-M08-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 19-24 rehabilitačních dnů	0,3014
24-M09	24-M09-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 25-30 rehabilitačních dnů	0,3572
24-M09	24-M09-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 25-30 rehabilitačních dnů	1,9620
24-M10	24-M10-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 31-42 rehabilitačních dnů	1,0990
24-M10	24-M10-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 31-42 rehabilitačních dnů	0,8081
24-M11	24-M11-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy - 43-54 rehabilitačních dnů	1,7246
24-M11	24-M11-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 43-54 rehabilitačních dnů	0,7736
24-M12	24-M12-00	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy - 55-66 rehabilitačních dnů	0,4070
24-M13	24-M13-00	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy - 67 a více rehabilitačních dnů	1,6350
88-I01	88-I01-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 01	1,0101
88-I02	88-I02-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 02	0,5060
88-I03	88-I03-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 03	0,4650
88-I04	88-I04-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 04	1,1045
88-I05	88-I05-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 05	1,0245
88-I06	88-I06-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 06	0,5615
88-I07	88-I07-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 07	0,7484
88-I08	88-I08-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 08	0,4481
88-I09	88-I09-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 09	0,5716
88-I10	88-I10-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 10	0,7829
88-I11	88-I11-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 11	0,5075
88-I12	88-I12-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 12	0,4115
88-I13	88-I13-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 13	0,3504
88-I14	88-I14-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 15	0,2481
88-I15	88-I15-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 14	0,2728
88-I16	88-I16-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 16	0,9384
88-I17	88-I17-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 17	0,9078
88-I18	88-I18-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 19	1,3132
88-I19	88-I19-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 18	0,1518
88-I20	88-I20-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 20	0,1267
88-I21	88-I21-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 21	0,6453
88-I22	88-I22-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 22	0,7011
88-I23	88-I23-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 23	0,1267
88-I24	88-I24-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 24	0,1267
88-I25	88-I25-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 25	0,1267
88-I26	88-I26-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 00	0,1267
99-K01	99-K01-00	Nepřípustná hlavní diagnóza	0,1267
99-K02	99-K02-00	Nekonzistence hlavní diagnózy a údaje přímo s ní souvisejícího	0,1267
99-K03	99-K03-00	Novorozenec s nekonzistentními údaji	0,1267
99-K04	99-K04-00	Neklasifikovatelné	0,1267

## Část B

**Homogenní specializované hrazené služby klasifikované do bází, které byly v referenčním období roku 2019 hrazeny paušální úhradou a v hodnoceném období jsou hrazeny případovým paušálem**

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část B - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
00-D01	00-D01-01	Kontrolní biopsie transplantovaného srdce nebo plic	0,7526
00-D01	00-D01-02	Kontrolní biopsie pro transplantovanou ledvinu nebo slinivku	0,4295
00-D01	00-D01-03	Kontrolní biopsie transplantovaných jater	0,2837
00-I05	00-I05-01	Transplantace ledviny u pacientů s CC=3-4	11,3063
00-I05	00-I05-02	Transplantace ledviny u pacientů s CC=0-2	7,3397
00-M07	00-M07-00	Autologní transplantace krvetvorných buněk pro hematologické onemocnění vyjma mnohočetného myelomu	9,2596
00-M08	00-M08-00	Autologní transplantace krvetvorných buněk pro mnohočetný myelom	4,2062
00-M09	00-M09-01	Autologní transplantace krvetvorných buněk při jiném onemocnění než hematologickém u dětí do 18 let věku	9,3526
00-M09	00-M09-02	Autologní transplantace krvetvorných buněk při jiném onemocnění než hematologickém u pacientů ve věku 18 a více let	7,0855
00-M10	00-M10-01	Odběr krvetvorných buněk pro autologní transplantaci při hematologickém onemocnění u pacientů s CC=3-4	1,5622
00-M10	00-M10-02	Odběr krvetvorných buněk pro autologní transplantaci při hematologickém onemocnění u pacientů s CC=0-2	0,9915
00-M11	00-M11-01	Odběr krvetvorných buněk pro autologní transplantaci při jiném onemocnění než hematologickém u pacientů s CC=3-4	2,9492
00-M11	00-M11-02	Odběr krvetvorných buněk pro autologní transplantaci při jiném onemocnění než hematologickém u pacientů s CC=0-2	1,7428
01-I01	01-I01-01	Implantace zařízení pro hlubokou mozkovou stimulaci pro onemocnění nervové soustavy - bilaterální	14,7399
01-I01	01-I01-02	Implantace zařízení pro hlubokou mozkovou stimulaci pro onemocnění nervové soustavy - unilaterální	6,8156
01-I02	01-I02-00	Implantace zařízení pro kortikální mozkovou stimulaci	6,8156
01-I03	01-I03-01	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění nervové soustavy - zkušební i definitivní období	8,9323
01-I03	01-I03-02	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění nervové soustavy - pouze definitivní období	7,0537
01-I03	01-I03-03	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění nervové soustavy - pouze zkušební období	2,0828
01-I04	01-I04-00	Implantace elektronické lékové pumpy pro onemocnění nervové soustavy	9,2128
01-I05	01-I05-00	Implantace zařízení pro stimulaci bloudivého nervu	6,3036
01-I08	01-I08-01	Kraniofaciální operace pro vrozené vady	6,0471
01-I08	01-I08-02	Chirurgický výkon na úrovni lebky a tvrdé pleny s dalším operačním výkonem v jiný den	4,1234
01-I08	01-I08-03	Chirurgický výkon na úrovni lebky a tvrdé pleny se závažnou hlavní diagnózou nebo s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo u pacientů s CC=3-4	2,7701
01-I08	01-I08-04	Chirurgický výkon na úrovni lebky a tvrdé pleny u pacientů s CC=0-2	1,5606
01-I10	01-I10-00	Odstranění brzlíku pro onemocnění nervosvalového přenosu	1,7443
01-M01	01-M01-01	Embolizace s angioplastikou pro onemocnění nervové soustavy	7,938
01-M01	01-M01-02	Embolizace pro krvácení do mozku	6,6531
01-M01	01-M01-03	Embolizace pro jiná onemocnění nervové soustavy	4,1465
02-R01	02-R01-00	Radiochirurgie oka	1,0367
03-I01	03-I01-01	Oboustranná endoprotéza čelistního kloubu	21,1944

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část B - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
03-I01	03-I01-02	Jednostranná endoprotéza čelistního kloubu	10,4724
03-I03	03-I03-01	Mikrochirurgický plastický výkon pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku	8,3200
03-I03	03-I03-02	Jiný plastický nebo rekonstrukční výkon kostí lebky pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku	5,4256
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	4,8117
03-I04	03-I04-02	Jiný rozsáhlý resekcí výkon na čelisti nebo obličeji pro zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2	3,3813
03-I05	03-I05-01	Odstranění hrtanu nebo resekcí výkon na hrtanu s odstraněním krčních mizních uzlin a se zavedením gastrostomie, umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=3-4	5,7434
03-I05	03-I05-02	Odstranění hrtanu nebo resekcí výkon na hrtanu s odstraněním krčních mizních uzlin u pacientů s CC=0-2	4,5590
03-I06	03-I06-01	Resekční výkon na hltanu se zavedením gastrostomie, umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=3-4	5,0506
03-I06	03-I06-02	Resekční výkon na hltanu u pacientů s CC=0-2	4,2925
04-I02	04-I02-01	Anatomická resekce plic s dalším operačním výkonem v jiný den	7,0248
04-I02	04-I02-02	Anatomická resekce plic u pacientů s CC=3-4	4,6232
04-I02	04-I02-03	Anatomická resekce plic provedená thorakoskopicky u pacientů s CC=0-2	3,6218
04-I02	04-I02-04	Anatomická resekce plic provedená otevřeným přístupem u pacientů s CC=0-2	3,0245
04-I03	04-I03-01	Extraanatomická resekce plic s dalším operačním výkonem v jiný den	6,5143
04-I03	04-I03-02	Extraanatomická resekce plic u pacientů s CC=3-4	3,6401
04-I03	04-I03-03	Extraanatomická resekce plic pro závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-2	2,5453
04-I03	04-I03-04	Extraanatomická resekce plic pro méně závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-2	1,9535
04-I05	04-I05-01	Velký chirurgický výkon v dutině hrudní nebo na hrudníku mimo resekce plic s dalším operačním výkonem v jiný den	7,7413
04-I05	04-I05-02	Velký chirurgický výkon v dutině hrudní nebo na hrudníku mimo resekce plic u pacientů s CC=3-4	4,2086
04-I05	04-I05-03	Velký chirurgický výkon v dutině hrudní nebo na hrudníku mimo resekce plic u pacientů s CC=0-2	2,1088
04-I06	04-I06-01	Miniinvazivní operace vpáčeného nebo ptačího hrudníku	2,9162
04-I06	04-I06-02	Operace vpáčeného nebo ptačího hrudníku otevřeným přístupem	1,9986
04-I11	04-I11-00	Odstranění dlahy po operaci vpáčeného nebo ptačího hrudníku	0,7350
04-R01	04-R01-01	Radiochirurgie pro zhoubný novotvar plic v rámci 2 a více ozařovacích dnů	2,1900
04-R01	04-R01-02	Radiochirurgie pro zhoubný novotvar plic v rámci 1 ozařovacího dne	1,1470
05-I06	05-I06-01	Roboticky asistovaná náhrada nebo plastika 2 a více chlopní	10,9628
05-I06	05-I06-02	Náhrada nebo plastika 2 a více chlopní s dalším provedeným výkonem v jiný den nebo provedená jako urgentní výkon nebo se závažnou hlavní nebo vedlejší diagnózou nebo u pacientů s CC=4	11,6987
05-I06	05-I06-03	Náhrada nebo plastika 2 a více chlopní se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	9,2682
05-I06	05-I06-04	Náhrada nebo plastika 2 a více chlopní u pacientů s CC=0-3	8,2156
05-I07	05-I07-01	Chirurgický výkon na kořeni aorty s dalším provedeným výkonem v jiný den nebo provedený jako urgentní výkon nebo s endokarditidou na pozici hlavní nebo vedlejší diagnózy nebo u pacientů s CC=4	12,1485

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část B - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
05-I07	05-I07-02	Chirurgický výkon na kořeni aorty se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	9,7095
05-I07	05-I07-03	Chirurgický výkon na kořeni aorty u pacientů s CC=0-3	8,3928
05-I08	05-I08-01	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce aorty mimo břišní s dalším operačním výkonem v jiný den nebo provedená jako urgentní výkon nebo u pacientů s CC=4	11,3973
05-I08	05-I08-02	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce aorty mimo břišní u pacientů s CC=0-3	7,6075
05-I09	05-I09-00	Chirurgický výkon na plicním řečišti	8,2780
05-I10	05-I10-01	Roboticky asistovaná náhrada mitrální nebo trikuspidální chlopně	10,9628
05-I10	05-I10-02	Náhrada mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopně s dalším provedeným výkonem v jiný den nebo provedená jako urgentní výkon nebo s endokarditidou na pozici hlavní či vedlejší diagnózy nebo u pacientů s CC=4	12,1541
05-I10	05-I10-03	Náhrada mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopně se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	9,0335
05-I10	05-I10-04	Náhrada mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopně u pacientů s CC=0-3	7,0741
05-I11	05-I11-01	Roboticky asistovaná plastika mitrální nebo trikuspidální chlopně	10,9628
05-I11	05-I11-02	Plastika nebo jiný výkon na mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopni s dalším provedeným výkonem v jiný den nebo provedená jako urgentní výkon nebo s endokarditidou na pozici hlavní nebo vedlejší diagnózy nebo u pacientů s CC=4	9,8666
05-I11	05-I11-03	Plastika nebo jiný výkon na mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopni se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	8,5899
05-I11	05-I11-04	Plastika nebo jiný výkon na mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopni u pacientů s CC=0-3	6,9128
05-I12	05-I12-01	Náhrada nebo plastika aortální chlopně s dalším provedeným výkonem v jiný den nebo provedená jako urgentní výkon nebo s endokarditidou na pozici hlavní nebo vedlejší diagnózy nebo u pacientů s CC=4	9,9142
05-I12	05-I12-02	Náhrada nebo plastika aortální chlopně se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	8,5437
05-I12	05-I12-03	Náhrada nebo plastika aortální chlopně u pacientů s CC=0-3	6,7481
05-I13	05-I13-01	Roboticky asistovaný chirurgický výkon na srdečních síních nebo komorách	10,9628
05-I13	05-I13-02	Chirurgický výkon na srdečních síních nebo komorách s dalším provedeným výkonem v jiný den nebo provedený jako urgentní výkon nebo u pacientů s CC=4	9,6902
05-I13	05-I13-03	Chirurgický výkon na srdečních síních nebo komorách se srdeční katetrizací	8,3115
05-I13	05-I13-04	Chirurgický výkon na srdečních síních nebo komorách bez srdeční katetrizace	6,4787
05-I16	05-I16-01	Roboticky asistovaný aortokoronární bypass	6,1619
05-I16	05-I16-02	Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	8,7796
05-I16	05-I16-03	Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách s chirurgickou ablací u pacientů s CC=0-3	7,2882
05-I16	05-I16-04	Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	6,2357
05-I16	05-I16-05	Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách ze sternotomie pro závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-3	5,6286
05-I16	05-I16-06	Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách ze sternotomie u pacientů s CC=0-3	5,6286

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část B - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
05-I16	05-I16-07	Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách z minitorakotomie u pacientů s CC=0-3	4,2035
05-I19	05-I19-01	Složitá korekce vrožené srdeční vady na zavřeném srdci u dětí do 18 let	3,9783
05-I19	05-I19-02	Jednoduchá korekce vrožené srdeční vady na zavřeném srdci u dětí do 18 let	3,2317
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	12,2082
05-M02	05-M02-02	Endovaskulární nebo komplexní chirurgický výkon na aortě s otevřeným operačním výkonem ve stejný den u pacientů s CC=0-3	8,0413
05-M02	05-M02-03	Endovaskulární nebo komplexní chirurgický výkon na aortě u pacientů s CC=0-3	6,9456
05-M03	05-M03-00	Endovaskulární výkon na srdci	3,4243
05-M05	05-M05-01	Katetrizační ablace s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	5,0729
05-M05	05-M05-02	Katetrizační ablace komplexních forem arytmií	3,4808
05-M05	05-M05-03	Katetrizační ablace jednoduchých forem arytmií	2,0307
05-M05	05-M05-04	Katetrizační ablace atrioventrikulární junkce	1,3033
06-I01	06-I01-01	Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci stolice - zkušební i definitivní období	8,9323
06-I01	06-I01-02	Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci stolice - pouze definitivní období	6,1246
06-I01	06-I01-03	Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci stolice - pouze zkušební období	2,0467
06-I10	06-I10-00	Chirurgický výkon pro vrozenou vadu konečníku nebo řiti	2,5289
07-I01	07-I01-01	Velká resekce slinivky břišní s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	8,9208
07-I01	07-I01-02	Velká resekce slinivky břišní u pacientů s CC=0-3	5,4235
07-I02	07-I02-01	Velká resekce jater s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	7,9265
07-I02	07-I02-02	Velká resekce jater u pacientů s CC=0-3	3,4954
07-I03	07-I03-01	Jiná resekce slinivky břišní s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=3-4	5,0730
07-I03	07-I03-02	Jiná resekce slinivky břišní u pacientů s CC=0-2	3,3105
07-I04	07-I04-01	Jiná resekce jater s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=3-4	4,2683
07-I04	07-I04-02	Jiná resekce jater u pacientů s CC=0-2	2,2495
08-I03	08-I03-01	Operace páteře s instrumentací 9 a více segmentů	10,6134
08-I03	08-I03-02	Operace páteře s instrumentací 5 až 8 segmentů	6,6325
08-I03	08-I03-03	Operace páteře s instrumentací 3 až 4 segmentů pro novotvar nebo poranění mimo krční páteř	4,9515
08-I03	08-I03-04	Operace páteře s instrumentací 3 až 4 segmentů pro jiná onemocnění mimo krční páteř	4,7602
08-I03	08-I03-05	Operace páteře s instrumentací nejvýše 2 segmentů pro novotvar nebo poranění mimo krční páteř	3,2674
08-I03	08-I03-06	Operace páteře s instrumentací nejvýše 2 segmentů pro jiná onemocnění mimo krční páteř	3,2514
08-I03	08-I03-07	Operace páteře s instrumentací pro poranění krční páteře	3,3086
08-I03	08-I03-08	Operace páteře s instrumentací pro jiná onemocnění krční páteře	1,9449
08-I04	08-I04-01	Operace páteře bez instrumentace pro poranění nebo novotvar	2,7962
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	1,6225
08-I04	08-I04-03	Operace páteře bez instrumentace pro jiná onemocnění u pacientů ve věku 16-59 let	1,3042

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část B - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
08-I11	08-I11-01	Replantace končetiny nebo její části mimo prsty	4,9779
08-I11	08-I11-02	Replantace dvou a více prstů	3,4922
08-I11	08-I11-03	Replantace jednoho prstu	2,697
08-I27	08-I27-01	Krytí defektu volným přenosem dvou a více laloků nebo kostí pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání nebo krytí defektu volným přenosem jednoho laloku nebo kosti u pacientů s CC=2-4	4,5044
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	3,6524
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	4,3188
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	3,3225
09-I03	09-I03-00	Kranioplastika	2,4487
09-I07	09-I07-01	Resekce prsu včetně rekonstrukce implantátem obou prsů	1,6951
09-I07	09-I07-02	Resekce prsu včetně rekonstrukce implantátem jednoho prsu	1,3448
09-I08	09-I08-01	Rekonstrukce obou prsů implantátem	1,2201
09-I08	09-I08-02	Rekonstrukce jednoho prsu implantátem nebo rekonstrukce obou prsů místní tkání	1,0945
09-I08	09-I08-03	Rekonstrukce jednoho prsu místní tkání	0,8082
10-I01	10-I01-00	Transplantace pankreatických ostrůvků	3,9624
10-R02	10-R02-01	Léčba zhoubného novotvaru štítné žlázy radiojodem	0,9226
10-R02	10-R02-02	Léčba hypertyreózy radiojodem	0,6628
11-I01	11-I01-01	Odstranění močového měchýře s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	7,1313
11-I01	11-I01-02	Odstranění močového měchýře u pacientů s CC=0-3	4,8348
11-I02	11-I02-00	Implantace arteficiálního sfinkteru	5,3493
11-I03	11-I03-01	Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci moči - zkušební i definitivní období	8,9323
11-I03	11-I03-02	Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci moči - pouze definitivní období	6,4984
11-I03	11-I03-03	Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci moči - pouze zkušební období	2,0612
12-I05	12-I05-00	Odstranění mizných uzlin pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy	1,9603
13-I01	13-I01-00	Exenterace pánevních orgánů pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy	6,2019
13-I02	13-I02-01	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů pro zhoubný novotvar včetně rozsáhlého resekcčního výkonu na okolních tkáních v alespoň 2 lokalizacích	6,9819
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	6,9819
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	3,5230
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	3,4866
13-I04	13-I04-01	Roboticky asistované odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar	2,8847
13-I04	13-I04-02	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=4	5,2274

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část B - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
13-I04	13-I04-03	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=2-3	3,1667
13-I04	13-I04-04	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=0-1	2,0336
13-I05	13-I05-01	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně výkonu na mizních uzlinách pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4	4,9195
13-I05	13-I05-02	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně výkonu na mizních uzlinách pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního u pacientek s CC=0-2	2,1921
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	1,5754
13-I06	13-I06-01	Radikální odstranění vulvy nebo pochvy pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4	4,1504
13-I06	13-I06-02	Radikální odstranění vulvy nebo pochvy pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=0-2	1,8255
13-I07	13-I07-01	Odstranění mizních uzlin pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního	2,2014
13-I07	13-I07-02	Odstranění mizních uzlin pro zhoubný novotvar hrdla děložního	1,7440
13-I07	13-I07-03	Odstranění mizních uzlin pro zhoubný novotvar pochvy nebo vulvy	1,6029
13-I08	13-I08-01	Neradikální výkon pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního	1,7024
13-I08	13-I08-02	Neradikální výkon pro zhoubný novotvar hrdla děložního nebo pochvy	1,5994
13-I08	13-I08-03	Neradikální výkon pro novotvar in situ ženské reprodukční soustavy	1,3747
14-I06	14-I06-01	Intrauterinní výkon na plodu při mnohočetném těhotenství	0,9637
14-I06	14-I06-02	Intrauterinní výkon na plodu při těhotenství jednoho dítěte	0,5356
16-I02	16-I02-00	Odstranění brzlíku pro onemocnění brzlíku	1,8362
17-I02	17-I02-00	Kraniotomie pro onemocnění krevetvorby nebo špatně diferencované novotvary	3,0753
17-I03	17-I03-00	Instrumentace nebo resekční výkon na páteři	5,5032
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	4,4556
19-I02	19-I02-02	Rekonstrukční výkon pro poruchy sexuálních funkcí zahrnující volný přenos jednoho laloku u pacientů s CC=0-1	3,6046
22-I01	22-I01-01	Transplantace kůže pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s 11 a více ošetřovacími dny	19,0827
22-I01	22-I01-02	Transplantace kůže pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s 6-10 ošetřovacími dny	9,4759
22-I01	22-I01-03	Transplantace kůže pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s 2-5 ošetřovacími dny	4,7380
22-I01	22-I01-04	Transplantace kůže pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s nejvýše 1 ošetřovacím dnem	2,5632
23-I01	23-I01-00	Odběr orgánů od zemřelého dárce	1,3020
23-I02	23-I02-00	Odběr jater od zdravého dárce	3,4954
23-I03	23-I03-00	Odběr ledviny od zdravého dárce	2,6290
23-I04	23-I04-00	Odběr dělohy od zdravé dárkyně	1,4313
23-M01	23-M01-00	Odběr krevetvorných buněk od zdravého dárce	0,4349
24-M01	24-M01-01	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 22-42 dnů po předchozí operaci páteře včetně instrumentace	10,6522
24-M01	24-M01-02	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 22-42 dnů po předchozí operaci páteře bez instrumentace	9,5897
24-M01	24-M01-03	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 22-42 dnů bez předchozí operace páteře	5,4575



<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část B - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
24-M02	24-M02-01	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 43-63 dnů po předchozí operaci páteře včetně instrumentace	14,4944
24-M02	24-M02-02	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 43-63 dnů bez předchozí operace páteře s instrumentací	8,4896
24-M03	24-M03-01	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 64 a více dnů po předchozí operaci páteře včetně instrumentace	15,5066
24-M03	24-M03-02	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 64 a více dnů bez předchozí operace páteře s instrumentací	10,7694
25-I01	25-I01-00	Chirurgický výkon na více lokalizacích při polytraumatu	10,2878
25-I02	25-I02-01	Chirurgický výkon v dutině hrudní nebo břišní, instrumentace páteře, amputace/osteosyntéza dlouhých kostí při polytraumatu s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	9,1901
25-I02	25-I02-02	Chirurgický výkon v dutině hrudní nebo břišní, instrumentace páteře, amputace/osteosyntéza dlouhých kostí při polytraumatu bez umělé plicní ventilace (nebo max. 1 den)	6,6428
25-K01	25-K01-01	Polytrauma s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	3,6490
25-K01	25-K01-02	Polytrauma bez umělé plicní ventilace (nebo max. 1 den)	2,3239

## Část C

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

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část C - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
02-I10	02-I10-01	Rekonstrukční výkon na slzném ústrojí pro zánět	0,7838
02-I10	02-I10-02	Rekonstrukční výkon na slzném ústrojí pro jiné hlavní diagnózy	0,5405
02-R02	02-R02-00	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar oka	1,4630
03-I02	03-I02-01	Zavedení oboustranného kochleárního implantátu	24,1587
03-I02	03-I02-02	Zavedení jednostranného kochleárního implantátu	12,1622
03-I02	03-I02-03	Zavedení aktivního středoušního implantátu	8,3979
03-I02	03-I02-04	Zavedení sluchového implantátu pro přímé kostní vedení	1,7586
03-I13	03-I13-00	Jiný chirurgický výkon na hrtanu	1,2198
03-I15	03-I15-00	Chirurgický výkon pro vrozenou cystu nebo píštěl obličeje nebo krku	1,0018
03-I16	03-I16-01	Odstranění krčních mandlí pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=2-4	1,7706
03-I16	03-I16-02	Odstranění krčních mandlí pro méně závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-1	0,9292
03-I17	03-I17-00	Plastický nebo rekonstrukční výkon nosu, nosní přepážky nebo nosních kůstek	0,8347
03-I18	03-I18-01	Výkon na vedlejších dutinách nosních ze zevního přístupu	1,1493
03-I18	03-I18-02	Endoskopický výkon na vedlejších dutinách nosních pro zhoubný novotvar	1,1195
03-I18	03-I18-03	Endoskopický výkon na vedlejších dutinách nosních pro onemocnění mimo zhoubný novotvar	0,8391
05-I05	05-I05-01	Primooperace vrozené srdeční vady na otevřeném srdci III-IV u dětí do 18 let	8,4355
05-I05	05-I05-02	Primooperace vrozené srdeční vady na otevřeném srdci I-II u dětí do 18 let	5,4333
06-I03	06-I03-00	Odstranění nebo resekce jícnu	6,7243
06-I15	06-I15-00	Výkon pro brániční kýlu nebo refluxní chorobu	1,8696
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	1,7093
06-I16	06-I16-02	Laparoskopický výkon pro oboustrannou tříselnou nebo stehenní kýlu u pacientů s CC=0-2	1,1264
06-I16	06-I16-03	Laparoskopický výkon pro jednostrannou tříselnou nebo stehenní kýlu u pacientů s CC=0-2	0,8371
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	0,6889
06-I16	06-I16-05	Otevřený chirurgický výkon pro tříselnou nebo stehenní kýlu u dětí do 16 let věku s CC=0-2	0,4622
06-I18	06-I18-01	Odstranění apendixu s dalším operačním výkonem v jiný den	2,7823
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	2,4860
06-I18	06-I18-03	Odstranění apendixu u pacientů ve věku 18-64 let pro rozsáhlý zánět nebo s CC=2-4	1,3378
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	1,1015
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	0,8239
06-I19	06-I19-00	Uvolňování srůstů pobřišnice nebo střeva	1,4119
08-C02	08-C02-00	Izolovaná regionální hypertermní perfúze končetiny cytostatiky pro zhoubný novotvar kostí a měkkých tkání	3,8007

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část C - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
08-I01	08-I01-01	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění páteře a míchy - zkušební i definitivní období	8,9323
08-I01	08-I01-02	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění páteře a míchy - pouze definitivní období	6,5380
08-I01	08-I01-03	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění páteře a míchy - pouze zkušební období	2,0607
08-I02	08-I02-00	Implantace elektronické lékové pumpy pro onemocnění páteře a míchy nebo syndrom ochrnutí	9,2128
08-I06	08-I06-01	Implantace tumorózní endoprotézy kolene	5,7486
08-I06	08-I06-02	Reimplantace endoprotézy kolene	4,6676
08-I06	08-I06-03	Revize endoprotézy kolene s výměnou artikulárních komponent nebo odstranění endoprotézy	2,8200
08-I06	08-I06-04	Implantace totální endoprotézy kolene	2,4173
08-I06	08-I06-05	Implantace hemiartroplastiky kolene nebo patelo-femorální náhrady	2,1500
08-I07	08-I07-01	Implantace tumorózní endoprotézy nebo reimplantace/revize/odstranění endoprotézy hlezna	2,0060
08-I07	08-I07-02	Implantace totální endoprotézy hlezna	2,0060
08-I09	08-I09-01	Implantace tumorózní endoprotézy nebo reimplantace/revize/odstranění endoprotézy lokte	3,4244
08-I09	08-I09-02	Implantace totální endoprotézy lokte	3,4244
08-I09	08-I09-03	Implantace endoprotézy hlavičky radia	1,8392
10-I10	10-I10-00	Plastický výkon pro metabolickou nebo nutriční poruchu	1,2085
10-I11	10-I11-00	Chirurgický výkon pro onemocnění nadledviny	2,0291
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	1,6258
10-I13	10-I13-02	Odstranění celé štítné žlázy u pacientů s CC=0-2	1,1224
10-I13	10-I13-03	Odstranění celého laloku štítné žlázy u pacientů s CC=0-2	0,8724
10-I13	10-I13-04	Odstranění příštítných tělísek u pacientů s CC=0-2	0,6788
10-I15	10-I15-00	Chirurgický výkon na štítné žláze mimo resekce	1,0615
11-I04	11-I04-01	Odstranění ledviny včetně nadledviny, močovodu nebo mízních uzlin s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	4,7470
11-I04	11-I04-02	Odstranění ledviny včetně nadledviny, močovodu nebo mízních uzlin u pacientů s CC=0-3	2,6570
11-I05	11-I05-00	Odstranění mízních uzlin pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy	3,0880
11-I06	11-I06-01	Odstranění nebo resekce močovodu pro závažnou hlavní diagnózu nebo u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-4	2,5799
11-I06	11-I06-02	Odstranění nebo resekce močovodu u pacientů s CC=0-1	2,2119
11-I07	11-I07-01	Roboticky asistovaná resekce ledviny	2,7473
11-I07	11-I07-02	Resekce ledviny s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	4,1398
11-I07	11-I07-03	Resekce ledviny u pacientů s CC=2-3	2,7954
11-I07	11-I07-04	Resekce ledviny u pacientů s CC=0-1	1,8722
11-I08	11-I08-01	Odstranění ledviny s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	5,1259
11-I08	11-I08-02	Odstranění ledviny u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-3	3,1011
11-I08	11-I08-03	Odstranění ledviny u pacientů s CC=0-1	2,0496
11-I14	11-I14-01	Závěsná nebo slingová operace močové trubice u mužů	1,3395
11-I14	11-I14-02	Závěsná nebo slingová operace močové trubice u žen	0,6181
12-I02	12-I02-01	Roboticky asistované odstranění prostaty včetně mízních uzlin	3,3845
12-I02	12-I02-02	Laparoskopické odstranění prostaty včetně mízních uzlin	3,2291
12-I02	12-I02-03	Odstranění prostaty včetně mízních uzlin otevřeným způsobem	1,9878
12-I03	12-I03-01	Roboticky asistované odstranění prostaty bez mízních uzlin	2,6926
12-I03	12-I03-02	Laparoskopické odstranění prostaty bez mízních uzlin	2,2866

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část C - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
12-I03	12-I03-03	Odstranění prostaty bez mizních uzlin otevřeným způsobem pro zhoubný novotvar	2,0861
12-I03	12-I03-04	Odstranění prostaty bez mizních uzlin otevřeným způsobem pro ostatní hlavní diagnózy	1,7808
12-I10	12-I10-01	Laparoskopický rekonstrukční výkon pro onemocnění varlat nebo testikulárních adnex	0,9390
12-I10	12-I10-02	Rekonstrukční výkon otevřeným přístupem nebo exploratorní výkon pro onemocnění varlat nebo testikulárních adnex	0,5168
12-I13	12-I13-01	Laparoskopické odstranění varikokély nebo odstranění varikokély, hydrokély nebo spermatokély otevřeným přístupem u pacientů s CC=3-4	0,7804
12-I13	12-I13-02	Odstranění varikokély, hydrokély a spermatokély otevřeným přístupem u pacientů s CC=0-2	0,5391
12-M02	12-M02-01	Transuretrální odstranění prostaty u pacientů s CC=1-4	1,2410
12-M02	12-M02-02	Transuretrální odstranění prostaty u pacientů s CC=0	0,9428
13-I03	13-I03-01	Resekční výkon na trávicí soustavě pro extragenitální endometriózu	2,3436
13-I03	13-I03-02	Resekční výkon na trávicí soustavě pro rektokélu	1,4341
13-I11	13-I11-01	Odstranění dělohy pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4	2,9099
13-I11	13-I11-02	Odstranění dělohy pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s CC=1-2	1,6287
13-I11	13-I11-03	Odstranění dělohy pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s CC=0	1,4327
13-I12	13-I12-00	Jiný chirurgický výkon pro odstranění extragenitálních endometriózních ložisek	1,4601
13-I14	13-I14-01	Resekční výkon na děložních adnexech pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4	2,0653
13-I14	13-I14-02	Resekční výkon na děložních adnexech pro onemocnění mimo zhoubný novotvar otevřeným přístupem u pacientek s CC=0-2	1,4315
13-I14	13-I14-03	Resekční výkon na děložních adnexech pro onemocnění mimo zhoubný novotvar laparoskopickým přístupem u pacientek s CC=0-2	0,8773
13-I17	13-I17-00	Uvolňování pánevních peritoneálních srůstů	0,7665
14-I02	14-I02-01	Odstranění dělohy v těhotenství, po porodu nebo po potratu	1,6370
14-I02	14-I02-02	Jiný chirurgický výkon na děloze mimo odstranění v těhotenství, po porodu nebo po potratu	0,8969
14-I04	14-I04-00	Chirurgický výkon na děložních adnexech v těhotenství, po porodu nebo po potratu	0,7914
19-I01	19-I01-01	Implantace zařízení pro hlubokou mozkovou stimulaci pro nemoci a poruchy duševní - bilaterální	14,7399
19-I01	19-I01-02	Implantace zařízení pro hlubokou mozkovou stimulaci pro nemoci a poruchy duševní - unilaterální	6,8156
23-I05	23-I05-01	Profylaktické odstranění prsu včetně rekonstrukce autologní tkání	3,6848
23-I05	23-I05-02	Profylaktické odstranění prsu včetně rekonstrukce implantátem obou prsů	1,6424
23-I05	23-I05-03	Profylaktické odstranění prsu včetně rekonstrukce implantátem jednoho prsu	1,5598
23-I06	23-I06-01	Profylaktické odstranění obou prsů bez rekonstrukce nebo profylaktické odstranění jednoho prsu u pacientek s CC=2-4	1,1011
23-I06	23-I06-02	Profylaktické odstranění jednoho prsu bez rekonstrukce u pacientek s CC=0-1	0,8369
23-I07	23-I07-00	Profylaktické odstranění dělohy	1,4200
23-I08	23-I08-00	Profylaktické odstranění děložních adnex	0,8172

## Část D

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

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část D - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
00-I06	00-I06-00	Transplantace orgánů nezařazených jinde	7,3397
00-K01	00-K01-01	Léčba akutní rejekce transplantovaného orgánu u pacientů s CC=3-4	5,2248
00-K01	00-K01-02	Léčba akutní rejekce transplantovaného orgánu u pacientů s CC=0-2	1,2077
00-K02	00-K02-00	Léčba akutní rejekce transplantátu krvetvorných buněk	1,7454
00-M06	00-M06-01	Alogenní transplantace krvetvorných buněk u dětí do 18 let věku	26,0743
00-M06	00-M06-02	Alogenní transplantace krvetvorných buněk u pacientů ve věku 18 a více let	20,6657
01-I06	01-I06-01	Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií s dalším operačním výkonem v jiný den	8,4666
01-I06	01-I06-02	Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií pro netraumatické subarachnoidální krvácení nebo s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo u pacientů s CC=2-4	5,1385
01-I06	01-I06-03	Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií u dětí do 18 let věku s CC=0-1	3,4929
01-I06	01-I06-04	Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií pro epilepsii nebo novotvar u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	3,6401
01-I06	01-I06-05	Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií pro ostatní onemocnění u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	2,6962
01-I07	01-I07-01	Chirurgický výkon z návrtu nebo transsfenoidálním přístupem s dalším operačním výkonem v jiný den	9,0081
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	4,2493
01-I07	01-I07-03	Chirurgický výkon z návrtu nebo transsfenoidálním přístupem pro hydrocefalus nebo vrozené vady nervové soustavy u pacientů s CC=0-3	3,0361
01-I07	01-I07-04	Chirurgický výkon z návrtu nebo transsfenoidálním přístupem pro ostatní onemocnění u pacientů s CC=0-3	1,9811
01-I09	01-I09-01	Extrakraniální chirurgický výkon na cévách hlavy v komplexním CVSP u pacientů s CC=1-4	2,3757
01-I09	01-I09-02	Extrakraniální chirurgický výkon na cévách hlavy v komplexním CVSP u pacientů s CC=0	1,5272
01-I09	01-I09-03	Extrakraniální chirurgický výkon na cévách hlavy mimo komplexní CVSP	1,1349
01-I11	01-I11-01	Chirurgický výkon v retrobasilinguální nebo velofaryngeální oblasti pro poruchu spánku	0,9662
01-I11	01-I11-02	Chirurgický výkon v nosní dutině nebo nosohltanu pro poruchu spánku	0,5099
01-I12	01-I12-01	Mikrochirurgická sutura nervových pletení	2,3273
01-I12	01-I12-02	Jiný chirurgický výkon na nervových pleteních	1,2317
01-I14	01-I14-01	Mikrochirurgická sutura jiných periferních nervů	1,2317
01-I14	01-I14-02	Jiný chirurgický výkon na jiných periferních nervech	1,2317
01-M02	01-M02-00	Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro onemocnění nervové soustavy	5,3957
01-M03	01-M03-01	Angioplastika mozkových cév pro mozkový infarkt, aneurysma nebo disekci	5,0361

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část D - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
01-M03	01-M03-02	Angioplastika mozkových cév pro ostatní cévní onemocnění mozku	2,5095
01-R01	01-R01-00	Radiochirurgie pro onemocnění nervové soustavy	1,1029
02-I01	02-I01-00	Transplantace rohovky včetně chirurgického výkonu na čočce	1,3259
02-I02	02-I02-01	Transplantace rohovky	1,2365
02-I02	02-I02-02	Transplantace amniové membrány	1,4849
02-I03	02-I03-00	Odstranění tumoru očníce z kraniotomie	2,7284
02-I04	02-I04-00	Rekonstrukční chirurgický výkon na očníci	0,9723
02-I05	02-I05-01	Chirurgické ošetření poranění oka ve dvou a více operačních dnech	2,4297
02-I05	02-I05-02	Chirurgické ošetření poranění oka v rámci jednoho operačního dne	1,5116
02-I06	02-I06-01	Odstranění sklivce pro zánět	1,6946
02-I06	02-I06-02	Odstranění sklivce včetně chirurgického výkonu na čočce pro nezánettivé onemocnění	1,2475
02-I06	02-I06-03	Odstranění sklivce pro odchlípení nebo trhlinu sítnice	0,9924
02-I06	02-I06-04	Odstranění sklivce pro jiné hlavní diagnózy	0,7960
02-I07	02-I07-01	Odstranění celého oka nebo části oka z předního segmentu s komplikující hlavní diagnózou	2,2626
02-I07	02-I07-02	Odstranění celého oka nebo části oka z předního segmentu bez komplikující hlavní diagnózy	1,0870
02-I08	02-I08-01	Chirurgický výkon pro náhradu čočky u dětí do 18 let	1,4241
02-I08	02-I08-02	Chirurgický výkon pro náhradu čočky u pacientů ve věku 18 a více let	0,6076
02-I11	02-I11-01	Rekonstrukční výkon na okohybném svalu u dětí do 18 let	0,8067
02-I11	02-I11-02	Rekonstrukční výkon na okohybném svalu u pacientů ve věku 18 a více let	0,6734
03-I07	03-I07-01	Resekční výkon v dutině ústní nebo na slinných žlázách s odstraněním krčních mízních uzlin a se zavedením gastrostomie, umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=3-4	4,0032
03-I07	03-I07-02	Resekční výkon v dutině ústní s odstraněním krčních mízních uzlin u pacientů s CC=0-2	2,8229
03-I07	03-I07-03	Resekční výkon na slinných žlázách s odstraněním krčních mízních uzlin u pacientů s CC=0-2	1,9080
03-I08	03-I08-01	Disekce krčních uzlin pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku	2,1211
03-I08	03-I08-02	Částečná exstirpace krčních uzlin pro novotvar ucha, nosu, dutiny ústní nebo krku	1,2246
03-I09	03-I09-01	Rekonstrukční výkon pro rozštěp rtu nebo patra u dětí do 18 let věku	1,9457
03-I09	03-I09-02	Rekonstrukční výkon pro rozštěp rtu nebo patra u pacientů ve věku 18 a více let	0,9118
03-I10	03-I10-01	Resekce čelisti pro zhoubný novotvar nebo zánět dutiny ústní	1,3490
03-I10	03-I10-02	Resekce čelisti pro onemocnění dutiny ústní mimo zhoubný novotvar a zánět	1,0597
03-I11	03-I11-01	Rekonstrukční výkon na obou čelistech pro onemocnění mimo trauma	2,2110
03-I11	03-I11-02	Jiný rekonstrukční výkon na čelisti nebo obličejí pro onemocnění mimo trauma	1,1226
03-I11	03-I11-03	Rekonstrukční výkon na čelisti nebo obličejí pro trauma	1,1264
03-I12	03-I12-01	Odstranění celé příušní žlázy	1,7628
03-I12	03-I12-02	Odstranění laloku příušní žlázy	1,2828
03-I12	03-I12-03	Exstirpace podčelistní nebo podjazykové slinné žlázy	0,9932

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část D - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
03-I12	03-I12-04	Extrakapsulární exstirpace nebo biopsie průšší žlázy	0,8587
03-I20	03-I20-01	Velký rekonstrukční výkon ucha pro poranění nebo vrozenou vadu	2,0586
03-I20	03-I20-02	Chirurgický výkon na zevním uchu u pacientů ve věku 18 a více let	0,7125
03-I20	03-I20-03	Chirurgický výkon na zevním uchu pro vrozenou vadu u dětí do 18 let věku	0,7100
03-I20	03-I20-04	Chirurgický výkon na zevním uchu pro onemocnění mimo vrozené vady u dětí do 18 let věku	0,3554
04-D01	04-D01-00	Srdeční katetrizace pro onemocnění dýchací soustavy	1,9106
04-I01	04-I01-00	Extrakorporální membránová oxygenace pro plicní embolii	9,3462
04-I04	04-I04-00	Výkon na cévách pro onemocnění dýchací soustavy	4,0642
04-I07	04-I07-00	Destrukční výkon pro onemocnění dýchací soustavy	1,7708
05-I01	05-I01-01	Zavedení dlouhodobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 241 a více hodin (11 a více dní)	111,6846
05-I01	05-I01-02	Zavedení dlouhodobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní)	78,5497
05-I01	05-I01-03	Zavedení dlouhodobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 0-96 hodin (bez UPV nebo max. 4 dny)	67,9471
05-I02	05-I02-01	Zavedení krátkodobé až střednědobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 241 a více hodin (11 a více dní)	45,3996
05-I02	05-I02-02	Zavedení krátkodobé až střednědobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní)	37,7645
05-I02	05-I02-03	Zavedení krátkodobé až střednědobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 0-96 hodin (bez UPV nebo max. 4 dny)	15,4245
05-I03	05-I03-01	Zavedení jiné mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 241 a více hodin (11 a více dní)	33,5017
05-I03	05-I03-02	Zavedení jiné mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní)	18,5227
05-I03	05-I03-03	Dva operační výkony na srdci nebo aortě v různých dnech se zavedením jiné mechanické srdeční podpory	20,0636
05-I03	05-I03-04	Zavedení jiné mechanické srdeční podpory s nejvýše jedním operačním dnem na srdci nebo aortě	10,0638
05-I04	05-I04-01	Druhá a další reoperace vrozené srdeční vady na otevřeném srdci u dětí do 18 let	10,3516
05-I04	05-I04-02	První reoperace vrozené srdeční vady na otevřeném srdci u dětí do 18 let	7,2016
05-I14	05-I14-01	Implantace kardioverteru-defibrilátoru s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	10,0615
05-I14	05-I14-02	Implantace kardioverteru-defibrilátoru se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	6,4480
05-I14	05-I14-03	Implantace dvoukomorového nebo subkutánního kardioverteru-defibrilátoru u pacientů s CC=0-3	6,0265
05-I14	05-I14-04	Implantace dvoudutinového nebo jednodutinového kardioverteru-defibrilátoru u pacientů s CC=0-3	5,2204
05-I15	05-I15-00	Chirurgická ablace poruchy srdečního rytmu	9,9772
05-I17	05-I17-00	Odstranění nebo chirurgická drenáž perikardu	4,0355
05-I18	05-I18-01	Roboticky asistovaný bypass nebo rekonstrukce na centrálních cévách v hrudní a břišní dutině	6,7608
05-I18	05-I18-02	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na centrálních cévách v hrudní a břišní dutině s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	8,4450

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část D - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
05-I18	05-I18-03	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na centrálních cévách v hrudní a břišní dutině s odstraněním uzávěru cévy nebo se závažnou vedlejší diagnózou nebo u pacientů s CC=2-3	4,7839
05-I18	05-I18-04	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na centrálních cévách v hrudní a břišní dutině u pacientů s CC=0-1	3,3848
05-I21	05-I21-01	Chirurgická implantace nebo extrakce stimulačních elektrod	5,0643
05-I21	05-I21-02	Transvenózní extrakce stimulačních elektrod	2,9079
05-I22	05-I22-00	Transplantace kůže nebo krytí defektu lalokem pro nemoc periferních cév	1,3853
05-I24	05-I24-01	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na periferních cévách mimo hrudní a břišní dutinu s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	5,2688
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	3,9380
05-I24	05-I24-03	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na periferních cévách mimo hrudní a břišní dutinu u pacientů s CC=2-3	3,0639
05-I24	05-I24-04	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na periferních cévách mimo hrudní a břišní dutinu u pacientů s CC=0-1	2,1040
05-I25	05-I25-01	Implantace kardiostimulátoru s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	3,7012
05-I25	05-I25-02	Implantace dvoukomorového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3	2,9406
05-I25	05-I25-03	Implantace dvoudutinového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3	1,6228
05-I25	05-I25-04	Implantace jednodutinového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3	1,2062
05-I26	05-I26-01	Trombektomie, embolektomie nebo endarterektomie centrálních a periferních cév v CVSP u pacientů s CC=1-4	2,1172
05-I26	05-I26-02	Trombektomie, embolektomie nebo endarterektomie centrálních a periferních cév v CVSP u pacientů s CC=0	1,4344
05-I26	05-I26-03	Trombektomie, embolektomie nebo endarterektomie centrálních a periferních cév mimo CVSP	1,4174
05-I29	05-I29-01	Vytvoření AV zkratu protézou pro onemocnění periferních tepen	1,1707
05-I29	05-I29-02	Vytvoření nebo úprava AV zkratu bez použití protézy pro onemocnění periferních tepen u pacientů s CC=2-4	1,5822
05-I29	05-I29-03	Vytvoření nebo úprava AV zkratu bez použití protézy pro onemocnění periferních tepen u pacientů s CC=0-1	1,0320
05-I30	05-I30-01	Operace povrchových končetinových žil s ošetřením refluxu otevřeným přístupem	0,6037
05-I30	05-I30-02	Operace povrchových končetinových žil termickými metodami	0,4172
05-I30	05-I30-03	Extirpace varikózních větví bez ošetření refluxu v žilních kmenech	0,5188
05-M01	05-M01-01	Katetrizační implantace nebo korekce chlopní s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	14,6697
05-M01	05-M01-02	Katetrizační implantace nebo korekce chlopní se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	12,3680
05-M01	05-M01-03	Katetrizační implantace nebo korekce chlopní u pacientů s CC=0-3	11,4376
05-M04	05-M04-01	Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro nemoc periferních cév s dalším operačním výkonem v jiný den u pacientů s CC=1-4	5,4620
05-M04	05-M04-02	Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro nemoc periferních cév s dalším operačním výkonem v jiný den u pacientů s CC=0	4,0232
05-M04	05-M04-03	Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro nemoc periferních cév s mechanickou aterektomií nebo trombektomií	2,9874



<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část D - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
05-M04	05-M04-04	Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro nemoc periferních cév bez mechanické aterektomie a trombektomie	2,4055
05-M06	05-M06-01	Angioplastika 2 a více věnčitých tepen s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	4,5075
05-M06	05-M06-02	Angioplastika 1 věnčité tepny s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	3,8530
05-M06	05-M06-03	Komplexní angioplastika 2 a více věnčitých tepen za použití zobrazovacích nebo rotačních technik	2,7469
05-M06	05-M06-04	Komplexní angioplastika 1 věnčité tepny za použití zobrazovacích nebo rotačních technik	2,4168
05-M06	05-M06-05	Angioplastika 2 a více věnčitých tepen při akutním infarktu myokardu	2,3614
05-M06	05-M06-06	Angioplastika 1 věnčité tepny při akutním infarktu myokardu	1,8144
05-M06	05-M06-07	Angioplastika 2 a více věnčitých tepen při jiném onemocnění srdce	1,9426
05-M06	05-M06-08	Angioplastika 1 věnčité tepny při jiném onemocnění srdce	1,4223
05-M07	05-M07-01	Angioplastika centrálních a periferních cév se zavedením stentgraftu	5,0630
05-M07	05-M07-02	Angioplastika centrálních a periferních cév s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	2,7732
05-M07	05-M07-03	Vícesegmentální angioplastika centrálních a periferních cév se zavedením stentu u pacientů s CC=0-3	2,2790
05-M07	05-M07-04	Angioplastika centrálních a periferních cév se zavedením stentu u pacientů s CC=0-3	1,7758
05-M07	05-M07-05	Vícesegmentální angioplastika centrálních a periferních cév bez zavedení stentu u pacientů s CC=0-3	1,7262
05-M07	05-M07-06	Angioplastika centrálních a periferních cév bez zavedení stentu u pacientů s CC=0-3	1,2261
05-M08	05-M08-00	Embolizace pro nemoc centrálních a periferních cév	3,4809
06-I02	06-I02-01	Rozsáhlý výkon v dutině břišní pro zhoubný novotvar trávicí soustavy	6,2450
06-I02	06-I02-02	Rozsáhlý výkon v dutině břišní pro onemocnění trávicí soustavy mimo zhoubný novotvar	4,3518
06-I04	06-I04-01	Odstranění nebo resekce žaludku s dalším operačním výkonem v jiný den	7,6385
06-I04	06-I04-02	Odstranění nebo resekce žaludku u pacientů s CC=4	5,9099
06-I04	06-I04-03	Odstranění nebo resekce žaludku u pacientů s CC=0-3	4,1170
06-I05	06-I05-01	Roboticky asistované odstranění nebo resekce konečníku	3,8799
06-I05	06-I05-02	Odstranění nebo resekce konečníku s dalším operačním výkonem v jiný den	6,2089
06-I05	06-I05-03	Odstranění nebo resekce konečníku u pacientů s CC=3-4	4,9769
06-I05	06-I05-04	Odstranění nebo resekce konečníku u pacientů s CC=0-2	3,2669
06-I06	06-I06-01	Výkon na cévách pro vaskulární onemocnění střeva	6,3427
06-I06	06-I06-02	Výkon na cévách nebo slezině pro onemocnění trávicí soustavy	5,0817
06-I07	06-I07-01	Resekce střeva nebo peritonea pro onemocnění trávicí soustavy s dalším operačním výkonem v jiný den u pacientů s CC=4	8,7200
06-I07	06-I07-02	Resekce střeva nebo peritonea pro onemocnění trávicí soustavy u dětí do 2 let věku	4,4744
06-I07	06-I07-03	Resekce střeva nebo peritonea pro onemocnění trávicí soustavy s dalším operačním výkonem v jiný den u pacientů ve věku 2 a více let s CC=0-3	5,3497
06-I07	06-I07-04	Resekce střeva nebo peritonea pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů ve věku 2 a více let s CC=4	4,5076

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část D - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
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	2,7730
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	2,3638
06-I08	06-I08-00	Chirurgický výkon pro vrozenou vadu jícnu nebo žaludku	1,6113
06-I09	06-I09-01	Chirurgický výkon pro vrozenou vadu tenkého nebo tlustého střeva u dětí do 18 let věku	3,4872
06-I09	06-I09-02	Chirurgický výkon pro vrozenou vadu tenkého nebo tlustého střeva u pacientů ve věku 18 a více let	1,7467
06-I11	06-I11-00	Chirurgický výkon na jícnu mimo resekce	1,8997
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	2,8302
06-I17	06-I17-02	Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu s použitím implantátu nebo korekce rozestupu přímých svalů břišních u pacientů s CC=0-2	1,0104
06-I17	06-I17-03	Výkon pro recidivující břišní nebo pupeční kýlu u pacientů s CC=0-2	0,8787
06-I17	06-I17-04	Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-2	0,4985
06-I17	06-I17-05	Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu u dětí do 16 let věku s CC=0-2	0,3952
06-I21	06-I21-01	Perianální výkon u pacientů s CC=3-4	1,7487
06-I21	06-I21-02	Perianální výkon pro zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2	0,7708
06-I21	06-I21-03	Perianální výkon pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2	0,4568
06-I22	06-I22-01	Chirurgické odstranění hemoroidů staplerovou metodou	0,6810
06-I22	06-I22-02	Chirurgické odstranění hemoroidů klasickou metodou	0,4180
06-M02	06-M02-00	Výkon pro obstrukci trávicí soustavy u dětí	0,7012
07-I05	07-I05-00	Destrukční výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní	1,8520
07-I06	07-I06-01	Výkon na cévách se zavedením portosystémového shuntu pro cirhózu	5,2434
07-I06	07-I06-02	Výkon na cévách bez zavedení portosystémového shuntu pro onemocnění hepatobiliární soustavy	1,9106
07-I07	07-I07-00	Nekrektomie nebo drenážní výkon pro akutní zánět slinivky břišní	8,8073
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	4,8641
07-I08	07-I08-02	Spojkový nebo rekonstrukční výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=0-2	3,2234
07-I10	07-I10-01	Odstranění žlučníku otevřeným přístupem u pacientů s CC=3-4	3,5105
07-I10	07-I10-02	Odstranění žlučníku laparoskopicky u pacientů s CC=3-4	2,0404
07-I10	07-I10-03	Odstranění žlučníku otevřeným přístupem pro akutní zánět slinivky břišní nebo u pacientů s CC=1-2	2,0664
07-I10	07-I10-04	Odstranění žlučníku otevřeným přístupem pro jiné onemocnění mimo akutní zánět slinivky břišní u pacientů s CC=0	1,4037
07-I10	07-I10-05	Odstranění žlučníku laparoskopicky pro akutní zánět slinivky břišní nebo u pacientů s CC=1-2	1,3552
07-I10	07-I10-06	Odstranění žlučníku laparoskopicky pro jiné onemocnění mimo akutní zánět slinivky břišní u pacientů s CC=0	0,9771
07-M01	07-M01-00	Eliminační metody pro náhradu funkce akutně selhávajících jater	3,4083
07-M02	07-M02-01	Opakovaný endoskopický nebo radiologický výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní	2,5584
07-M02	07-M02-02	Endoskopický nebo radiologický výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=3-4	2,0520

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část D - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
07-M02	07-M02-03	Endoskopický nebo radiologický výkon pro akutní zánět nebo zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=0-2	1,2883
07-M02	07-M02-04	Endoskopický nebo radiologický výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní mimo akutní zánět a zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2	0,7712
07-R01	07-R01-00	Radiochirurgie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní	2,1432
08-I05	08-I05-01	Implantace tumorózní endoprotézy kyčle	4,5007
08-I05	08-I05-02	Reimplantace endoprotézy kyčle	3,5162
08-I05	08-I05-03	Revize endoprotézy kyčle s výměnou artikulacních komponent nebo odstranění endoprotézy	3,3728
08-I05	08-I05-04	Implantace necementované totální endoprotézy kyčle	2,4438
08-I05	08-I05-05	Implantace hybridní totální endoprotézy kyčle	2,2626
08-I05	08-I05-06	Implantace cementované totální endoprotézy kyčle	2,0302
08-I05	08-I05-07	Implantace cervikokapitální endoprotézy kyčle	2,0830
08-I08	08-I08-01	Implantace tumorózní endoprotézy nebo reimplantace/revize/odstranění endoprotézy ramene	3,4270
08-I08	08-I08-02	Implantace reverzní totální endoprotézy ramene	3,4270
08-I08	08-I08-03	Implantace anatomické totální endoprotézy ramene	2,8251
08-I08	08-I08-04	Implantace cervikokapitální endoprotézy ramene	1,9324
08-I10	08-I10-01	Implantace endoprotézy zápěstí	1,9835
08-I10	08-I10-02	Implantace ne-silikonové endoprotézy prstu	1,0601
08-I10	08-I10-03	Implantace silikonové endoprotézy prstu	0,8758
08-I13	08-I13-01	Operace poranění pánve v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=3-4	5,0485
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	2,8653
08-I13	08-I13-03	Operace poranění pánve v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	2,8653
08-I13	08-I13-04	Operace poranění stehenní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=3-4	4,0488
08-I13	08-I13-05	Operace poranění stehenní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s CC=1-2 nebo ve věku 75 a více let	2,3411
08-I13	08-I13-06	Operace poranění stehenní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,9470
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	2,9358
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	1,6219
08-I13	08-I13-09	Operace poranění pánve a stehenní kosti mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,4102
08-I14	08-I14-01	Operace poranění kostí bérce v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=1-4	3,5620
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	1,6690
08-I14	08-I14-03	Operace poranění jiných segmentů kostí bérce v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,5397
08-I14	08-I14-04	Operace poranění česky v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	1,0915

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část D - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
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	2,9456
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	1,4237
08-I14	08-I14-07	Operace poranění jiných segmentů kostí bérce mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,2205
08-I14	08-I14-08	Operace poranění česky mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,8770
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	2,4562
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	1,5510
08-I15	08-I15-03	Operace poranění jiných kostí hlezna a zánártí v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	0,9403
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	1,6239
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	1,2284
08-I15	08-I15-06	Operace poranění jiných kostí hlezna a zánártí mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	0,8046
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	2,4245
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	1,8354
08-I16	08-I16-03	Operace poranění jiných segmentů pažní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,3757
08-I16	08-I16-04	Operace poranění pletence ramenního mimo pažní kost v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,8301
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	1,7667
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	1,3431
08-I16	08-I16-07	Operace poranění jiných segmentů pažní kosti mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,0441
08-I16	08-I16-08	Operace poranění pletence ramenního mimo pažní kost mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,6968
08-I18	08-I18-01	Násobná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,8793
08-I18	08-I18-02	Izolovaná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,6249
08-I18	08-I18-03	Násobná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,7767
08-I18	08-I18-04	Izolovaná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,4880
08-I19	08-I19-01	Operace poranění vazivového aparátu kolene v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,9101
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	0,8779
08-I19	08-I19-03	Izolovaná operace poranění ostatních vazů, šlach a svalů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,5911

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část D - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
08-I19	08-I19-04	Operace poranění vazivového aparátu kolene mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,7993
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	0,6681
08-I19	08-I19-06	Izolovaná operace poranění ostatních vazů, šlach a svalů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,4899
08-I20	08-I20-01	Operace poranění pánve a stehna v CVSP u dětí do 16 let	2,0053
08-I20	08-I20-02	Operace poranění bérce, hlezna a zánártí v CVSP u dětí do 16 let	0,9425
08-I20	08-I20-03	Operace poranění horní končetiny, nártu a prstů v CVSP u dětí do 16 let	0,6262
08-I20	08-I20-04	Operace poranění pánve, stehna, bérce, hlezna a zánártí mimo CVSP u dětí do 16 let	1,1330
08-I20	08-I20-05	Operace poranění horní končetiny, nártu a prstů mimo CVSP u dětí do 16 let	0,5649
08-I21	08-I21-01	Operace pánve a stehenní kosti mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=1-4	2,3470
08-I21	08-I21-02	Operace pánve a stehenní kosti mimo poranění u pacientů s CC=0	1,2680
08-I22	08-I22-01	Operace kostí bérce a pažní kosti mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=1-4	1,9491
08-I22	08-I22-02	Operace kostí bérce a pažní kosti mimo poranění u pacientů s CC=0	1,1307
08-I23	08-I23-01	Operace kostí hlezna a zánártí mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=1-4	1,6310
08-I23	08-I23-02	Operace kostí hlezna a zánártí mimo poranění u pacientů s CC=0	0,9103
08-I28	08-I28-01	Krytí defektu velkým lalokem pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=2-4	4,0676
08-I28	08-I28-02	Krytí defektu velkým lalokem pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=0-1	1,3636
08-M02	08-M02-00	Miniinvazivní výkon na páteři	0,8817
08-M04	08-M04-00	Nekrvavá repozice vrozených deformit kyčle	3,7053
08-R01	08-R01-00	Radiochirurgie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání	2,0842
09-C01	09-C01-00	Izolovaná regionální hypertermní perfúze končetiny cytostatiky pro melanom kůže	3,8007
09-I04	09-I04-01	Krytí defektu velkým lalokem pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=2-4	4,0676
09-I04	09-I04-02	Krytí defektu velkým lalokem pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0-1	1,0859
09-I06	09-I06-01	Resekce prsu včetně odstranění mizních uzlin a rekonstrukce implantátem obou prsů	2,2209
09-I06	09-I06-02	Resekce prsu včetně odstranění mizních uzlin a rekonstrukce implantátem jednoho prsu	1,8137
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	1,3910
09-I06	09-I06-04	Resekce jednoho prsu včetně odstranění mizních uzlin v CVSP u pacientů s CC=0	0,9503
09-I06	09-I06-05	Resekce prsu včetně odstranění mizních uzlin mimo CVSP	0,9181
09-I09	09-I09-01	Resekce obou prsů pro zhoubný novotvar nebo resekce jednoho prsu pro zhoubný novotvar u pacientů s CC=1-4 v CVSP	1,1424
09-I09	09-I09-02	Resekce jednoho prsu pro zhoubný novotvar v CVSP u pacientů s CC=0	0,7687
09-I09	09-I09-03	Resekce prsu pro zhoubný novotvar mimo CVSP	0,7266

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část D - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
09-I09	09-I09-04	Resekce obou prsů pro ostatní onemocnění nebo resekce jednoho prsu pro ostatní onemocnění u pacientů s CC=1-4	0,8198
09-I09	09-I09-05	Resekce jednoho prsu pro ostatní onemocnění u pacientů s CC=0	0,4686
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	1,7401
09-I10	09-I10-02	Odstranění mízních uzlin pro novotvar kůže nebo prsu u pacientů s CC=0-1	0,8747
10-I02	10-I02-01	Výkon na cévách s chirurgickým výkonem na noze pro syndrom diabetické nohy v CVSP	4,4226
10-I02	10-I02-02	Výkon na cévách s chirurgickým výkonem na noze pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP	2,9227
10-I03	10-I03-01	Výkon na cévách bez chirurgického výkonu na noze pro syndrom diabetické nohy v CVSP	3,0121
10-I03	10-I03-02	Výkon na cévách bez chirurgického výkonu na noze pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP	2,4852
10-I04	10-I04-01	Opakovaný chirurgický výkon na diabetické noze v CVSP	3,4893
10-I04	10-I04-02	Opakovaný chirurgický výkon na diabetické noze mimo CVSP	2,9323
10-I06	10-I06-00	Rekonstrukční nebo transplantační výkon na diabetické noze	2,0182
10-I09	10-I09-01	Bypass žaludku nebo biliopankreatická diverze	2,9753
10-I09	10-I09-02	Tubulizace žaludku	2,5594
10-I09	10-I09-03	Plikace žaludku	1,7679
10-I09	10-I09-04	Bandáž žaludku	1,6626
10-I12	10-I12-00	Odstranění nebo resekce štítné nebo příštítné žlázy s odstraněním krčních mízních uzlin	1,8036
10-I14	10-I14-00	Odstranění krčních mízních uzlin pro novotvar štítné žlázy	1,2188
11-I09	11-I09-00	Resekce močového měchýře otevřeným přístupem	2,4546
11-I10	11-I10-01	Roboticky asistovaná plastika ledvinné pánvičky	3,0832
11-I10	11-I10-02	Rekonstrukční výkon na horních cestách močových nebo močovém měchýři pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=4	3,8202
11-I10	11-I10-03	Rekonstrukční výkon na horních cestách močových nebo močovém měchýři u pacientů s CC=0-3	2,3286
11-I12	11-I12-00	Odstranění nebo rekonstrukce močové trubice	1,3016
11-I13	11-I13-00	Otevřený výkon pro kámen dolních cest močových	1,4567
11-I15	11-I15-00	Destrukční výkon pro novotvary vylučovací soustavy	0,8470
11-M01	11-M01-01	Embolizace pro chronické onemocnění ledvin nebo u pacientů s CC=3-4	3,4668
11-M01	11-M01-02	Embolizace pro novotvar nebo poranění ledviny u pacientů s CC=0-2	1,6185
11-M03	11-M03-01	Perkutánní extrakce kamene z horních cest močových u pacientů s CC=2-4	2,4741
11-M03	11-M03-02	Perkutánní extrakce kamene z horních cest močových u pacientů s CC=0-1	1,4093
11-M05	11-M05-01	Extrakce kamene horních cest močových flexibilním ureterorenoskopem	0,8372
11-M05	11-M05-02	Extrakce kamene horních cest močových jiným typem ureterorenoskopu	0,6692
11-M06	11-M06-01	Transuretrální resekce močového měchýře u pacientů s CC=3-4	1,7799
11-M06	11-M06-02	Transuretrální resekce močového měchýře u pacientů s CC=1-2	0,8620
11-M06	11-M06-03	Transuretrální resekce močového měchýře u pacientů s CC=0	0,6182

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část D - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
11-M07	11-M07-01	Miniinvazivní odstranění kamene z dolních cest močových u pacientů ve věku 70 a více let	0,9390
11-M07	11-M07-02	Miniinvazivní odstranění kamene z dolních cest močových u pacientů do 70 let	0,6420
11-M08	11-M08-00	Extrakorporální litotrypse	0,4011
12-I04	12-I04-00	Totální amputace penisu pro onemocnění mužské reprodukční soustavy	2,3912
12-I06	12-I06-00	Parciální amputace penisu	1,1163
12-I07	12-I07-01	Rekonstrukční výkon na penisu pro zadní hypospadii nebo epispadii u dětí do 18 let věku	1,9065
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	1,3040
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	0,9735
12-I09	12-I09-00	Destrukční výkon pro onemocnění prostaty	1,4344
12-I12	12-I12-00	Výkon na močové trubici pro onemocnění prostaty	0,6119
12-M01	12-M01-00	Embolizace pro onemocnění mužské reprodukční soustavy	1,4632
12-R01	12-R01-00	Radiochirurgie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy	2,4397
13-I09	13-I09-00	Rekonstrukční výkon pro vrozenou vadu ženské reprodukční soustavy	2,2786
13-I10	13-I10-01	Transperitoneální nebo transvezikální odstranění pístěle ženské reprodukční soustavy	2,4894
13-I10	13-I10-02	Vaginální odstranění pístěle ženské reprodukční soustavy	1,3283
13-I13	13-I13-01	Rekonstrukční výkon pro úplný výhřez pochvy i dělohy	1,6695
13-I13	13-I13-02	Rekonstrukční výkon pro jiný sestup ženských pohlavních orgánů	0,9481
13-I15	13-I15-01	Odstranění vulvy u pacientek ve věku 60 a více let	1,1837
13-I15	13-I15-02	Odstranění vulvy u pacientek do 60 let věku	0,6288
13-I16	13-I16-00	Odstranění děložního myomu	1,1691
13-M01	13-M01-00	Embolizace nebo termoablace děložního myomu nebo varixů pohlavních orgánů	2,4007
14-I03	14-I03-00	Výkon na cévách pro komplikaci v těhotenství, po potratu nebo po porodu	6,5713
14-I05	14-I05-00	Chirurgický výkon v dutině břišní mimo dělohu a děložní adnexa v těhotenství, po porodu nebo po potratu	0,8766
16-I01	16-I01-01	Chirurgický nebo endovaskulární výkon na slezině u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-4	3,4434
16-I01	16-I01-02	Chirurgický nebo endovaskulární výkon na slezině u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	2,1180
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	0,9379
16-I04	16-I04-02	Odstranění mízních uzlin mimo krční pro zvětšení nebo zánět u pacientů s CC=0-1	0,6466
17-I01	17-I01-00	Rozsáhlý resekcí výkon v dutině břišní nebo pánevní pro onemocnění krvetvorby nebo špatně diferencované novotvary	5,8060
17-I04	17-I04-01	Resekční výkon na trávicí soustavě, játrech nebo odstranění omenta s následným operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	7,6549
17-I04	17-I04-02	Resekční výkon na trávicí soustavě, játrech nebo odstranění omenta u pacientů s CC=0-3	3,0027

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část D - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
17-I05	17-I05-01	Rozsáhlý resekční výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách se zavedením gastrostomie, umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=4	5,9653
17-I05	17-I05-02	Rozsáhlý resekční výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách u pacientů s CC=0-3	3,6827
17-I06	17-I06-01	Resekční výkon v retroperitoneu, pánvi, dutině hrudní nebo odstranění sleziny s následným operačním výkonem v jiný den nebo u dětí do 18 let věku nebo u pacientů s CC=4	4,6608
17-I06	17-I06-02	Resekční výkon v retroperitoneu, pánvi, dutině hrudní nebo odstranění sleziny u pacientů s CC=0-3	2,1595
17-I07	17-I07-01	Resekční výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách u pacientů s CC=3-4	3,2260
17-I07	17-I07-02	Resekční výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách u pacientů s CC=0-2	1,9665
19-I03	19-I03-00	Totální amputace penisu pro poruchy sexuálních funkcí	2,3383
19-I04	19-I04-00	Odstranění dělohy pro poruchy sexuálních funkcí	1,2437
19-I05	19-I05-00	Resekce prsu pro poruchy sexuálních funkcí	1,1802
19-I06	19-I06-00	Jiný chirurgický výkon pro poruchy sexuálních funkcí	0,8789



## Část E

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

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část E - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
14-I01	14-I01-01	Porod císařským řezem v CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci	1,6015
14-I01	14-I01-02	Porod císařským řezem v CVSP při mnohočetném těhotenství nebo po vedení porodu vaginálně	1,2986
14-I01	14-I01-03	Porod císařským řezem mimo CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci	1,2581
14-I01	14-I01-04	Porod císařským řezem mimo CVSP při mnohočetném těhotenství nebo po vedení porodu vaginálně	1,1712
14-I01	14-I01-05	Porod jediného dítěte císařským řezem bez závažné diagnózy	0,8331
14-M01	14-M01-01	Vaginální porod v CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci	0,8099
14-M01	14-M01-02	Vaginální porod v CVSP při mnohočetném těhotenství nebo s revizí po porodu	0,8002
14-M01	14-M01-03	Vaginální porod mimo CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci	0,7533
14-M01	14-M01-04	Vaginální porod mimo CVSP při mnohočetném těhotenství nebo s revizí po porodu	0,6999
14-M01	14-M01-05	Vaginální porod jediného dítěte bez závažné diagnózy	0,5657
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	1,1787
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	0,5329
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	0,4233
15-K05	15-K05-04	Novorozenci s hmotností 2500 a více g narození v daném zdravotnickém zařízení bez závažné diagnózy a s gestačním stářím od 37. týdne	0,2714
15-K06	15-K06-01	Novorozenci s hmotností 2000 a více g nenarození v daném zdravotnickém zařízení v CVSP a s velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 33. týdne	1,7548
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	1,4557
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	0,7062
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	0,5538
15-K06	15-K06-05	Novorozenci s hmotností 2000 a více g nenarození v daném zdravotnickém zařízení mimo CVSP	0,4915

## Část F

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

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část F - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
15-I01	15-I01-00	Extrakorporální membránová oxygenace novorozence	25,6926
15-K02	15-K02-01	Časné úmrtí do 2 dnů u novorozence s hmotností do 1500 g	0,3611
15-K02	15-K02-02	Novorozenci s hmotností do 1500 g a velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 30. týdne	4,5719
15-K02	15-K02-03	Novorozenci s hmotností do 1500 g bez velmi závažné diagnózy a s gestačním stářím od 31. týdne	3,4683
15-K03	15-K03-01	Novorozenci s hmotností 1500-1999 g a velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 33. týdne	3,0916
15-K03	15-K03-02	Novorozenci s hmotností 1500-1999 g a závažnou diagnózou nebo gestačním stářím od 34. do 36. týdne	1,8382
15-K03	15-K03-03	Novorozenci s hmotností 1500-1999 g bez závažné diagnózy a s gestačním stářím od 37. týdne	1,5661
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	2,1480
15-K04	15-K04-02	Novorozenci s hmotností 2000-2499 g narození v daném zdravotnickém zařízení v CVSP a se závažnou diagnózou nebo gestačním stářím od 34. do 36. týdne	1,0169
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	0,7793
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	0,3817

## Část G

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

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část G - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
00-I01	00-I01-01	Transplantace plic u pacientů s UPV 1009 a více hodin (43 a více dnů)	127,0742
00-I01	00-I01-02	Transplantace plic u pacientů s UPV 241-1008 hodin (11-42 dnů)	60,3048
00-I01	00-I01-03	Transplantace plic u pacientů s UPV do 240 hodin (do 10 dnů)	26,4928
00-I02	00-I02-01	Transplantace srdce u pacientů s dlouhodobou srdeční podporou	111,6846
00-I02	00-I02-02	Transplantace srdce u pacientů s jiným typem srdeční podpory	61,2558
00-I02	00-I02-03	Transplantace srdce u pacientů bez srdeční podpory	22,9759
00-I03	00-I03-01	Transplantace jater s UPV 505 a více hodin (22 a více dnů)	57,0087
00-I03	00-I03-02	Transplantace jater s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů)	37,8458
00-I03	00-I03-03	Transplantace jater u pacientů s CC=4	18,3228
00-I03	00-I03-04	Transplantace jater u pacientů s CC=0-3	14,0709
00-I04	00-I04-00	Transplantace slinivky	13,3675

## Část H

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

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část H - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
19-K01	19-K01-01	Krátkodobá akutní a zvýšená psychiatrická péče pro duševní onemocnění	1,0921
19-K01	19-K01-02	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro duševní onemocnění u pacientů s poruchami příjmu potravy nebo s CC=2-4	1,0921
19-K01	19-K01-03	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	0,5582
19-K02	19-K02-01	Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů a zvýšená psychiatrická péče pro duševní onemocnění	1,0921
19-K02	19-K02-02	Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s poruchami příjmu potravy nebo s CC=2-4	1,0921
19-K02	19-K02-03	Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	0,7187
19-K03	19-K03-01	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů a zvýšená psychiatrická péče pro duševní onemocnění	1,2775
19-K03	19-K03-02	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s poruchami příjmu potravy nebo s CC=2-4	1,2775
19-K03	19-K03-03	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	0,9039
19-K04	19-K04-01	Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů pro duševní onemocnění se zvýšenou psychiatrickou péčí, u pacientů s poruchami příjmu potravy nebo u pacientů s CC=2-4	1,5764
19-K04	19-K04-02	Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	1,3366
19-K05	19-K05-01	Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů pro duševní onemocnění se zvýšenou psychiatrickou péčí, u pacientů s poruchami příjmu potravy nebo u pacientů s CC=2-4	1,9575
19-K05	19-K05-02	Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	1,7661
19-K06	19-K06-01	Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů pro duševní onemocnění se zvýšenou psychiatrickou péčí, u pacientů s poruchami příjmu potravy nebo u pacientů s CC=2-4	2,4793
19-K06	19-K06-02	Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	2,2329
19-K07	19-K07-01	Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů pro duševní onemocnění se zvýšenou psychiatrickou péčí, u pacientů s poruchami příjmu potravy nebo u pacientů s CC=2-4	2,9613
19-K07	19-K07-02	Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	2,5343
19-K08	19-K08-01	Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů pro duševní onemocnění se zvýšenou psychiatrickou péčí, u pacientů s poruchami příjmu potravy nebo u pacientů s CC=2-4	4,8004
19-K08	19-K08-02	Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	4,4405
19-M01	19-M01-01	Opakované provedení neinvazivní neurostimulační terapie pro duševní onemocnění	2,8563
19-M01	19-M01-02	Jednorázové provedení neinvazivní neurostimulační terapie pro duševní onemocnění	0,1516

## Část I

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

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část I - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
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)	33,9717
15-I02	15-I02-02	Chirurgický výkon na oběhové soustavě, dýchací soustavě nebo na jícnu u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 505-1008 hodin (22-42 dní)	26,7562
15-I02	15-I02-03	Chirurgický výkon na oběhové soustavě, dýchací soustavě nebo na jícnu u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 241-504 hodin (11-21 dní)	14,7476
15-I02	15-I02-04	Chirurgický výkon na oběhové soustavě, dýchací soustavě nebo na jícnu u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní)	12,0766
15-I02	15-I02-05	Chirurgický výkon na oběhové soustavě, dýchací soustavě nebo na jícnu u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 0-96 hodin (0-4 dny)	6,9841
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)	33,7845
15-I03	15-I03-02	Chirurgický výkon na centrální nervové soustavě nebo lebce u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 505-1008 hodin (22-42 dní)	26,7562
15-I03	15-I03-03	Chirurgický výkon na centrální nervové soustavě nebo lebce u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 241-504 hodin (11-21 dní)	14,7476
15-I03	15-I03-04	Chirurgický výkon na centrální nervové soustavě nebo lebce u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní)	9,6526
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)	5,1200
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)	33,2187
15-I04	15-I04-02	Chirurgický výkon na trávicí nebo hepatobiliární soustavě u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 505-1008 hodin (22-42 dní)	26,7562
15-I04	15-I04-03	Chirurgický výkon na trávicí nebo hepatobiliární soustavě u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 241-504 hodin (11-21 dní)	14,7476
15-I04	15-I04-04	Chirurgický výkon na trávicí nebo hepatobiliární soustavě u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní)	7,3858
15-I04	15-I04-05	Chirurgický výkon na trávicí nebo hepatobiliární soustavě mimo kýlu u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 0-96 hodin (0-4 dny)	3,5690
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)	0,9855
15-I05	15-I05-00	Chirurgický výkon na vylučovací soustavě u novorozence	2,3400
15-I06	15-I06-00	Chirurgický výkon na pohlavních orgánech u novorozence	1,1642

<b>CZ-DRG báze - kód</b>	<b>CZ-DRG skupina - kód</b>	<b>Část I - CZ-DRG skupina - název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>
15-I07	15-I07-00	Chirurgický výkon pro rozštěp rtu nebo vrozenou vadu nosu u novorozence	1,6079
15-M01	15-M01-01	Umělá plicní ventilace novorozence v délce 1009 a více hodin (43 a více dní)	23,3405
15-M01	15-M01-02	Umělá plicní ventilace novorozence v délce 505-1008 hodin (22-42 dní)	14,2619
15-M01	15-M01-03	Umělá plicní ventilace novorozence v délce 241-504 hodin (11-21 dní)	7,9961
15-M01	15-M01-04	Umělá plicní ventilace v délce 97-240 hodin (5-10 dní) u novorozence s gestačním stářím do 33. týdne	6,0406
15-M01	15-M01-05	Umělá plicní ventilace v délce 97-240 hodin (5-10 dní) u novorozence s gestačním stářím od 34. týdne	4,5565
15-M01	15-M01-06	Umělá plicní ventilace v délce 25-96 hodin (2-4 dny) u novorozence s gestačním stářím do 33. týdne	4,4593
15-M01	15-M01-07	Umělá plicní ventilace v délce 25-96 hodin (2-4 dny) u novorozence s gestačním stářím od 34. týdne	2,3494

## Výše úhrad hrazených služeb podle § 9

### A) Agregovaná úhrada za registrovaného pojištěnce

1. Výše agregované úhrady za jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny poskytovateli ambulantních stomatologických služeb na kalendářní měsíc činí:
  - a) 22 Kč v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží, že registrující lékař pojištěnce je držitelem platného dokladu celoživotního vzdělávání zubních lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel do jednoho měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,
  - b) 20 Kč v ostatních případech.
2. Celková výše měsíční úhrady za agregovanou úhradu se vypočte jako součin počtu registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v příslušném kalendářním měsíci hodnoceného období a agregované úhrady na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny podle bodu 1.
3. Činnostmi zahrnutými do agregované úhrady za registrovaného pojištěnce jsou:
  - provizorní výplně, zábrusy a přeleštění ostrých hran zubů a výplní, aplikace slizniční anestézie, ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (zejména parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou), konzervativní ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv,
  - lokální fluoridace s vysušením podle přílohy č. 1 zákona,
  - pokud to vyžaduje zdravotní stav pojištěnce nad 18 let věku, kontrola ústní hygieny, kontrola interdentální hygieny, motivace pojištěnce po orientačním vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní,
  - vystavení a ukončení dočasné pracovní neschopnosti,
  - odeslání pojištěnce na specializované pracoviště či konzultace praktického lékaře nebo specialisty všeobecné medicíny,
  - předání kopie nebo výpisu zdravotnické dokumentace při změně registrujícího lékaře,
  - poučení pojištěnce, rozhodnutí o potřebě další návštěvy.

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

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00900	<u>Komplexní vyšetření zubním lékařem při registraci pojištěnce nebo při opakovaném založení zdravotnické dokumentace</u> Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení léčebného plánu v rámci péče hrazené zdravotní	Lze vykázat při registraci pojištěnce nebo při opakovaném založení zdravotnické dokumentace poté, co zdravotnická dokumentace vedená o pojištěnci byla v souladu s právními předpisy vyřazena a zničena. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	555 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	<p>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), včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (zejména parodontální absces, ošetření afity, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou), konzervativního ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální fluoridace s vysušením podle přílohy č. 1 zákona.</p>		
00901	<p><u>Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce</u>  U pojištěnců do dne dosažení 18 let výkon zahrnuje doplnění anamnézy se zvláštním zřetelem na vývoj orofaciální soustavy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a anomálií v postavení zubů a čelistí, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o významu prevence stomatologických onemocnění, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou.  U pojištěnců nad 18 let věku výkon zahrnuje doplnění anamnézy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o správné hygieně dutiny ústní, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou.  U těhotných žen výkon dále zahrnuje poučení o významu prevence stomatologických onemocnění v</p>	<p>U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat 2 / 1 kalendářní rok na pojištěnce, a to nejdříve 3 měsíce od vykázání kódu 00900 nebo 00901 v témže kalendářním roce. U pojištěnců od 18 let lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok, a to nejdříve 5 měsíců od vykázání kódu 00900 v témže kalendářním roce; ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. U těhotných žen lze vykázat dvakrát v průběhu těhotenství s odstupem nejméně 3 měsíce (musí být uvedena diagnóza Z34.9 nebo Z35.9 podle mezinárodní klasifikace nemocí). Za vykázání kódu 00901 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykázání kódu 00946.  Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů.</p>	511 Kč



Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	průběhu těhotenství u ženy i budoucího dítěte. Bez ohledu na věk pojištěnce výkon dále zahrnuje profylaktickou kontrolu ústní hygieny. Bez ohledu na věk pojištěnce výkon podle potřeby zahrnuje též nácvik ústní hygieny, interdentální hygieny a masáží, jedenkrát ročně profylaktické odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení).		
00903	<u>Vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou</u> Vyšetření odborníkem nebo specialistou na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření.	Lze vykázat 1 / 1 den. Kód nelze vykázat u pojištěnce registrovaného daným poskytovatelem. Kód se vykazuje 1x na 1 nesouvisící případ, v případě rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz maximálně 3 / 1 poj. / 1 rok. Nelze vykázat současně s kódem 00908, 00909, 00931, 00940, 00962, 00964, 00968 a 00981. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE a odbornost 015 podle seznamu výkonů.	393 Kč
00904	<u>Stomatologické vyšetření registrovaného pojištěnce do dne dosažení 10 let v rámci registrace a preventivní péče</u>	Lze vykázat pouze v souvislosti s preventivní prohlídkou v daném kalendářním roce, tj. kódem 00901, resp. 00946 a s kódem 00900, pokud v daném roce byl pojištěnec u poskytovatele registrován. Je vykazováno s diagnózou Z01.2 – zubní vyšetření podle mezinárodní klasifikace nemocí. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	142 Kč
00905	<u>Signální výkon epizody péče o registrovaného pojištěnce nad 18 let věku v rámci agregované péče</u> Vyazuje se při provedení prohlídky zahrnující kontrolu ústní hygieny, interdentální hygieny, motivaci pojištěnce po orientačním vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní.	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. Nelze vykázat s kódem 00944. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	74 Kč
00906	<u>Stomatologické vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce do dne</u>	Lze vykázat 1 / 1 den. U hendikepovaného pojištěnce se kód vykazuje s příslušnou	130 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	<u>dosažení 6 let nebo registrovaného hendikepovaného pojištěnce</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost vyšetření a ošetření pojištěnce. Lze vykázat i bez kurativního výkonu.	diagnózou. Nelze vykázat s kódem 00976. Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE lze vykázat i při vyžádané péči o neregistrovaného pojištěnce. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	
00907	<u>Stomatologické ošetření registrovaného pojištěnce od 6 let do dne dosažení 15 let</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost ošetření pojištěnce.	Lze vykázat 1 / 1 den. Pouze při kurativní návštěvě (nelze vykázat v kombinaci pouze s některým z kódů 00900, 00901, 00903, 00909, 00946, a diagnózou Z 01.2 – zubní vyšetření podle mezinárodní klasifikace nemocí). Nelze vykázat s kódem 00976. Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE lze vykázat i při vyžádané péči o neregistrovaného pojištěnce. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	102 Kč
00908	<u>Akutní vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce – i v rámci pohotovostní služby</u> Akutní ošetření náhodného pojištěnce mimo rámec preventivní péče. Výkon zahrnuje vyšetření, paliativní ošetření v endodoncii, amputaci a exstirpaci dřeně, provizorní výplň, lokální ošetření gingivy/sliznice, konzervativní ošetření dentitio difficilis nebo parodontálního abscesu, zavedení a výměnu drénu, ošetření komplikací chirurgických výkonů nebo opravu/úpravu snímatelné náhrady v ordinaci a podobně.	Lze vykázat 1 / 1 den / 1 onemocnění. Lze vykázat samostatně nebo v kombinaci s těmito kódy: 00910, 00911, 00913, 00914, 00916, 00917, 00944 (nelze vykázat v případě, že poskytovatel vybral regulační poplatek za pohotovostní službu) 00948, 00949, 00950, 00951, 00952, 00955, 00956, 00957, 00958, 00959, 00960, 00962, 00963, 00964, 00970 a 00971. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	399 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00909	<u>Klinické stomatologické vyšetření</u> Vyšetření odborníkem na klinickém pracovišti na základě doporučení jiného lékaře (při naléhavých stavech i bez doporučení), krátká písemná zpráva. Nemusí navazovat ošetření.	Lze vykázat 1 / 1 den. Nelze kombinovat s kódy 00900, 00901, 00903, 00908, 00931, 00940, 00946, 00962 a 00964. Kód může vykázat poskytovatel s lůžkovým pracovištěm a klinickým pracovištěm, tj. společné pracoviště fakultní nemocnice a lékařské fakulty vysoké školy podle § 111 odst. 3 zákona o zdravotních službách. Při diagnóze vyžadující opakovanou návštěvu lze vykázat jen jedenkrát, včetně rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	498 Kč
00910	<u>Zhotovení intraorálního rentgenového snímku</u> Zhotovení intraorálního rentgenového snímku na zubním rentgenovém zařízení.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem).	85 Kč
00911	<u>Zhotovení extraorálního rentgenového snímku</u> Zhotovení rentgenového snímku lebky různých projekcí a u odbornosti 015 podle seznamu výkonů i rentgenového snímku ruky (stanovení fáze růstu skeletu). Vykazuje se každý zhotovený snímek.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem).	259 Kč
00913	<u>Zhotovení ortopantomogramu</u> Zhotovení extraorálního panoramatického snímku na zubním rentgenovém zařízení.	Lze vykázat 1 / 2 kalendářní roky. V odbornosti 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE a odbornosti 015 podle seznamu výkonů lze v souvislosti se specializovanou péčí vykázat 2 / 1 kalendářní rok. 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	315 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		pohotovostní služby v oboru zubní lékařství a v případě úrazové nebo onkologické diagnózy. Odbornosti 014 a 015 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem).	
00914	<u>Vyhodnocení extraorálního rentgenového snímku</u> Vyhodnocení panoramatického rentgenového snímku zubních oblouků a skeletu čelistí nebo ostatních extraorálních snímků. Součástí výkonu je stručný popis snímku ve zdravotnické dokumentaci.	Lze vykázat 1 / 1 snímek / 1 poskytovatel. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů. Vyhodnocuje a vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem); v případě odeslání pojišťence k jinému zubnímu lékaři, který je držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE a k zubnímu lékaři odbornosti 015 podle seznamu výkonů může kód vykázat i tento zubní lékař.	97 Kč
00915	<u>Zhotovení telerentgenového snímku lbi</u> Zhotovení dálkového rentgenového snímku lbi na speciálním rentgenovém zařízení.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE, odbornost 015 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval.	310 Kč
00916	<u>Anestézie na foramen mandibulae a infraorbitale</u> Aplikace injekční anestézie na foramen mandibulae (součástí je i aplikace na nervus buccalis) a foramen infraorbitale (součástí je i aplikace na nervus palatinus) ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014, 015 podle seznamu výkonů.	136 Kč
00917	<u>Anestézie infiltrační</u> Aplikace injekční anestézie do tkání v rozsahu jednoho sextantu zubního oblouku, včetně anestézie na foramen mentale, nervus palatinus maior a foramen incisivum a tuber maxillae. Počítá se anestetizovaná oblast, nikoli počet vpichů; ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	114 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00919	<p><u>Ošetření pacienta s vysoce rizikovou infekcí na specializovaném pracovišti.</u>  <u>Ošetření na specializovaném pracovišti za podmínek:</u>  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.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 den, maximálně 5 / 1 měsíc. Lze vykázat pouze při ošetřování pacientů s vysoce rizikovými infekcemi (diagnózy A15.9, A16.0, A51.3, A53.9, A54.9, B16.9, B17.1, B18.1, B18.2, B23.8 podle mezinárodní klasifikace nemocí a infekční onemocnění podle §53 odst. 1 zákona č. 258/2000 Sb.). Na uvedené diagnózy lze vykázat i opakovaně v kombinaci s kódem 00909. Nelze kombinovat s kódem 00903.</p> <p>Kód lze vykázat při ošetřování pacientů hospitalizovaných či dispenzarizovaných pro jednu z výše uvedených diagnóz.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p>	734 Kč
00920	<p><u>Ošetření stálého zubu fotokompozitní výplní</u>  Ošetření stálého zubu fotokompozitní výplní u pojištěnců do dne dosažení 18 let v rozsahu řezáků a špičáků, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní.  Lokalizace – zub.  Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu – v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 365 dní lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních.  Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	946 Kč
00921	<p><u>Ošetření stálého zubu plastickou výplní</u>  Ošetření stálého zubu definitivní výplní, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu,  a) u pojištěnců do dne dosažení 15 let a u těhotných a kojících žen v rozsahu celého chrupu při použití skloionomerního cementu a v rozsahu řezáků a špičáků i při použití samopolymerujícího kompozitu. Není-li použití skloionomerního cementu možné z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, lze použít dózovaný amalgám,  b) u pojištěnců, kteří nejsou uvedeni v písmenu a), v rozsahu celého chrupu</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní.  Lokalizace – zub.  Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu – v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 365 dní lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních nebo profesionálních poškozeních chrupu.  Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	630 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	při použití dózovaného amalgámu a v rozsahu řezáků a špičáků i při použití samopolymerujícího kompozitu.		
00922	<u>Ošetření dočasného zubu plastickou výplní.</u> Bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu v rozsahu celého chrupu při použití skloionomerního cementu a v rozsahu řezáků a špičáků i při použití samopolymerujícího kompozitu. Není-li použití skloionomerního cementu možné z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, lze použít dózovaný amalgám.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Omezení frekvencí se netýká případů, kdy opakovaná výplň je zhotovena z důvodu komplikací ošetřeného zubního kazu nebo úrazu – v takovém případě je výplň vykázána s jinou diagnózou. Dříve než za 365 dní lze vykázat výplň v případě vysoké kazivosti při závažných celkových onemocněních. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	499 Kč
00924	<u>Endodontické ošetření – dočasný zub</u> Po definitivním endodontickým ošetření dočasného zubu, který je klinicky pevný a na rentgenogramu dosahuje resorpce nejvýše do poloviny kořene, metodou amputace vitální nebo mortální dřevě se vykazuje jedenkrát, při případné extirpaci se vykazuje za každý zaplněný kořenový kanálek.	Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub při extirpaci a 1 / 1 zub při amputaci. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	303 Kč
00925	<u>Primární endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu řezáků a špičáků</u> Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, medikamentózní přípravu, provizorní výplně a definitivní primární endodontické ošetření zubu metodou centrálního čepu. Počet návštěv nerozhoduje. I při ošetření zubu metodou apexifikace.	Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub. Lokalizace – zub. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	303 Kč
00926	<u>Primární endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu molárů a premolárů</u> Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, medikamentózní přípravu, provizorní výplně a definitivní primární endodontické ošetření zubu metodou centrálního čepu. Počet návštěv nerozhoduje. I při ošetření zubu metodou apexifikace.	Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub. Lokalizace – zub. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	303 Kč
00931	<u>Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu v rámci pravidelné parodontologické péče</u> Odborné vyšetření parodontu, vyšetření pomocí parodontologického indexu CPITN, stanovení individuálního léčebného postupu, zahájení konzervativní léčby – odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob	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 školících akcí	1 119 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	provedení), instruktáž a motivace orální hygieny. Součástí výkonu je parodontologický zápis do zdravotnické dokumentace. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče.	celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE.	
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, odstranění lokálního dráždění parodontu. Součástí výkonu je parodontologický zápis ve zdravotnické dokumentaci.	Lze vykázat 3 / 1 kalendářní rok. Nelze vykázat s kódy 00900, 00901, 00903, 00909, 00931 a 00946. Odstup mezi vykázáním kódů 00900, 00901, 00931, 00932 a 00946 musí být v takovém intervalu, aby bylo možno prokázat účelnost léčby, lze vykázat minimálně v měsíčních odstupech. Při třetím vykázání kódu v roce nutno zhodnotit léčbu pomocí indexu CPITN. Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem (kód 00938) a subgingivální ošetření (kód 00935) se vykazuje zvlášť. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	338 Kč
00933	<u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu</u> Provedený chirurgický výkon v mukogingivální oblasti (např. gingivektomie s plastikou) navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu za každý zub.	Lze vykázat – 1 / 1 zub / 730 dnů. Lokalizace – zub. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	511 Kč
00934	<u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu</u> Chirurgické výkony navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu vedoucí k prohloubení vestibula, výkony s odklopením mukoperiostálního laloku vedoucí k odstranění parodontálních sulků – za každý sextant. Implementace odebraného slizničního nebo kostního štěpu.	Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat s chirurgickými výkony s řízenou tkáňovou regenerací a implantacemi. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	1 339 Kč
00935	<u>Subgingivální ošetření</u> Instrumentální odstranění obsahu parodontálního chobotu (subgingiválního zubního kamene a plaku), odstranění nekrotického cementu, ohlazení povrchu zubního	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí	101 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	kořene a jeho kontrola u zubů s parodontálními choboty (CPI 3, 4). Lze provést ručními nástroji, ultrazvukovými či laserovými přístroji či jejich kombinací.	celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE.	
00936	<u>Odebrání a zajištění přenosu transplantátu</u> Chirurgický výkon vedoucí k získání slizničního nebo mezenchymálního štěpu.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	679 Kč
00937	<u>Artikulace chrupu</u> Po provedení celkového zábrusu okluze a artikulace chrupu na podkladě funkčního vyšetření 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.	492 Kč
00938	<u>Přechodné dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem</u> Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem zhotovené podle přílohy č. 1 zákona (samopolymerující kompozitní pryskyřice). Vykazuje se za každý zub.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	74 Kč
00940	<u>Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice v rámci pravidelné specializované péče</u> Při komplexním vyšetření ústní sliznice, stanovení diagnózy. Součástí výkonu je zápis ve zdravotnické dokumentaci obsahující popis onemocnění ústní sliznice a návrh léčby.	Lze vykázat 1 / 2 kalendářní roky a při změně zdravotního stavu maximálně 1 / 1 kalendářní rok. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00903 a 00909. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE a u poskytovatele poskytujícího lůžkovou zdravotní péči v oboru orální a maxilofaciální chirurgie též CH.	958 Kč
00941	<u>Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice</u> Při kontrolním vyšetření v průběhu léčby.	Lze vykázat – bez omezení. Lze vykázat pouze v návaznosti na provedený kód 00940. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE a u poskytovatele poskytujícího lůžkovou zdravotní péči v oboru orální a maxilofaciální chirurgie též CH.	343 Kč
00943	<u>Měření galvanických proudů</u>	Lze vykázat – bez omezení.	106 Kč



Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	Měření galvanických proudů v dutině ústní při vyšetření slizničních změn a měření impedance.	Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE.	
00944	<u>Signální výkon epizody péče/kontaktu v souvislosti s vyšetřením v ordinaci zubního lékaře</u>	Lze vykázat – bez omezení, při ošetření v několika návštěvách (endodontické ošetření, zhotovení protetických náhrad a jiné) pouze jednou. Kód nelze vykázat při návštěvě, která vyplývá z plánu ošetření. Lze vykázat v kombinaci s některým z kódů 00900, 00903, 00908 (pouze za předpokladu, že poskytovatel nevybral regulační poplatek za pohotovostní službu), 00909, 00931, 00932, 00940, 00941, 00947, 00968, 00981, 00983, 00984, 00986 a v případě vyšetření zaměřeného na konkrétní obtíže registrovaného pojištěnce a v případě dohodnutých dlouhodobých zástupů registrujícího zubního lékaře ohlášených zdravotní pojišťovně. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	74 Kč
00946	<u>Preventivní prohlídka registrovaného pojištěnce – bez dokladu celoživotního vzdělávání</u> U pojištěnců do dne dosažení 18 let výkon zahrnuje doplnění anamnézy se zvláštním zřetelem na vývoj orofaciální soustavy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a anomálií v postavení zubů a čelistí, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku, poučení o významu prevence stomatologických onemocnění, stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. U pojištěnců nad 18 let věku výkon zahrnuje doplnění anamnézy, vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, onkologickou prevenci zaměřenou na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu,	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. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	428 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	<p>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, interdentalní hygieny a masáží, jedenkrát ročně profylaktické odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení).</p>		
00948	<p><u>Sutura lůžka</u> Provedení sutury s případnou aplikací lokálního hemostatika</p> <p>a) po extrakci zubu u pojištěnce s poruchou hemokoagulace, u pojištěnce na antiresorpční léčbě a u imunosuprimovaného pojištěnce,</p> <p>b) po extrakci zubu v oblasti terapeuticky ozářené čelisti,</p> <p>c) při vícečetné extrakci vedle sebe stojících zubů,</p> <p>d) při stavění pozdního poextrakčního krvácení.</p> <p>Součástí výkonu je zdůvodnění provedení sutury ve zdravotnické dokumentaci.</p> <p>Bez ohledu na použitý druh materiálu a počet stehů.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Lze vykázat pouze v kombinaci s kódem 00949 nebo 00950. V případě uvedeném v popisu výkonu pod písmenem d) lze vykázat samostatně. Při vícečetné extrakci vedle sebe stojících zubů lze vykázat jedenkrát s výjimkou případů uvedených v popisu výkonu pod písmeny a) a b), kdy lze vykázat nejvýše jedenkrát za každý extrahovaný zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	257 Kč
00949	<p><u>Běžná extrakce dočasného zubu</u> Extrakce dočasného zubu nebo radixu (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací a stavění krvácení kompresivní tamponádou. Součástí výkonu je i sutura, pokud se nejedná o suturu lůžka vykazovanou kódem 00948.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat pouze při stvrzení čerpání hrazené služby podpisem zákonného zástupce nebo zletilé doprovázející osoby ve zdravotnické dokumentaci nebo fotodokumentaci ve zdravotnické dokumentaci. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	169 Kč
00950	<p><u>Extrakce stálého zubu nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny</u></p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub.</p>	416 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	Extrakce stálého zubu, radixu stálého zubu nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací a stavění krvácení kompresivní tamponádou. Součástí výkonu je i sutura, pokud se nejedná o suturu lůžka vykazovanou kódem 00948.	U pojištěnců od 8 let lze extrakci dočasného moláru s neresorbovanými kořeny vykázat pouze při zdokumentování rentgenovým vyšetřením. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	
00951	<u>Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu</u> Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku a hemiextrakce nebo egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu do jednoho sextantu nebo chirurgická revize extrakční rány.	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – zub. Při vícečetné extrakci sousedících zubů se vykazuje pouze 1 kód 00951, zbylé extrakce jsou vykázány kódem 00950. Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací a implantací. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	737 Kč
00952	<u>Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu</u> Extrakce zubu nebo radixu s odklopením mukoperiostálního laloku v blízkosti rizikových anatomických struktur nebo vyžadující snesení větší části kosti, primární uzávěr oroantrální komunikace, egalizace bezzubého alveolárního výběžku v rozsahu větším než 1 sextant, exstirpace cysty nad 1 cm, ošetření zubní retence uzavřenou metodou s mobilizací zubu do směru žádané erupce a fixací ortodontického tahu odstranění sekvestru, artrocentéza temporomandibulárního kloubu nebo antrotomie a podobně.	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – zub v případě extrakce zubu nebo radixu, či mobilizaci zubu. Při vícečetné extrakci sousedních zubů se vykazuje pouze 1 kód 00952, zbylé extrakce jsou vykázány kódem 00950. Nelze vykázat, jde-li o chirurgický výkon s řízenou tkáňovou regenerací, augmentací a implantací. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	1 466 Kč
00953	<u>Chirurgické ošetřování retence zubů otevřenými metodami</u> Snesení tkání ležících v cestě erupci zubu a případná mobilizace zubu do směru žádané erupce (včetně odklopení mukoperiostálního laloku, plastiky měkkých tkání).	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE, odbornost 015 podle seznamu výkonů.	713 Kč
00955	<u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí malého rozsahu</u> Provedení menších chirurgických výkonů, například dekapsulace, frenulektomie, odstranění rušivých vlivů vazivových pruhů, podjazyková frenulektomie, excize vlajícího hřebene – za 1 sextant, odstranění léze do 2 cm,	Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat při gingivektomii ani v souvislosti s implantací, augmentací či řízenou tkáňovou regenerací. Odbornosti 014, 015, podle seznamu výkonů.	511 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	sutura rány sliznice nebo kůže do 5 cm nebo sondáž a výplach vývodu slinné žlázy, případně její náplň kontrastní látkou.		
00956	<u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí velkého rozsahu</u> Odstranění podjazykové retenční slinné cysty, excize vlajícího hřebene většího rozsahu než 1 sextant, odstranění léze nad 2 cm, orální vestibuloplastika bez štěpu – za každý sextant, sutura rány sliznice nebo kůže nad 5 cm, exstirpace mukokely sliznice dutiny ústní nebo diagnostická excize, sialolitomie, přístrojová sialoendoskopie se zprůchodněním vývodu.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE.	1 015 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.	511 Kč
00958	<u>Ošetření zlomeniny čelisti</u> Repozice a fixace zlomenin alveolárního výběžku horní či dolní čelisti v rozsahu 4 a více zubů, zlomenin těla a krčku dolní čelisti bez výrazné dislokace, včetně fixace pomocí nitrokostně zaváděných šroubů (za každou poraněnou čelist).	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – čelist. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE.	847 Kč
00959	<u>Intraorální incize</u> Léčba zánětu intraorální incizí s případnou dilatací, vypuštěním exsudátu a zavedením drénu.	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – kvadrant. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	174 Kč
00960	<u>Zevní incize</u> Léčba kolemčelistního zánětu zevní incizí, včetně dilatace, s vypuštěním exsudátu a zavedením drénu.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE.	679 Kč
00961	<u>Následné ošetření po chirurgických výkonech a ošetření jejich komplikací</u> Zavedení drénu či tamponády, přiložení plastického obvazu, výplach rány lokálním léčebným prostředkem, převaz rány, úprava nebo oprava dentální nebo intermaxilární fixace a odstranění nitrokostně zavedených šroubů použitých při fixaci zlomeniny čelisti, stavění pozdního postextrakčního krvácení bez sutury, revize extrakční	Lze vykázat 5 / 10 dnů. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	69 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	rány bez odklopení mukoperiostálního laloku, a 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 kombinovat s kódem 00964. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	343 Kč
00963	<u>Injekce i. m., i. v., i. d., s. c.</u> Injekční aplikace léčivého přípravku, včetně poskytnutého léčivého přípravku, nejde-li o zvlášť účtovaný léčivý přípravek.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	162 Kč
00964	<u>Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch specialistou chirurgem</u> Vyšetření, zdokumentování onemocnění, případná indikace a vyhodnocení cílené zobrazovací metody a konzervativní léčba temporomandibulární poruchy (např. indikace nákusné dlahy, provedení mezičelistní fixace, manuální repozice, indikace rehabilitace, cílené podání medikace).	Lze vykázat – bez omezení. Nelze kombinovat s kódem 00962. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH.	679 Kč
00968	<u>Stomatologické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatologem</u> Stomatologické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatologem v ambulanci poskytovatele ambulantních hrazených služeb. Součástí výkonu je vystavení písemné zprávy.	Lze vykázat 1 / 1 den pouze v souvislosti s kódy 00951, 00952, 00953, 00954, 00955, 00956, 00957, 00958, 00960, 00964. Ošetření na základě písemného doporučení jiného zubního lékaře při neodkladných stavech (při naléhavých stavech i bez doporučení). V souvislosti s léčením tohoto neodkladného stavu lze vykázat pouze 1x. V případě dalšího plánovaného ošetření daného pojištěnce již kód 00968 nelze znovu vykázat. Kód není určen pro ambulance poskytovatelů lůžkových služeb jakékoliv odbornosti. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH.	1 127 Kč
00970	<u>Sejmutí fixní náhrady</u> Sejmutí fixní náhrady rázovým nástrojem nebo rozbroušením korunky a její deformací, v případě zkrácení	Lze vykázat 1 / 1 zub / 730 dní. Lokalizace – zub. Nelze vykázat u provizorních náhrad.	164 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	mostu odseparování části mostu v místě mezičlenu (v tom případě se lokalizace vykazuje na tento mezičlen).	Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	
00971	<u>Provizorní ochranná korunka</u> Adaptace a fixace konfekční korunky k ochraně preparovaného, frangovaného nebo jinak destruovaného zubu, nebo individuální ochranná korunka zhotovená razidlovou metodou v ústech pacienta. Zahrnuje i opakované nasazení.	Lze vykázat 1 / 730 dní. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	369 Kč
00973	<u>Úprava snímatelné náhrady v ordinaci</u> jednoduchá úprava snímatelné náhrady v ordinaci bez návaznosti na další laboratorní zpracování.	Lze vykázat 5 / 1 kalendářní rok. Lokalizace – čelist. Lze vykázat nejdříve dva měsíce po odevzdání nové snímatelné náhrady. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	69 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</u> Výkon zohledňuje zvýšenou časovou náročnost v souvislosti se stomatologickým vyšetřením a ošetřením pacienta s poruchou autistického spektra nebo jinou pervazivní vývojovou poruchou F84 podle mezinárodní klasifikace nemocí či jinou psychiatrickou diagnózou.	Lze vykázat 1 / 1 den. Výkon nelze kombinovat s kódy 00906 a 00907. Lze vykazovat s hrazenými výkony vyšetření a ošetření. Lze vykázat u pojištěnců s průkazem autisty (PAS) nebo s jiným dokladem vystaveným psychiatrem nebo klinickým psychologem prokazujícím poruchu autistického spektra nebo jinou pervazivní vývojovou poruchu. U pojištěnce s jinou psychiatrickou diagnózou lze vykázat, jen pokud jde podle doporučení psychiatra o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o absolvování kurzu ošetřování pacientů s poruchou autistického spektra a jinou psychiatrickou diagnózou v rámci systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů.	565 Kč
00977	<u>Aplikace prefabrikované korunky na dočasný zub</u> Prefabrikovaná ocelová plášťová korunka na dočasný molár nebo prefabrikovaná plastová stripová	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Lze vykázat u defektu na třech nebo více ploškách na zubu s diagnózou zubního kazu K02 podle	679 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	korunka na dočasný řezák nebo dočasný špičák. Výkon zahrnuje tangenciální preparaci, adaptaci a fixaci korunky včetně ceny použitého materiálu a prefabrikátu.	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, K03.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	
00978	<u>Sedace nezletilého pojištěnce midazolamem při ambulantním stomatologickém ošetření</u> Perorální podání midazolamu pojištěnci od 3 let do dne dosažení 15 let a uložení pojištěnce po ošetření na lůžko v dospávací místnosti s monitorací pulzním oxymetrem. Součástí výkonu jsou monitorace pulzním oxymetrem a měření krevního tlaku v průběhu ošetření a v dospávací místnosti a zajištění případného podání antidota (flumazenil) a kyslíku.	Lze vykázat 2 / 365 dní. Lze vykázat pouze v souvislosti s kódy: 00920, 00921, 00922, 00949, 00950, 00951, 00952, 00953 a 00955, 00957, 00959, 00960 a 00962. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00979. Lze vykázat v indikovaných případech, jde-li o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu PZL. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	1 015 Kč
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	Lze vykázat 2 / 365 dní. Lze vykázat pouze v souvislosti s kódy: 00920, 00921, 00922, 00949, 00950, 00951, 00952, 00953 a 00955, 00957, 00959, 00960 a 00962. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00978. Lze vykázat v indikovaných případech, jde-li o pojištěnce	568 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	ošetření a zajištění případného podání kyslíku.	neošetřitelného v běžném režimu PZL. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE.	
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. Při převzetí již léčeného pojištěnce je nutné zahájit vlastní ortodontickou léčbu vstupním vyšetřením, založením vlastní dokumentace a vykazáním kódu 00981.	Lze vykázat 1 / 1 pojištěnce, v případě, že pacient přichází opětovně po více než 2 letech od poslední návštěvy, lze 2 / 1 pojištěnce, přičemž k návštěvě, na které byl vykázán pouze kód 00986, se nepřihlíží. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	819 Kč
00982	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk II</u> Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem – na jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu včetně přípravy zubů.	Lze vykázat 1 / 1 čelist. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00800. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, s výjimkou pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Materiál fixního ortodontického aparátu není hrazen ze zdravotního pojištění. Lokalizace – čelist. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	1 703 Kč
00983	<u>Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Kontrola postupu léčby a úprav na fixním aparátu na jednom i obou zubních obloucích. Vztahuje se na všechny kontroly fixního aparátu v daném čtvrtletí a na kontrolu	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní čtvrtletí, a to maximálně 16x na pojištěnce, v případě rozštěpových vad lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze po vykazání kódu 00800, 00982 nebo 00994. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s	1 072 Kč



Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	souběžně používaného snímacího aparátu.	rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Materiál fixního ortodontického aparátu není hrazen ze zdravotního pojištění; to neplatí, jde-li o pojištěnce s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	
00984	<u>Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Kontrola postupu léčby dle individuálního léčebného postupu a funkce snímacích aparátů včetně jejich úpravy. Pro sledování průběhu změn po ortodonticky indikovaných extrakcích bez aparátu. Vztahuje se na všechny kontroly snímacího aparátu v daném čtvrtletí.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní čtvrtletí, a to maximálně 16x na pojištěnce, v případě rozštěpových vad lze vykázat bez omezení. Nelze vykázat pro léčbu ve fázi retence nebo při sledování růstu a vývoje chrupu a čelisti bez aktivní léčby. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	326 Kč
00985	<u>Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu</u> Po ukončení léčby ortodontických anomálií sejmutí fixního ortodontického aparátu na 1 zubní oblouk, zábrus zubů, včetně případné analýzy modelů (nezahrnuje případné zhotovení a analýzu telorentgenu a ortopantomogramu).	Lze vykázat 2 / 1 čelist, z toho jedenkrát na čelist v návaznosti na kód 00982 a jedenkrát na čelist v návaznosti na kód 00994, u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat v návaznosti na kód 00800 a to max. 3 / 1 čelist.	945 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		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.	
00986	<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.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní pololetí, a to maximálně 8x na pojištěnce. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	338 Kč
00987	<u>Stanovení fáze růstu</u> Určení růstové fáze pojištěnce – skeletální věk, zhodnocením rentgenového snímku ruky nebo krčních obratlů.	Lze vykázat 2 / 1 pojištěnce. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	126 Kč
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	207 Kč

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

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	<p>adaptace a zasazení do zařízení na kroužcích.</p>	<p>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.</p>	
00992	<p><u>Nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky</u> Nasazení všech částí a typů extraorálních tahů (uzda a vysoký nebo nízký extraorální tah, obličejová maska typu Delaire, Hickham a podobně) včetně poučení o způsobu použití a názorného předvedení.</p>	<p>Lze vykázat 2 / 1 pojištěnce. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). 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>	299 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	
00993	<u>Navázání parciálního oblouku</u> Příprava a navázání částečného drátěného oblouku, nebo tvarování průběžného oblouku sloužící k segmentálnímu pohybu zubů.	Lze vykázat 4 / 1 kalendářní pololetí na pojištěnce. U pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze u pojištěnců do dne dosažení 22 let, od 22 let lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Materiál není hrazen ze zdravotního pojištění; to neplatí, jde-li o pojištěnce s rozštěpy rtu, čelisti a patra, s vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	439 Kč
00994	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií malým fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk</u> Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na jeden zubní oblouk ve smíšeném chrupu zejména pro protruzní vady s incizálním schůdkem 9 mm a více, zkřížený skus, diastema větší než 4 mm, zákus, retence nebo dystopie horního stálého řezáku. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu.	Lze vykázat 1 / 1 čelist do dne dosažení 10 let věku pojištěnce. Lokalizace – čelist. Materiál fixního ortodontického aparátu není hrazen ze zdravotního pojištění; 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.	1 197 Kč
00800	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I</u>	Lze vykázat 2 / 1 čelist. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00982 ani 00801. Lze vykázat pouze	9 045 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	<u>Zahájení léčby ortodontickým aparátem – jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu použitý při zahájení léčby a při pokračování v léčbě v kalendářním roce, ve kterém byl nasazen fixní ortodontický aparát</u>	u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	
00801	<u>Pokračování léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I</u> <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.</u>	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok. Lze vykázat při první kontrole léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu v kalendářním roce s výjimkou kalendářního roku, ve kterém byl vykázán kód 00800, a to pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	1 573 Kč
00821	<u>Bonifikační kód za ošetření pacienta s morbidní obezitou nad 180 kg ve stomatologii</u>	Lze vykázat 1 / 1 den, max. 5 / 1 měsíc. Lze vykázat pouze u pojištěnců s diagnózou E66.8 podle mezinárodní klasifikace nemocí (morbidní obezita) a s kódy provedeného stomatologického ošetření. Podmínkou úhrady bude doložení technického vybavení pro pacienty s extrémní obezitou Odbornost 014 podle seznamu výkonů	839 Kč

Vysvětlení zkratk:

PZL praktický zubní lékař  
PA parodontolog  
CH stomatochirurg  
PE pedostomatolog

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

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

1.1 Léčivé přípravky obsahující tyto léčivé látky:

B02BB01  
B02BD01  
B02BD02  
B02BD03  
B02BD04  
B02BD05  
B02BD06  
B02BD07  
B02BD08  
B02BD09  
B02BD10  
B02BX06  
B05AA02

1.2 Tyto individuálně vyráběné léčivé přípravky:

Kryoprotein (0207926)

Plazma čerstvá, zmrazená pro klinické použití (0207921)

Plazma rekonvalescentní (0207928)

Plazma rekonvalescentní patogen-inaktivovaná (0207929)

1.3 Tyto hromadně vyráběné léčivé přípravky:

Veklury (0249655 a 0249656)

Bamlanivimab, Casirivimab/Imdevimab (J06BA02)

**Výkony jednodenní péče v oboru chirurgie**

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