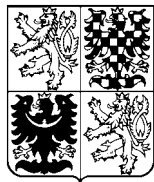


Ročník 2021



SBÍRKA ZÁKONŮ

ČESKÁ REPUBLIKA

Částka 102

Rozeslána dne 30. června 2021

Cena Kč 344,-

O B S A H:

242. Vyhláška o stanovení způsobu zahrnutí kompenzace do výše úhrad za hrazené služby poskytnuté v roce 2021

242**VYHLÁŠKA**

ze dne 22. června 2021

o stanovení způsobu zahrnutí kompenzace do výše úhrad za hrazené služby poskytnuté v roce 2021

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 1 odst. 2 zákona č. 160/2021 Sb., o kompenzacích osobám poskytujícím hrazené služby zohledňujících dopady epidemie onemocnění COVID-19 v roce 2021:

§ 1

(1) Tato vyhláška za účelem stanovení způsobu zahrnutí kompenzace do výše úhrad za hrazené služby poskytnuté v roce 2021 upravuje:

- a) kompenzační hodnoty bodu (dále jen „hodnoty bodu“),
- b) kompenzační výši úhrad za hrazené služby (dále jen „výše úhrad“) poskytované pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon“) a za hrazené služby poskytované pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, členských států Evropského hospodářského prostoru a Švýcarské konfederace podle přímo použitelných předpisů Evropské unie upravujících koordinaci systémů sociálního zabezpečení¹⁾ a pojištěncům dalších států, se kterými má Čes-

ká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast hrazených služeb²⁾, (dále jen „zahraniční pojištěnec“),

- c) kompenzační regulační omezení pro úhrady uvedené v § 3 až 19 (dále jen „regulační omezení“) a
- d) výši záloh na kompenzaci.

(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 hodnotami³⁾ (dále jen „seznam výkonů“),
- d) ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů,
- e) v oboru zubní lékařství,
- f) ambulantní péče v odbornostech 222, 801, 802, 806 až 810, 812 až 819 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen „vyjmenovaná odbornost“),

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⁾ Například sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávií o sociálním zabezpečení, sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 135/2004 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení, sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 2/2007 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Republikou Makedonie o sociálním zabezpečení.

³⁾ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

- g) ambulantní péče v odbornostech 911, 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) sociálních služeb, který má se zdravotní pojišťovnou uzavřenou zvláštní smlouvu podle zákona.

§ 2

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

(2) Hodnoceným obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2021.

(3) Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2019, poskytovatelem vykázané do 31. března 2020 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2020.

(4) Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2021, poskytovatelem vykázané do 31. března 2022 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2022.

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

§ 3

(1) Unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí pojištěnec zdravotní pojišťovny ošetřený poskytovatelem v konkrétní odbornosti v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jednou, s tím, že není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastních zdravotních služeb nebo zdra-

votních služeb vyžádaných, pokud není dále stanoveno jinak.

(2) Pokud byl unikátní pojištěnec poskytovatelem v konkrétní odbornosti ošetřen v hodnoceném období nebo referenčním období 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 nebo referenčním období uhrazeny hrazené služby více než jednou ze sloučených zdravotních pojišťoven, započte do počtu unikátních pojištěnců pouze jednou.

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

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

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

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

(8) Mezinárodní klasifikací nemocí se pro účely této vyhlášky rozumí Mezinárodní statistická klasi-

fikace nemocí a přidružených zdravotních problémů v jejím aktuálním znění (MKN-10)⁴).

§ 4

V případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům se stanoví úhrada podle § 5 až 19.

§ 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, regulační omezení a výše záloh na kompenzace 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 a pro hrazené služby poskytované poskytovateli sociálních služeb, kteří mají se zdravotní pojišťovnou uzavřenou zvláštní smlouvu podle zákona, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb, regulační omezení a výše záloh na kompenzace stanoví v příloze č. 1 k této vyhlášce.

§ 6

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

(2) Ordinačními hodinami jsou pro účely přílohy č. 2 k této vyhlášce ordinační hodiny sjednané ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem, kdy je na pracovišti poskytovatele pro pojištěnce dostupný alespoň jeden lékař daného pracoviště se specializovanou způsobilostí, s tím, že se do

ordinačních hodin nezapočítává doba věnovaná návštěvní službě a administrativním činnostem.

§ 7

Pro specializovanou ambulantní péči poskytovanou poskytovateli ambulantní péče hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb, regulační omezení a výše záloh na kompenzace 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, regulační omezení a výše záloh na kompenzace 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 911, 914, 916, 921 a poskytovateli domácí péče v odbornostech 925 a 926 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a výše záloh na kompenzace stanoví v příloze č. 6 k této vyhlášce.

§ 12

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 902 a 917 podle

⁴) Sdělení Českého statistického úřadu č. 290/2019 Sb., o aktualizaci Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10).

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 1,23 Kč, s výjimkou výkonů přepravy podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 1,13 Kč, a s výjimkou výkonu č. 06714 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 06714 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí limit úhrady za tyto výkony v roce 2019.

(2) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,21 Kč, s výjimkou výkonů přepravy podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 1,13 Kč, a s výjimkou výkonu č. 06714 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 06714 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí limit úhrady za tyto výkony v roce 2019.

§ 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 1,13 Kč,
- b) neposkytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu s hodnotou bodu ve výši 0,92 Kč.

(2) Pro výkon přepravy č. 69 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,02 Kč.

§ 16

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v rámci lékařské pohotovostní služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 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 107,7 % smluvně sjednané úhrady za 1 den pobytu pro rok 2019. Nebyla-li úhrada za 1 den pobytu pro rok 2019 sjednána do 31. prosince 2019 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 107,7 % smluvně sjednané úhrady za 1 den pobytu pro rok 2019. Nebyla-li úhrada za 1 den pobytu pro rok 2019 sjednána do 31. prosince 2019 včetně, stanoví se úhrada ve výši úhrady hrazené srovnatelným poskytovatelům.

(3) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči se stanoví úhrada 30 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 ozdravných se stanoví úhrada za 1 den pobytu ve výši 980 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 ozdravných.

(5) Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli lázeňské léčebně rehabilitační péče měsíčně, a to vždy do dvacátého dne od skončení měsíce, na který je záloha kalkulována. Výše měsíční zálohy se stanoví následovně:

$$Záloha_{kompenzace,m} = \max \left\{ 0; \sum_{j=1}^m [0,95 * 1,077 * Úhrada_{2019,j} - Úhrada_{2021,j}] - \sum_{k=1}^{m-1} Záloha_{kompenzace,k} \right\}$$

kde:

$Záloha_{kompenzace,m}$ je záloha na kompenzaci v měsíci m hodnoceného období.

j představuje měsíce v roce a nabývá hodnot 1 až m , kde m je měsíc, pro který je kalkulována záloha na kompenzaci.

$Úhrada_{2019,j}$ je úhrada poskytovateli za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané dny pobytu v měsíci j referenčního období.

$Úhrada_{2021,j}$ je úhrada poskytovateli za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané dny pobytu v měsíci j hodnoceného období.

k představuje měsíce v roce a nabývá hodnot 1 až $m-1$, kde m je měsíc, pro který je kalkulována záloha na kompenzaci.

$Záloha_{kompenzace,k}$ je záloha na kompenzaci v měsíci k hodnoceného období.

§ 18

(1) Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 35 Kč.

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

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

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

§ 19

(1) Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09552 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 16 Kč.

(2) Po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli 12 Kč za každé převedení listinného receptu do elektronické podoby.

§ 20

(1) Poskytovateli podle § 6 až 15, pokud v roce 2021 v období pokračující epidemie onemocnění COVID-19 od 1. ledna 2021 do 31. března 2021 poskytoval hrazené služby a vykazoval je zdravotní pojišťovně, se za účelem dodatečné kompenzace zvýšených osobních nákladů plynoucích z vyplácení mimořádných odměn pro zdravotnické pracovníky navyšuje úhrada o částku *Odměna_{Dorovnání,2021}* vypočtenou následovně:

$$Odměna_{Dorovnání,2021} = \max\{0; Odměna_{2021} - Odměna_{2020}\}$$

kde:

Odměna₂₀₂₁ je výše kompenzace vypočtená na základě počtu zdravotnických pracovníků v roce 2021, která je vypočtena následovně:

$$Odměna_{2021} = Výše_{odměny} * 1,338 * \min\left(PočetZP_{2021}; \frac{KapacitaZP_{2021}}{Typ_{kapacity}}\right) * K_{kraj} * \min\left(1; \frac{Porovnávací_hodnota_péče_{2021,1Q}}{0,75 * Porovnávací_hodnota_péče_{2019,1Q}}\right)$$

Odměna₂₀₂₀ je výše kompenzace vypočtená na základě počtu zdravotnických pracovníků v roce 2020, která je vypočtena následovně:

$$Odměna_{2020} = Výše_{odměny} * 1,338 * \min\left(PočetZP_{2020}; \frac{KapacitaZP_{2020}}{Typ_{kapacity}}\right) * K_{kraj} * \min\left(1; \frac{Porovnávací_hodnota_péče_{2020,4Q}}{0,75 * Porovnávací_hodnota_péče_{2018,4Q}}\right)$$

a kde:

Výše_{odměny} se stanoví ve výši 75 000, s výjimkou poskytovatelů zdravotnické záchranné služby, pro které se stanoví ve výši 120 000.

PočetZP₂₀₂₀ je počet zdravotnických pracovníků poskytujících hrazené služby u poskytovatele, kteří byli uvedeni ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou ve znění účinném k 31. prosinci 2020.

PočetZP₂₀₂₁ je počet zdravotnických pracovníků poskytujících hrazené služby u poskytovatele evidovaných zdravotní pojišťovnou k 30. červnu 2021.

KapacitaZP₂₀₂₀ je součet týdenních hodinových kapacit úvazků zdravotnických pracovníků poskytujících hrazené služby u poskytovatele, které byly uvedeny ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou ve znění účinném k 31. prosinci 2020.

KapacitaZP₂₀₂₁ je součet týdenních hodinových kapacit úvazků zdravotnických pracovníků poskytujících hrazené služby u poskytovatele evidovaných zdravotní pojišťovnou k 30. červnu 2021.

Typ_{kapacity} je typická týdenní hodinová kapacita úvazku zdravotnického pracovníka poskytujícího hrazené služby u poskytovatele, která se podle typu poskytovatele stanoví podle následující tabulky:

Typ poskytovatele	Hodnota $Typ_{kapacity}$
poskytovatel podle § 6	25
poskytovatel podle § 7	30
poskytovatel podle § 8	30
poskytovatel podle § 9	35
poskytovatel podle § 10	40
poskytovatel podle § 11, v odbornosti 911, 914 a 916 podle seznamu výkonů	35
poskytovatel podle § 11, v odbornosti 921, 925 a 926 podle seznamu výkonů	40
poskytovatel podle § 12	35
poskytovatel podle § 13	30
poskytovatel podle § 14	40
poskytovatel podle § 15	40

K_{kraj} je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji, kde poskytovatel poskytuje hrazené služby, který je uveden v části A, bodu 3, přílohy č. 2 k této vyhlášce.

$Porovnávací_hodnota_péče_{2021,1Q}$ je porovnávací hodnota hrazených služeb poskytnutých v období od 1. ledna 2021 do 31. března 2021, poskytovatelem vykázaných do 31. května 2021 a zdravotní pojišťovnou uznaných do 31. července 2021, která je vypočtena následovně:

$$Porovnávací_hodnota_péče_{2021,1Q} = PB_{2021,1Q} + KP_{2021,1Q}$$

kde:

$PB_{2021,1Q}$ je počet bodů za hrazené služby poskytovatelem poskytnuté v období od 1. ledna 2021 do 31. března 2021, vykázané do 31. května 2021 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. července 2021.

$KP_{2021,1Q}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytovatelem poskytnuté v období od 1. ledna 2021 do 31. března 2021, vykázané do 31. května 2021 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. července 2021.

a kde:

$Porovnávací_hodnota_péče_{2019,1Q}$ je porovnávací hodnota poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb poskytnutých v období od 1. ledna 2019 do 31. března 2019, která je vypočtena následovně:

$$\text{Porovnávací_hodnota_péče}_{2019,1Q} = PB_{2019,1Q} + KP_{2019,1Q}$$

kde:

$PB_{2019,1Q}$ je počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté v období od 1. ledna 2019 do 31. března 2019.

$KP_{2019,1Q}$ je hodnota korunových položek za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté v období od 1. ledna 2019 do 31. března 2019.

$\text{Porovnávací_hodnota_péče}_{2020,4Q}$ je porovnávací hodnota hrazených služeb poskytnutých v období od 1. října 2020 do 31. prosince 2020, poskytovatelem vykázaných do 31. března 2021 a zdravotní pojišťovnou uznaných do 31. května 2021, která je vypočtena následovně:

$$\text{Porovnávací_hodnota_péče}_{2020,4Q} = PB_{2020,4Q} + KP_{2020,4Q}$$

kde:

$PB_{2020,4Q}$ je počet bodů za hrazené služby poskytovatelem poskytnuté v období od 1. října 2020 do 31. prosince 2020, vykázané do 31. března 2021 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2021.

$KP_{2020,4Q}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytovatelem poskytnuté v období od 1. října 2020 do 31. prosince 2020, vykázané do 31. března 2021 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2021.

a kde:

$\text{Porovnávací_hodnota_péče}_{2018,4Q}$ je porovnávací hodnota poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb poskytnutých v období od 1. října 2018 do 31. prosince 2018, která je vypočtena následovně:

$$\text{Porovnávací_hodnota_péče}_{2018,4Q} = PB_{2018,4Q} + KP_{2018,4Q}$$

kde:

$PB_{2018,4Q}$ je počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté v období od 1. října 2018 do 31. prosince 2018.

$KP_{2018,4Q}$ je hodnota korunových položek za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté v období od 1. října 2018 do 31. prosince 2018.

(2) U poskytovatele, který v období od 1. října 2018 do 31. prosince 2018 neposkytoval hrazené služby, se *Porovnávací_hodnota_péče*_{2018,4Q} stanoví ve výši 1.

(3) U poskytovatele, který v období od 1. ledna 2019 do 31. března 2019 neposkytoval hrazené služby nebo poskytl hrazené služby deseti a méně unikátním pojištěncům dané zdravotní pojišťovny, se *Porovnávací_hodnota_péče*_{2019,1Q} stanoví ve výši 1.

(4) Navýšení úhrady podle odstavce 1 se nezapočítává do výše úhrady stanovené podle § 6 až 15.

(5) Zálaha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli ve výši navýšení úhrady podle odstavce 1, a to nejpozději do 31. července 2021.

§ 21

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. července 2021.

Ministr:

Mgr. et Mgr. Vojtěch, MHA, v. r.

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

A) Hrazené služby podle § 5 odst. 1

1. Úhrada poskytovateli v roce 2021 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. Pro výpočet referenčních hodnot individuálně smluvně sjednané složky úhrady, paušální úhrady, úhrady vyčleněné z paušální úhrady, úhrady formou případového paušálu a ambulantní složky úhrady jsou do výpočtu zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2019, poskytovatelem vykázané do 31. března 2020 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2020.

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 2019.

2.2.2 Pro skupiny:

a) Dermatologie (Aktinická keratóza, Psoriáza těžká)
b) Dýchací soustava 1 (Astma, CHOPN)
c) Dýchací soustava 2 (Idiopatická plicní fibróza)
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, Metabolické vady)
i) Neurologie 1 (Epilepsie, Narkolepsie, Parkinsonova choroba, Substituční léčba)
j) Neurologie 2 (Roztroušená skleróza)

k) Neurologie 3 (Spinální svalová atrofie)
l) Oběhový systém (Plicní arteriální hypertenze)
m) Oftalmologie (Centrální venózní okluze, Makulární degenerace, Oftalmologie – DM, Vitreomakulární trakce, Oftalmologie – jiné)
n) Onkologie – solidní nádory (Hepatocelulární karcinom, Nádory hlavy a krku, Nádory kolorekta, Nádory ledviny, Nádory močového ústrojí, Nádory mozku, Nádory ovarií, Nádory plic, Nádory prostaty, Nádory prsu, Nádory slinivky, Nádory štítné žlázy, Nádory z embryonálních buněk, Nádory žaludku, Osteosarkom, pNET, Sarkomy měkkých tkání, Jiné nádory měkkých tkání, Jiné ZN kůže, Kožní lymfomy, Maligní melanom, Mezoteliom pleury)
o) Osteoporóza
p) Revmatologie (Bechtěrevova choroba, Artritida, Lupus erythematosus, Psoriatická artritida)
q) Trávicí soustava (Crohnova choroba, Ulcerózní kolitida)
r) Cystická fibróza
s) Ostatní – výše neuvedená onemocnění s výjimkou skupiny hepatologie
t) Hepatologie – onemocnění jater a žlučových cest

se stanoví maximální úhrada takto:

$$Uhr_{max,2021} = Uhr_{t,2020} + \sum_{i=a}^s Uhr_{i,2019} * IN_i$$

kde:

$Uhr_{max,2021}$ 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.

$Uhr_{i,2019}$ je celková úhrada v referenčním období za léčbu onemocnění i .

$Uhr_{t,2020}$ je celková úhrada v roce 2020 za léčbu onemocnění hepatologie.

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 diagnostické skupiny uvedené v bodě 2.2.2 stanoví ve výši:

Diagnostická skupina	Index navýšení úhrady
Dermatologie	1,29
Dýchací soustava 1	1,60
Dýchací soustava 2	1,24
Endokrinologie	1,00
Hematoonkologie	1,14
Imunitní systém	1,16
Infekce	1,18
Metabolické vady	1,03
Neurologie 1	1,26
Neurologie 2	1,05
Neurologie 3	1,20

Oběhový systém	1,01
Oftalmologie	1,16
Onkologie – solidní nádory	1,20
Osteoporóza	1,00
Revmatologie	1,03
Trávicí soustava	1,04
Cystická fibróza	1,80
Ostatní	1,30

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.

2.3 Za každý případ hospitalizace poskytovatelem vykazaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, u kterého bylo indikováno testování na onemocnění COVID-19, se navyšuje úhrada poskytovateli o 1 113 Kč, pokud jde o případ hospitalizace vykazaný do 30. června 2021, a o 614 Kč, pokud jde o případ hospitalizace vykazaný od 1. července 2021:

- a) za každý vykazaný výkon č. 82301 a 82304 podle seznamu výkonů, jde-li o případ s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí,
- b) jednou, pokud jde o případ s diagnózou U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí a byl alespoň jednou vykázán výkon č. 82302 podle seznamu výkonů.

Tato navýšení úhrady se nezapočítávají do úhrady uvedené v bodech 3 až 6.

2.4 U případů hospitalizace s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí poskytovatelem vykazaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle pravidel pro Klasifikaci hospitalizovaných pacientů pro rok 2021⁵⁾ (dále jen „Klasifikace“), u kterých byl vykázán výkon č. 55227 podle seznamu výkonů nebo některý z DRG markerů č. 90901 až 90907 podle Klasifikace, se úhrada poskytovateli navyšuje o 59 064 Kč za každý ošetrovací den (dále jen „OD“) č. 00051 až 00078 podle seznamu výkonů, poskytnutý do 20 dnů od prvního poskytnutí výkonu č. 82301 podle seznamu výkonů nebo výkonu screeningového testování COVID-19 pomocí metody PCR s pozitivním výsledkem nebo výkonu o průkazu antigenu SARS-CoV-2 s pozitivním výsledkem v případě, že nebyl poskytnut výkon č. 82301 ani 82302 podle seznamu výkonů, kterýmkoliv poskytovatelem během posledních 180 kalendářních dnů. U případů hospitalizace s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí poskytovatelem vykazaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace, u kterých není splněna podmínka dle věty první, se úhrada poskytovateli navyšuje o 39 967 Kč za každý OD č. 00051 až 00078 podle seznamu výkonů, poskytnutý do 20 dnů od prvního poskytnutí výkonu č. 82301 podle seznamu výkonů nebo výkonu screeningového testování COVID-19 pomocí metody PCR s pozitivním výsledkem nebo výkonu o průkazu antigenu SARS-CoV-2 s pozitivním výsledkem v případě, že nebyl poskytnut výkon č. 82301 ani 82302 podle seznamu výkonů, kterýmkoliv poskytovatelem během posledních 180 kalendářních dnů. Toto navýšení úhrady se nezapočítá do úhrady uvedené v bodech 3 až 6 a je určeno na kompenzaci zvýšených osobních nákladů u zdravotnických pracovníků poskytujících péči o pacienty s onemocněním COVID-19.

⁵⁾ Sdělení Českého statistického úřadu č. 385/2020 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů CZ-DRG.

2.5 U případů hospitalizace s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v období od 1. ledna 2021 do 31. května 2021, zařazených podle pravidel pro Klasifikaci, se úhrada poskytovateli navyšuje o 1 000 Kč za každý OD, s výjimkou OD č. 00051 až 00078 podle seznamu výkonů, poskytnutý do 20 dnů od prvního poskytnutí výkonu č. 82301 podle seznamu výkonů nebo výkonu screeningového testování COVID-19 pomocí metody PCR s pozitivním výsledkem nebo výkonu o průkazu antigenu SARS-CoV-2 s pozitivním výsledkem v případě, že nebyl poskytnut výkon č. 82301 ani 82302 podle seznamu výkonů, kterýmkoliv poskytovatelem během posledních 180 kalendářních dnů. Toto navýšení úhrady se nezapočítá do úhrady uvedené v bodech 3 až 6.

3. Paušální úhrada

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

3.2 Případy hospitalizací se při výpočtu proměnných v referenčním období 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 484 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 2020.

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 účtuje zdravotní pojišťovně. U případů hospitalizace s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí se do extramurální péče nezahrnou vykázané výkony č. 82301 a 82304 podle seznamu výkonů. U případů hospitalizace s diagnózou U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí se do extramurální péče nezahrne první vykázání výkonu č. 82302 podle seznamu výkonů.

3.6 Výše paušální úhrady se stanoví jako $\dot{U}HR_{PU,CZ-DRG,2021}$ podle výrazu:

$$\dot{U}HR_{PU,CZ-DRG,2021} = \min \left\{ 1; \sqrt{\frac{CM_{2021,CZ-DRG,A}}{0,95 * CM_{2019,CZ-DRG,A}}} * IPU * I_{ZP} - EM_{2021,A} \right\}$$

kde:

$CM_{2021,CZ-DRG,A}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

$CM_{2019,CZ-DRG,A}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

$EM_{2021,A}$ 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.

a kde IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

$$(i) IPU = PU_{drg,2019} * 1,18$$

kde:

$PU_{drg,2019}$ je referenční výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané služby hrazené paušální úhradou.

V případě, že poskytovatel v hodnoceném období zajišťuje péči na urgentním příjmu, $PU_{drg,2019}$ se vypočte následovně:

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

V ostatních případech se $PU_{drg,2019}$ vypočte následovně:

$$PU_{drg,2019} = \left(CELK PU_{drg,2019} + \sum_{j=1}^n \dot{U}HR_{ISU}^{2019} + EM_{2019,A-D,H} \right) * \left(\frac{CM_{2019,CZ-DRG,A}}{CM_{2019,CZ-DRG,A-D,H}} \right)$$

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, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech A až D a části H k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 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 včetně příslušného navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče.

$ZS_{min,2019,PU}$ je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 49 711 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 službách⁶⁾. Pokud poskytovatel nesplňuje 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 44 977 Kč. Pro ostatní poskytovatele se minimální základní sazba stanoví ve výši 37 875 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, 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, 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.

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

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

$$I_{ZP} = \max \left[1; ARCTG \left(3 * \frac{CM_{2021,CZ-DRG,A}}{CM_{2019,CZ-DRG,A}} - 1,443 \right) \right]$$

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 rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí Klasifikace.

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

- 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 2020.
- 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. U případů hospitalizace s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí se do extramurální péče nezahrnou vykázané výkony č. 82301 a 82304 podle seznamu výkonů. U případů hospitalizace s diagnózou U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí se do extramurální péče nezahrne první vykázaní výkonu č. 82302 podle seznamu výkonů.
- 4.5 Pro hrazené služby vyčleněné z paušální úhrady zařazené podle Klasifikace do skupin vztahených 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:

$$\begin{aligned} \dot{U}HR_{vy\check{c}l,CZ-DRG,2021} = & IZS_{2021,CZ-DRG,CE} * CM_{2021,CZ-DRG,CE} + \\ & IZS_{2021,CZ-DRG,DF} * CM_{2021,CZ-DRG,DF} - EM_{2021,C-F} + \\ & IZS_{2021,CZ-DRG,CD} * CM_{2021,CZ-DRG,CD,komp}^{M1-4} \end{aligned}$$

kde:

$CM_{2021,CZ-DRG,CE}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce.

$CM_{2021,CZ-DRG,DF}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech D a F k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, částech D a F k této vyhlášce.

$EM_{2021,C-F}$ 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 vztahených 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.

$IZS_{2021,CZ-DRG,CE}$ je individuální základní sazba vysoce homogenních hospitalizací vypočtená následovně:

1) V případě, že:

$$IZS_{vstupni,2021} \geq (1 + RK_{CE,horni}) * ZS_{CZ-DRG}$$

pak:

$$IZS_{2021,CZ-DRG,CE} = TS_{CE,horni} * (1 + RK_{CE,horni}) * ZS_{CZ-DRG} + (1 - TS_{CE,horni}) * IZS_{vstupni,2021}$$

2) V případě, že:

$$IZS_{vstupni,2021} \leq (1 - RK_{CE,dolni}) * ZS_{CZ-DRG}$$

pak:

$$IZS_{2021,CZ-DRG,CE} = TS_{CE,dolni} * (1 - RK_{CE,dolni}) * ZS_{CZ-DRG} + (1 - TS_{CE,dolni}) * IZS_{vstupni,2021}$$

3) V ostatních případech:

$$IZS_{2021,CZ-DRG,CE} = IZS_{vstupni,2021}$$

$IZS_{2021,CZ-DRG,DF}$ je individuální základní sazba středně homogenních hospitalizací vypočtená následovně:

1) V případě, že:

$$IZS_{vstupni,2021} \geq (1 + RK_{DF,horni}) * ZS_{CZ-DRG}$$

pak:

$$IZS_{2021,CZ-DRG,DF} = TS_{DF,horni} * (1 + RK_{DF,horni}) * ZS_{CZ-DRG} + (1 - TS_{DF,horni}) * IZS_{vstupni,2021}$$

2) V případě, že:

$$IZS_{vstupni,2021} \leq (1 - RK_{DF,dolni}) * ZS_{CZ-DRG}$$

pak:

$$IZS_{2021,CZ-DRG,DF} = TS_{DF,dolni} * (1 - RK_{DF,dolni}) * ZS_{CZ-DRG} + (1 - TS_{DF,dolni}) * IZS_{vstupni,2021}$$

3) V ostatních případech:

$$IZS_{2021,CZ-DRG,DF} = IZS_{vstupni,2021}$$

$IZS_{2021,CZ-DRG,CD}$ je individuální základní sazba pro kompenzace vypočtená následovně:

$$IZS_{2021,CZ-DRG,CD} = \frac{IZS_{2021,CZ-DRG,CE} * CM_{2019,CZ-DRG,C} + IZS_{2021,CZ-DRG,DF} * CM_{2019,CZ-DRG,D}}{CM_{2019,CZ-DRG,C} + CM_{2019,CZ-DRG,D}}$$

$CM_{2021,CZ-DRG,CD,komp}^{M1-4}$ je hodnota propadu objemu plánované péče vypočtená následovně:

$$CM_{2021,CZ-DRG,CD,komp}^{M1-4} = 0,85 * \frac{CM_{2019,CZ-DRG,CD}^{M1-4}}{CM_{2019,CZ-DRG,CD}^{M1-4}} * \min[\max(0; 0,975 * CM_{2019,CZ-DRG,B-H}^{M1-4} - CM_{2021,CZ-DRG,B-H}^{M1-4}); \max(0; 0,975 * CM_{2019,CZ-DRG,CD}^{M1-4} - CM_{2021,CZ-DRG,CD}^{M1-4})]$$

$IZS_{vstupni,2021}$ je vstupní individuální základní sazba vypočtená následovně:

$$IZS_{vstupni,2021} = \frac{\left\{ \dot{U}HR_{vyčl,2019} + EM_{vyčl,2019} + \left(\frac{CM_{2019,CZ-DRG,CD}}{CM_{2019,CZ-DRG,A}} \right) * PU_{drg,2019} \right\} * 1,18}{CM_{2019,CZ-DRG,C-F}}$$

kde:

$CM_{2019,CZ-DRG,C}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 4.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných,

ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části C k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, části C k této vyhlášce.

$CM_{2019,CZ-DRG,D}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 4.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části D k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, části D k této vyhlášce.

$CM_{2019,CZ-DRG,CD}^{M1-4}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 4.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v prvních čtyřech měsících referenčního období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech C a D k této vyhlášce, vynásobených dílčími relativními váhami pro nepřímé náklady 2021 uvedenými v příloze č. 10, částech C a D k této vyhlášce.

$CM_{2019,CZ-DRG,CD}^{M1-4}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 4.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v prvních čtyřech měsících referenčního období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech C a D k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, částech C a D k této vyhlášce.

$CM_{2019,CZ-DRG,B-H}^{M1-4}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 4.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v prvních čtyřech měsících referenčního období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech B až H k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, částech B až H k této vyhlášce.

$CM_{2021,CZ-DRG,B-H}^{M1-4}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v prvních čtyřech měsících hodnoceného období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech B až H k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, částech B až H k této vyhlášce.

$CM_{2021,CZ-DRG,CD}^{M1-4}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v prvních čtyřech měsících hodnoceného období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech C a D k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, částech C a D k této vyhlášce.

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

k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 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, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech C a D k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, částech C a D 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 třisměnném nebo nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče, poskytnuté během hospitalizací podle bodu 4.2 ukončených v referenčním období, které byly v referenčním období 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 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, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

a kde ostatní parametry obsažené v proměnných $IZS_{2021,CZ-DRG,CE}$ a $IZS_{2021,CZ-DRG,DF}$ jsou parametry implementace CZ-DRG s hodnotami podle následující tabulky:

Parametr	Název parametru	Hodnota
ZS_{CZ-DRG}	Základní sazba pro CZ-DRG	57 297
$RK_{CE,horní}$	Horní risk-koridor pro vysoce homogenní péči	0,1
$RK_{CE,dolní}$	Dolní risk-koridor pro vysoce homogenní péči	0
$TS_{CE,horní}$	Horní tempo sblížování sazeb pro vysoce homogenní péči	0,33
$TS_{CE,dolní}$	Dolní tempo sblížování sazeb pro vysoce homogenní péči	0,5
$RK_{DF,horní}$	Horní risk-koridor pro středně homogenní péči	0,2
$RK_{DF,dolní}$	Dolní risk-koridor pro středně homogenní péči	0,1
$TS_{DF,horní}$	Horní tempo sblížování sazeb pro středně homogenní péči	0,33
$TS_{DF,dolní}$	Dolní tempo sblížování sazeb pro středně homogenní péči	0,5

4.6 Pro OD 00031 a 00032 se stanoví paušální sazba za ošetrovací den ve výši 484 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 a H k této vyhlášce.

5.2 Pro OD 00031 a 00032 se stanoví paušální sazba za ošetrovací den ve výši 484 Kč.

- 5.3 Případy hospitalizací se při výpočtu proměnných v referenčním období 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 2020.
- 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. U případů hospitalizace s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí se do extramurální péče nezahrnou vykázané výkony č. 82301 a 82304 podle seznamu výkonů. U případů hospitalizace s diagnózou U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí se do extramurální péče nezahrne první vykázaní výkonu č. 82302 podle seznamu výkonů.
- 5.6 Výše úhrady formou případového paušálu se stanoví jako $\dot{U}HR_{PP,CZ-DRG,2021}$ podle výrazu:

$$\dot{U}HR_{PP,CZ-DRG,2021} = CM_{2021,CZ-DRG,BG} * ZS_{CZ-DRG} + CM_{red,2021,CZ-DRG,H} * ZS_{CZ-DRG} * KP_{Trans} * KP_{Krit} - EM_{2021,BGH}$$

kde:

$CM_{2021,CZ-DRG,BG}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech B a G k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, částech B a G k této vyhlášce.

$EM_{2021,BGH}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech B, G a H 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.

$CM_{red,2021,CZ-DRG,H}$ 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 nebo hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce menší nebo roven 30, stanoví se redukovaný casemix následovně:

$$CM_{red,2021,CZ-DRG,H} = CM_{2021,CZ-DRG,H}$$

V ostatních případech se redukováný casemix stanoví následovně:

$$CM_{red,2021,CZ-DRG,H} = \max \left\{ \min \left\{ CM_{2021,CZ-DRG,H}; (CM_{2021,CZ-DRG,H})^{0,3} * \left(X * PP_{drg,H,2021} * \frac{CM_{2019,CZ-DRG,H}}{PP_{drg,H,2019}} \right)^{0,7} \right\}; CM_{2021,CZ-DRG,H}^{kompensovaný} \right\}$$

kde:

X nabývá hodnoty 1,05 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.

$CM_{2021,CZ-DRG,H}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

$CM_{2019,CZ-DRG,H}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 5.3 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

$PP_{drg,H,2021}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

$PP_{drg,H,2019}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 5.3 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou nebo neposkytoval akutní lůžkovou péči zařazenou podle Klasifikace do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu $CM_{red,2021,CZ-DRG,H}$ následující referenční hodnotu:

$$\frac{CM_{2019,CZ-DRG,H}}{PP_{drg,H,2019}} = 1,15$$

a kde:

$CM_{2021,CZ-DRG,H}^{kompensovaný}$ je redukováný casemix s kompenzací regulace zohledňující epidemii onemocnění COVID-19, který se vypočítá následovně:

$$CM_{2021,CZ-DRG,H}^{kompensovaný} = CM_{2021,CZ-DRG,H} * \min \left\{ 1; 1,15 * \frac{LOS_{2019,CZ-DRG,H}^{median}}{LOS_{2021,CZ-DRG,H}^{median}} \right\}$$

kde:

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

$LOS_{2021,CZ-DRG,H}^{median}$ 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 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, hodnota $CM_{2021,CZ-DRG,H}^{kompensovaný}$ se stanoví ve výši $CM_{2021,CZ-DRG,H}$.

5.7 Vyhodnocení plnění následujících kritérií provede zdravotní pojišťovna do 20. května 2022:

- Počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bází 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 bází v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.
- Počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bází 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 bází v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.
- Poskytovatel zajišťuje nepřetržitou péči v režimu 24 hodin denně 7 dní v týdnu při příjmu pacientů k hospitalizacím zařazovaným podle Klasifikace do bází 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 nebo hodnoceném období hrazené služby v rámci 50 a méně případů hospitalizací pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby následovně:

$$\begin{aligned} Úhr_{pod50,EU,CZ-DRG,2021} = & CM_{pod50,EU,CZ-DRG,A-G,2021} * ZS_{CZ-DRG} - EM_{pod50,EU,2021} \\ & + CM_{pod50,CZ-DRG,H,2021} * ZS_{CZ-DRG} * KP_{Trans} * KP_{Krit} \\ & + CM_{EU,CZ-DRG,H,2021} * ZS_{CZ-DRG} \end{aligned}$$

kde:

$CM_{pod50,EU,CZ-DRG,A-G,2021}$ 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 k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, částech A až G k této vyhlášce.

$CM_{pod50,CZ-DRG,H,2021}$ 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 2021 uvedenými v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

$CM_{EU,CZ-DRG,H,2021}$ 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 2021 uvedenými v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

$EM_{pod50,EU,2021}$ 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.

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, 911, 914, 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, 8 a 14 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 poskytovatelů v odbornostech 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů, 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. a), b) a c) se nepoužije; dále se nepoužijí výpočet celkové úhrady podle části A bodu 3 přílohy č. 3 k této vyhlášce, navýšení úhrady podle části A bodu 9 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 výkonů odbornosti 806 podle seznamu výkonů a výkonů screeningu děložního hrdla podle seznamu výkonů a výkonů č. 09115, 82301, 82302 a 82304 podle seznamu výkonů vykázaných u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí, se hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodů 2 a 3 přílohy č. 5 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu uvedené v bodě 2 písm. b) a c), a v bodech 5, 6 a 7 a výpočet celkové úhrady podle bodu 2 písm. h) a bodů 4, 8 a 9 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, navýšení úhrady podle části A bodu 12 přílohy č. 4 k této vyhlášce a regulační omezení uvedená v části C přílohy č. 4 k této vyhlášce se nepoužijí. Pro hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám, registrovaným u poskytovatele alespoň 12 měsíců před začátkem třetího trimestru těhotenství, uvedené v části A bodě 4 písm. a) až c) přílohy č. 4 k této vyhlášce se stanoví úhrada podle části A bodu 4 písm. a) až c) přílohy č. 4 k této vyhlášce. Pro hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám, registrovaným u poskytovatele méně než 12 měsíců před začátkem třetího trimestru těhotenství, se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 přílohy č. 4 k této vyhlášce. Pro hrazené služby odbornosti 613 uvedené v části B přílohy č. 4 k této vyhlášce se stanoví úhrada podle části B přílohy č. 4 k této vyhlášce.
- 7.5 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 911, 914, 921 a 925 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle 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, navýšení úhrady podle části A bodu 9 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 navýšení úhrady podle části B bodu 7 přílohy č. 6 k této vyhlášce a 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 0,95 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 006, 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,04 Kč. Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornostech 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,01 Kč.
- 7.12 Hrazené služby poskytované v odbornosti 806 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,11 Kč a výkony č. 95198, 95199, 95201, 95202 a 95203 podle seznamu výkonů se hradí s hodnotou bodu ve výši 1,10 Kč. Výkony novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 podle seznamu výkonů a výkony screeningu karcinomu kolorekta se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,13 Kč. Výkony č. 82301, 82302 a 82304 podle seznamu výkonů vykázané u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle bodu 2 písm. i) přílohy č. 5 k této vyhlášce. Výkon č. 09115 podle seznamu výkonů vykázaný u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,10 Kč.
- 7.13 Výkony č. 88101 a 09563 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč.
- 7.14 Úhrada poskytovateli za péči na urgentním příjmu se stanoví následovně:

$$\dot{U}hr_{Urg,2021} = \min[\dot{U}hr_{Urg,2020} * 1,25; \max(\dot{U}hr_{Urg,2020}; PB_{Urgent} * HB_{Urgent})]$$

kde:

PB_{Urgent} je počet bodů za výkony č. 06720, 06726, 06727, 06728 a 06729 podle seznamu výkonů.

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

$\dot{U}hr_{Urg,2020}$ je navýšení úhrady za urgentní příjem, které zdravotní pojišťovna poskytovateli uhradila v roce 2020. V případě, že poskytovatel v roce 2020 neposkytoval péči na urgentním příjmu, stanoví se $\dot{U}hr_{Urg,2020}$ ve výši úhrady hrazené srovnatelným poskytovatelům.

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

$$\begin{aligned} \dot{U}hr_{amb,2021} = & \max\{\dot{U}hr_{amb,2021,kompl} + \dot{U}hr_{amb,2021,ost}; \\ & \min\left[\frac{1,04 * \text{Hodnota_p\acute{e}\vce}_{2019,kompl} + 1,05 * \text{Hodnota_p\acute{e}\vce}_{2019,ost}}{\text{Hodnota_p\acute{e}\vce}_{2019}}; \frac{\text{Hodnota_p\acute{e}\vce}_{2021} * 1,04}{\text{Hodnota_p\acute{e}\vce}_{2019}}\right] * \\ & \dot{U}hr_{amb,2019} * \frac{BON_{16/7,kompl} * \text{Hodnota_p\acute{e}\vce}_{2019,kompl} + BON_{16/7,ost} * \text{Hodnota_p\acute{e}\vce}_{2019,ost}}{\text{Hodnota_p\acute{e}\vce}_{2019}}; \\ & \min\left[\dot{U}hr_{amb,2019} * \frac{1,04 * BON_{16/7,kompl} * \text{Hodnota_p\acute{e}\vce}_{2019,kompl} + 1,05 * BON_{16/7,ost} * \text{Hodnota_p\acute{e}\vce}_{2019,ost}}{\text{Hodnota_p\acute{e}\vce}_{2019}}; \text{Hodnota_p\acute{e}\vce}_{2021}\right] \end{aligned}$$

kde:

$Hodnota_péče_{2019}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1 až 7.10 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2019} = Hodnota_péče_{2019,kompl} + Hodnota_péče_{2019,ost}$$

a kde:

$Hodnota_péče_{2021}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1 až 7.10 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2021} = Hodnota_péče_{2021,kompl} + Hodnota_péče_{2021,ost}$$

a kde:

$Úhr_amb_{2019}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období 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.

$Úhr_amb_{2021,kompl}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodu 7.3, která se stanoví ve výši:

$$Úhr_amb_{2021,kompl} = \max \left\{ \min \left[Úhr_amb_{2019,kompl} * 1,04 * BON_{16/7,kompl}; Hodnota_péče_{2021,kompl} \right]; \min \left[1,04; \frac{Hodnota_péče_{2021,kompl} * 1,04}{Hodnota_péče_{2019,kompl}} \right] * Úhr_amb_{2019,kompl} * BON_{16/7,kompl} \right\}$$

kde:

$Úhr_amb_{2019,kompl}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období 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:

$$Úhr_amb_{2019,kompl} = Úhr_amb_{2019} * \frac{Hodnota_péče_{2019,kompl}}{Hodnota_péče_{2019}}$$

kde:

$Hodnota_péče_{2019,kompl}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.3 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2019,kompl} = \left(\sum_{i=1}^n \{ PB_{i,2019,kompl} * HB_{i,2021} \} + KP_{2019,kompl} \right) * BON_{16/7,kompl}$$

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, 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 2021.

$HB_{i,2021}$ 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 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 1,14 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:

$Hodnota_péče_{2021,kompl}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.3 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2021,kompl} = \left(\sum_{i=1}^n \{ PB_{i,2021,kompl} * HB_{i,2021} \} + KP_{2021,kompl} \right) * BON_{16/7,kompl}$$

kde:

$PB_{i,2021,kompl}$ 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.

$KP_{2021,kompl}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodu 7.3.

a kde:

$Úhr_amb_{2021,ost}$ 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:

$$Úhr_amb_{2021,ost} = \min \left\{ \begin{array}{l} \max \{ \min [Úhr_amb_{2019,ost} * 1,05 * BON_{16/7,ost}; Hodnota_péče_{2021,ost}]; \\ \min \left[1,05; \frac{Hodnota_péče_{2021,ost} * 1,04}{Hodnota_péče_{2019,ost}} \right] * I_{zp_amb} * Úhr_amb_{2019,ost} * BON_{16/7,ost} \end{array} \right\}$$

kde:

I_{zp_amb} je index změny produkce vypočtený takto:

$$I_{zp_amb} = \max \left[1; IZ_{GAUP} * ARCTG \left(2,5 * \frac{Hodnota_péče_{2021,ost} * 1,04}{Hodnota_péče_{2019,ost}} - 1,118 \right) \right]$$

a kde:

$Úhr_amb_{2019,ost}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10, včetně úhrady za

zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a s výjimkou léčivých přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce, která je vypočtená takto:

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

kde:

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

$$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2019,ost} = \left(\sum_{i=1}^n \{PB_{i,2019,ost} * HB_{i,2021}\} + KP_{2019,ost} \right) * BON_{16/7,ost}$$

kde:

$PB_{i,2019,ost}$ je počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté v referenčním období, 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 2021.

$KP_{2019,ost}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období 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 1,13 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:

$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2021,ost}$ 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:

$$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2021,ost} = \left(\sum_{i=1}^n \{PB_{i,2021,ost} * HB_{i,2021}\} + KP_{2021,ost} \right) * BON_{16/7,ost}$$

kde:

$PB_{i,2021,ost}$ 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.

$KP_{2021,ost}$ 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 $\frac{\text{Hodnota_péče}_{2021,ost} * 1,04}{\text{Hodnota_péče}_{2019,ost}} \neq 1$, potom:
- $$IZ_{GAUP} = \max \left[0; \min \left(1; \frac{\left(\frac{GAUP_{2021}}{GAUP_{2019}} - 1 \right)}{0,5 * \left(\frac{\text{Hodnota_péče}_{2021,ost} * 1,04}{\text{Hodnota_péče}_{2019,ost}} - 1 \right)} \right) \right]$$
- b) Pokud $\frac{\text{Hodnota_péče}_{2021,ost} * 1,04}{\text{Hodnota_péče}_{2019,ost}} = 1$, potom $IZ_{GAUP} = 1$.

kde:

$GAUP_{2021}$ 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.

$GAUP_{2019}$ je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v referenčním období 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 2020.

7.17 V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním 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 1,33 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 1,04 Kč.

8.3 Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09564 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 1 000 Kč.

8.4 Poskytovateli, který zajišťuje urgentní příjem a zároveň zajišťuje společně s urgentním příjmem i přidružený provoz lékařské pohotovostní služby, se zvýší úhrada o K x 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.

9. 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.

10. Záloha na kompenzaci se poskytovateli poskytne nejpozději do 31. srpna 2021, a to ve výši navýšení úhrady podle bodu 2.5 vztahujícího se k případům hospitalizací vykazaným poskytovatelem do 31. července 2021 a zdravotní pojišťovnou uznaným.

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 00021, 00026, 00031, 00032, 00098 a 00099, se stanoví ve výši:

$$PS_{OD,2021} = KN * PS_{OD,2020}$$

kde:

$PS_{OD,2020}$ je paušální sazba za jeden den hospitalizace v roce 2020, včetně navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání bez odborného dohledu střídavě ve tříměsíčním nebo nepřetržitým pracovním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče za ošetrovací den, a bez navýšení úhrady plynoucích z plnění kvalitativních kritérií v roce 2020.

KN je koeficient navýšení stanovený v písmenech c) a d).

- c) KN se stanoví pro každou kategorii pacienta podle seznamu výkonů zvlášť, a to následovně:
- Pro kategorii pacienta 1 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,08,
 - Pro kategorii pacienta 2 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,08,
 - Pro kategorii pacienta 3 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,09,
 - Pro kategorii pacienta 4 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,09,
 - Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,09.
- d) KN definovaný v písmenu c) se dále 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:
- Personální zabezpečení (vztaheno k úvazku na sledovaném pracovišti):
 - Sestra specialista na hojení ran – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00023, 00024 a 00030,
 - Nutriční terapeut – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00027, 00028 a 00030,
 - Ergoterapeut – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek, pro OD 00024 a 00005,
 - Logoped – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek pro OD 00024,
 - Psycholog ve zdravotnictví – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024 a 00030.
 - Technické vybavení:
 - Průměrný počet lůžek na pokoji – nejvýše 2,5 lůžka na pokoj u OD 00005, 00022, 00023 a 00024,
 - Vybavení oddělení elektricky polohovatelnými lůžky – alespoň 75 % elektricky polohovatelných lůžek doložených protokolem o bezpečnostně technické kontrole u OD 00005, 00022, 00023 a 00024.

- e) Paušální sazba za jeden den hospitalizace OD 00021 a 00026 bude stanovena podle vzorce uvedeného v písmenu b), přičemž pro kategorie pacienta 1, 2, 3 a 4 podle seznamu výkonů se pro tyto OD stanoví hodnota KN ve výši 1,12 do 120. dne hospitalizace a hodnota 1,08 od 121. dne hospitalizace. Počet dní bude počítán od prvního dne přijetí na lůžko poskytovatele, včetně propustek. V případě, že hospitalizace započala před 1. lednem 2021, bude délka hospitalizace počítána od 1. ledna 2021. Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů se hodnota KN stanoví ve výši 1,09.
- f) Stanovení výše paušální sazby OD 00021 a OD 00026 podle písmene e) je podmíněno plněním transformačního plánu restrukturalizace lůžek v rámci reformy psychiatrické péče, který byl schválen Ministerstvem zdravotnictví. V případě neprovedení restrukturalizace podle věty první se výše paušální sazby stanoví podle písmene b).
- g) 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 2020, navýšené o 4 %.
- h) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace u pojištěnce s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí, poskytnutý v období od 1. ledna 2021 do 31. května 2021 a zdravotní pojišťovnou uznaný, poskytnutý do 20 dnů od prvního poskytnutí výkonu č. 82301 podle seznamu výkonů nebo výkonu screeningového testování COVID-19 pomocí metody PCR s pozitivním výsledkem nebo výkonu o průkazu antigenu SARS-CoV-2 s pozitivním výsledkem v případě, že nebyl poskytnut výkon č. 82301 ani 82302 podle seznamu výkonů, kterýmkoliv poskytovatelem během posledních 180 kalendářních dnů, se navyšuje o 1 000 Kč.
- i) Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli měsíčně, a to vždy do dvacátého dne od skončení měsíce, na který je záloha kalkulována. Výše měsíční zálohy se stanoví následovně:

$$Záloha_{kompenzace,m} = \max \left\{ 0; \sum_{i=1}^n \left[PS_{OD,2021,i} * \sum_{j=1}^m (OD_{2019,ij} - OD_{2021,ij}) \right] - \sum_{k=1}^{m-1} Záloha_{kompenzace,k} \right\}$$

kde:

$Záloha_{kompenzace,m}$ je záloha na kompenzaci v měsíci m hodnoceného období.

i nabývá hodnot 1 až n , kde n je celkový počet kombinací kategorie pacienta a typu OD vykazovaných poskytovatelem v hodnoceném období.

$PS_{OD,2021,i}$ je výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období pro kombinaci kategorie pacienta a typu OD i , podle písmen b) až g).

j představuje měsíce v roce a nabývá hodnot 1 až m , kde m je měsíc, pro který je kalkulována záloha na kompenzaci.

$OD_{2019,ij}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných ošetrovacích dnů typu a kategorie i v měsíci j referenčního období.

$OD_{2021,ij}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných ošetrovacích dnů typu a kategorie i v měsíci j hodnoceného období.

k představuje měsíce v roce a nabývá hodnot 1 až $m-1$, kde m je měsíc, pro který je kalkulována záloha na kompenzaci.

$Záloha_{kompenzace,k}$ je záloha na kompenzaci v měsíci k hodnoceného období.

- j) Záloha na kompenzaci podle písmene i) za měsíc červenec 2021 se navýší o úhradu podle písmene h) vztahující se ke dnům hospitalizace poskytovatelem vykázaným do 31. července 2021 a zdravotní pojišťovnou uznaným.
- k) V případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům se nepoužije koeficient navýšení KN podle písmen d), e) a f) a úhrada za OD 00021, 00026 se stanoví podle písmena 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 1,22 Kč pro OD 00015, 1,20 Kč pro OD 00017 a 1,19 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 Kč.
- f) Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný OD 00017 podle seznamu výkonů, poskytnutý pacientům s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí do 20 dnů od prvního poskytnutí výkonu č. 82301 podle seznamu výkonů nebo výkonu screeningového testování COVID-19 pomocí metody PCR s pozitivním výsledkem nebo výkonu o průkazu antigenu SARS-CoV-2 s pozitivním výsledkem v případě, že nebyl poskytnut výkon č. 82301 ani 82302 podle seznamu výkonů, kterýmkoliv poskytovatelem během posledních 180 kalendářních dnů, se poskytovateli navyšuje úhrada o 39 967 Kč.
- g) Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný OD 00015, 00020, 00033 a 00035 podle seznamu výkonů, poskytnutý v období od 1. ledna 2021 do 31. května 2021 pacientům s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí do 20 dnů od prvního poskytnutí výkonu č. 82301 podle seznamu výkonů nebo výkonu screeningového testování COVID-19 pomocí metody PCR s pozitivním výsledkem nebo výkonu o průkazu antigenu SARS-CoV-2 s pozitivním výsledkem v případě, že nebyl poskytnut výkon č. 82301 ani 82302 podle seznamu výkonů, kterýmkoliv

poskytovatelem během posledních 180 kalendářních dnů, se poskytovateli navyšuje úhrada o 1 000 Kč.

- h) Zálaha na kompenzaci podle písmene f) se poskytuje poskytovateli měsíčně, a to ve výši navýšení úhrady vztahujícího se k vykázaným hrazeným službám. Zálaha na kompenzaci podle písmene g) se poskytne poskytovateli do 31. srpna 2021, a to za OD vykázané do 31. července 2021 a zdravotní pojišťovnou uznané.

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 1,16 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:

$$\max \{ PMUP_{ref} * \left(\sum_{j=1...m} PUM_{ho,j} \right) * 1,14 * KN; PB_{ho} * HB_{min} + KP_{ho} \} + KU_{07.1}$$

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 0,86 Kč.

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

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

$KU_{07.1}$ je kompenzace za zvýšené náklady při péči o pojištěnce, kterému byla v daném měsíci potvrzena diagnóza U07.1, jejíž výše činí 10 Kč za každý výkon č. 06613 podle seznamu výkonů vykázaný na daného pojištěnce.

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

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

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

kde:

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

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

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

- e) U poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval, nebo poskytovatel hrazené služby poskytoval pouze v části referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
- f) Pokud poskytovatel poskytl v hodnoceném nebo referenčním období hrazené služby 30 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, výpočet celkové výše úhrady podle písmene d) se nepoužije.

4. Úhrada ošetrovatelské péče poskytované poskytovatelem sociálních služeb, který má se zdravotní pojišťovnou uzavřenou zvláštní smlouvu podle zákona

- a) Poskytovateli se navyšuje úhrada o 10 Kč za každý výkon č. 06613 podle seznamu výkonů vykázaný na pojištěnce, kterému byla v daném měsíci potvrzena diagnóza U07.1. Tato úhrada se poskytovateli započítá do výpočtu celkové výše úhrady s výjimkou poskytovatelů, kteří v hodnoceném nebo referenčním období poskytlí hrazené služby 30 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny.
- b) Navýšení úhrady podle písmene a) se nepoužije, pokud bylo navýšení úhrady za každý výkon č. 06613 podle seznamu výkonů vykázaný na pojištěnce, kterému byla v daném měsíci potvrzena diagnóza U07.1, sjednáno ve zvláštní smlouvě nebo dodatku ke zvláštní smlouvě podle zákona mezi poskytovatelem a příslušnou zdravotní pojišťovnou na rok 2021..

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 2021 hodnotu vyžádané extramurální péče v referenčním období oceněnou hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v referenčním období, a zároveň
- b) pokud zdravotní pojišťovna oznámila poskytovateli nejpozději týden před započítáním revize, jestli se bude jednat o revizi náhodného vzorku případů 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 bazi, v níž poskytovatel vykázal 10 či méně případů, nebo
- b) maximálně na X případů v DRG bazi, 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 bazi.

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

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

- a) při revizi jednotlivého případu sníží CM o:

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

nebo

- b) při revizi, při které bylo prokázáno statisticky méně významné množství nesprávně zařazených případů v jedné DRG bazi, 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 bazi, 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 baze.

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

DRG skupina je skupina ze skupin vztažených k diagnóze podle.

Statisticky významný počet případů příslušné DRG baze

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

Statisticky méně významný počet případů příslušné DRG baze

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

$CM_{\text{původní}}$ je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený relativními váhami těchto skupin, které jsou uvedeny

v příloze č. 10, vykázaných poskytovatelem před provedením kontroly zdravotní pojišťovnou.

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

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

2.1 Regulační omezení uvedená v bodech 2.2 a 2.3 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2021 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:

- a) celkovou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období,
- b) celkovou úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, 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 120 % průměrné úhrady v referenčním období za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c), zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do regulačního omezení se nezahrnují léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky schválené revizním lékařem.

2.3 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za péči ve vyjmenovaných odbornostech vyžádanou odbornostmi uvedenými v bodě 2.1 písm. c), indikovanou při poskytování ambulantních služeb, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem a vyžádané péče za výkony č. 82301, 82302 a 82304 podle seznamu výkonů vyžádané v ambulantní péči u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) vyšší než 120 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za

každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu 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 ocení součinem bodové hodnoty podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2021 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) 56 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) 50 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) 48 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) 50 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 platba:
 - a) podle bodu 1 se navýší o 0,60 Kč v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2021 doložil, 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 2021,
 - b) podle bodu 1 písm. a) až c) se navýší o 0,50 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,
 - c) podle bodu 1 se navýší o 1 Kč poskytovateli, který předložil před rokem 2021 nebo předloží v průběhu roku 2021 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 nebo praktické lékařství pro děti a dorost. Navýšení kapitační platby

se provede od prvního dne měsíce následujícího po předložení rozhodnutí do konce platnosti akreditace, nejdéle však do konce roku 2021.

3. Poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost, který do 28. února 2022 předloží zdravotní pojišťovně za hodnocené období potvrzení poskytovatele, který zajišťuje lékařskou pohotovostní službu, že se prostřednictvím praktických lékařů nebo praktických lékařů pro děti a dorost, kteří u něj působí jako nositelé výkonů odbornosti 001 nebo 002 podle seznamu výkonů, účastnil alespoň 10 služeb v rámci lékařské pohotovostní služby podle zákona o zdravotních službách, se zvýší roční úhrada o K x 40 000 Kč,

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	0,7	0,1	0,1	0,0	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	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0
Liberecký	0,7	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Moravskoslezský	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1	0,3
Olomoucký	0,4	0,1	0,4	0,0	0,0	0,1	0,0
Pardubický	0,7	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Plzeňský	0,6	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
Středočeský	0,5	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Ústecký	0,7	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Zlínský	0,6	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1

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

č. výkonu	Název
01023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U Dospělého ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM ²
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM

09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
44239	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ BÉRCOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BÉREC)
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

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

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

6. Pro výkony nezahrnuté do kapitační platby se hodnota bodu stanoví takto:
- a) pro výkony č. 01021, 01022, 01201, 01204, 01186, 01188, 02021, 02022, 02031, 02032, 02037, 02039, 02100, 02105, 02125, 02130, 15118 a 15119 podle seznamu výkonů poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,16 Kč,
- b) 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 1,16 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 2021 doložil, 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 2021.
8. Hodnota bodu uvedená v bodě 6 se navýší o 0,05 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 1,26 Kč.
10. Pro výkony přepravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1 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 65 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.
14. Poskytovateli, který splňuje podmínky pro navýšení základní kapitační platby uvedené v bodě 2. písm. c), se navyšuje úhrada za každého zdravotnického pracovníka evidovaného u poskytovatele zdravotní pojišťovnou k 30. červnu 2021 s nulovou týdenní kapacitou úvazku, který se u poskytovatele alespoň v části období od 1. ledna 2021 do 30. června 2021 účastnil vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost, o $K \times 100 \text{ 350 Kč}$, kde K je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji uvedený v bodu 3.
15. Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli ve výši navýšení úhrady podle bodu 14. Zdravotní pojišťovna zálohu na kompenzaci vyplatí nejpozději do 31. července 2021.

B) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

1. Výše kapitační platby s dorovnáním kapitace se stanoví podle části A bodu 1 a 2. Dorovnání kapitace se poskytuje, pokud 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, méně než 70 % celostátního průměrného počtu přepočtených registrovaných pojištěnců všech zdravotních pojišťoven, a poskytování hrazených služeb tímto poskytovatelem je nezbytné ke splnění povinností zdravotních pojišťoven podle § 46 odst. 1 zákona; celostátní průměrný počet přepočtených registrovaných pojištěnců se stanoví podle údajů centrálního registru pojištěnců.
2. Výše dorovnání kapitace pro poskytovatele podle bodu 1 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:

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

3. Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se body 6 až 11, 13, 14 a 15 části A použijí obdobně.

C) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

Pro hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,99 Kč; pro výkony přepravy v návštěvní službě podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 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 30 % 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 přihledne 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 30 % 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 a 01443 podle seznamu výkonů, popřípadě i jiné výkony rychlé diagnostiky 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 30 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů a za výkony č. 02230 a 01443 podle seznamu výkonů, popřípadě i jiné výkony rychlé diagnostiky 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 roce 2021 vykázan výkon č. 01186 nebo 01188 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se dále 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 uzavřenou smlouvu, a dále se do vyžádané péče nezahrnují výkony č. 82301, 82302 a 82304 podle seznamu výkonů vyžádané u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí.

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 30 % 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 roce 2021 nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2021 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 roce 2021 nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2021 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 roce 2021 nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2021 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 roce 2021 nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2021 podle zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
7. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud poskytovatel v roce 2021 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 kapitační platbu a výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2021.

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, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,04 Kč.
 - b) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 901 a 931 podle seznamu výkonů a pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 305, 306, 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 1,08 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 1,01 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 0,73 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 1,06 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 0,74 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 1,13 Kč a 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 1,01 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 2021 doložil, 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. 0,04 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, respektive u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v období od 1. ledna 2018 do 31. prosince 2020 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon, a pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav.
- i) Vypočtená částka odpovídající navýšení hodnoty bodu podle písm. h) bod iii) 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 1,05 Kč, s výjimkou výkonu č. 89312 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1,06 Kč.

Hodnota bodu se dále při splnění následujících podmínek navýší o:

- a) 0,04 Kč, pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2021 doložil, 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.
- b) 0,04 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 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.

- c) 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 2018 do 31. prosince 2020 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon, 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:

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

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.

POPrefZ je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v referenčním období; základním unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v referenčním 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.

PUR₀₀ 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. Hodnota PUR₀₀ se stanoví následovně:

$$PUR_{00} = \frac{(PB_{PREPRO0} \times HB_{RO0}) + ZUM_{RO0} + ZULP_{RO0}}{POP_{RO0}}$$

PB_{PREPRO0} je celkový počet bodů za vykazané a zdravotní pojišťovnou uznané výkony v dané odbornosti poskytnuté v referenčním období přepočteny podle seznamu výkonů ve znění účinném v hodnoceném období.

HB_{RO0} je hodnota bodu poskytovatele v dané odbornosti v referenčním období stanovená následovně:

$$HB_{RO0} = \frac{UHR_{RO0} - ZUM_{RO0} - ZULP_{RO0}}{PB_{RO0}}$$

Pokud $HB_{RO0} < 1$, vstupuje do výpočtu PUR₀₀ hodnota $HB_{RO0} = 1$.

UHR_{RO0} je celková výše úhrady poskytovatele v dané odbornosti v referenčním období.

PB_{RO0} je celkový počet bodů za vykazané a zdravotní pojišťovnou uznané výkony v dané odbornosti poskytnuté v referenčním období podle seznamu výkonů ve znění účinném v referenčním období.

ZUM_{RO0} je úhrada za zvlášť účtovaný materiál v dané odbornosti za referenční období.

ZULP_{RO0} je úhrada za zvlášť účtované léčivé přípravky v dané odbornosti za referenční období.

POP_{RO0} je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

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

UHRMr je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za mimořádně

nákladné unikátní pojištění zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištění se zahrne úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za každého pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, pokud 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 2021 doložil, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené 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) 0,04 – 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 2018 do 31. prosince 2020 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon, 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 ve výši 1,23 Kč a výpočet celkové výše úhrady podle bodu 3 se 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 35 Kč. Tato úhrada se nezapočítává do výpočtu celkové výše úhrady dle bodu 3.
9. Poskytovateli specializované ambulantní péče, který předloží v průběhu roku 2021 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 nebo podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru specializačního vzdělávání, se navyšuje úhrada za každého zdravotnického pracovníka evidovaného u poskytovatele zdravotní pojišťovnou k 30. červnu 2021 s nulovou týdenní kapacitou úvazku, který se u poskytovatele alespoň v části období od 1. ledna 2021 do 30. června 2021 účastnil specializačního vzdělávání ve vzdělávacím programu příslušného specializačního oboru, o $K \times 100 \times 350$ Kč, kde K je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji uvedený v bodu 3 přílohy č. 2 k této vyhlášce.
10. Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli ve výši navýšení úhrady podle bodu 9. Zdravotní pojišťovna zálohu na kompenzaci vyplatí nejpozději do 31. července 2021.
11. 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 2021 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 130 % 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 130 % 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 130 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče podle věty první se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla

- a screeningu kolorektálního karcinomu podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu, a dále se do vyžádané péče nezahrnují výkony č. 82301, 82302 a 82304 podle seznamu výkonů vyžádané u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí. 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 2021 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 nepřevýší 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 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2021 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 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2021 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 ordináčních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 2 až 4. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordináčních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.

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 1,07 Kč.
2. Hodnota bodu uvedená v bodě 1 se dále navýší o:
 - a) 0,01 Kč, pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2021 doložil, 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,
 - 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 2021 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 podle seznamu výkonů alespoň u 50 % pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny, které jsou u něj registrovány k 31. prosinci 2021, bude mu úhrada za výkon č. 63021 podle seznamu výkonů vynásobena koeficientem navýšení 1,45 a úhrada za výkon č. 63050 podle seznamu výkonů vynásobena koeficientem navýšení 1,20.
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 h):
 - a) Úhrada za hrazené služby v prvním trimestru těhotenství ve výši 1 576 Kč.
 - b) Úhrada za hrazené služby v druhém trimestru těhotenství ve výši 2 626 Kč.
 - c) Úhrada za hrazené služby v třetím trimestru těhotenství ve výši 3 677 Kč.
 - d) 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.
 - e) 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.

- f) 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, 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).
- g) Výkony č. 32410, 32420 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 0,50 Kč.
- h) V případě, že neregistrující poskytovatel v odbornosti 603 podle seznamu výkonů vykáže v průběhu těhotenství některý z výkonů uvedených v písmenu d) a f), jsou tyto výkony hrazeny s hodnotou bodu ve výši 0,50 Kč a zároveň se tato péče odečte z celkové úhrady registrujícímu poskytovateli s hodnotou bodu ve výši 0,50 Kč. To neplatí u výkonů č. 63411 a 63413 podle seznamu výkonů, které jsou neregistrujícímu poskytovateli hrazeny s hodnotou bodu ve výši 1,07 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 1,07 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:

$$\text{NPURO}_{2019} \times \text{UOP}_{2021} \times (1,13 + F_{(t)} + \text{IGV} + \text{IUV}) - \text{EM}_{2021},$$

kde:

NPURO₂₀₁₉ je průměrná úhrada za zdravotní výkony, s výjimkou úhrady za výkon č. 09543 podle seznamu výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť 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.

UOP₂₀₂₁ 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 0,00 v případě, že podíl těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykázány výkony v rámci odbornosti 208 nebo 816 podle seznamu výkonů, k počtu těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném období 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 RUOP₂₀₂₁ příslušné zdravotní pojišťovny, IGV se při výpočtu úhrady nepoužije.

IUV je index ultrazvukových vyšetření, jehož hodnota je 0,00 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 40 %, nebo -0,01 v případě, že je tento podíl větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %, nebo -0,03 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 RUOP₂₀₂₁ příslušné zdravotní pojišťovny, IUV se při výpočtu úhrady nepoužije.

EM₂₀₂₁ je celková hodnota extramurální péče o těhotné pojištěnky vypočtené podle bodu 4 písm. h). Extramurální péče bude odečtena ve výši maximálně 25 % celkové úhrady podle bodu 4 písm. a) až c).

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

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

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

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

kde:

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

$$K_{(t)} = \frac{PTEH_{2021}}{RUOP_{2021}},$$

kde:

PTEH₂₀₂₁ je počet registrovaných unikátních těhotných pojištěnek, na které byl vykázán alespoň jeden z výkonů č. 63053 nebo 63055 podle seznamu výkonů nebo hrazené služby podle bodu 4 písm. a), b) nebo c).

RUOP₂₀₂₁ je počet unikátních vyšetřených pojištěnek registrovaných u poskytovatele alespoň jeden den v roce 2021.

6. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,11 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 vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky vykázané k těmto výkonům. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu 1 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 56 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. Poskytovateli, který splňuje podmínky pro navýšení hodnoty bodu uvedené v části A bodě 2. písm. c), se navyšuje úhrada za každého zdravotnického pracovníka evidovaného u poskytovatele zdravotní pojišťovnou k 30. červnu 2021 s nulovou týdenní kapacitou úvazku, který se u poskytovatele alespoň v části období od 1. ledna 2021 do 30. června 2021 účastnil vzdělávacího programu v oboru gynekologie a porodnictví, o $K \times 100$ 350 Kč, kde K je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji uvedený v bodu 3 přílohy č. 2 k této vyhlášce.

13. Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli ve výši navýšení úhrady podle bodu 12. Zdravotní pojišťovna zálohu na kompenzaci vyplatí nejpozději do 31. července 2021.
14. 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 1 372 Kč,
 - b) IVF cyklus s odběrem oocytů k in vitro fertilizaci bez přenosu embryí 15 932 Kč,
 - c) Kompletní IVF cyklus s transferem embryí 33 144 Kč,
 - d) Kompletní IVF cyklus s transferem pouze jednoho embrya 33 144 Kč,
 - e) Použití darovaných oocytů při IVF cyklu 11 000 Kč,
 - f) Použití darovaných spermií při IVF cyklu a IUI 1 390 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 105 % 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 105 % 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 2021 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 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2021 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 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2021 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
7. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v odbornosti 603 podle seznamu výkonů 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 odbornost 603 podle seznamu výkonů.
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

1. Pro nasmlouvané výkony odbornosti 806 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,11 Kč a pro výkony č. 95198, 95199, 95201, 95202 a 95203 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 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, 89119, 89123, 89127 a 89131 podle seznamu výkonů, stanoví hodnota bodu ve výši 1,31 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,47 Kč. Pro poskytovatele, kteří v referenčním období nevykázali žádný z výkonů č. 89111, 89119, 89123, 89127 a 89131 podle seznamu výkonů, se pro hrazené služby poskytované v odbornostech 809 a 810 podle seznamu výkonů stanoví hodnota bodu ve výši 1,19 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,47 Kč.
 - b) Pro výkony č. 89611 až 89619 podle seznamu výkonů odbornosti 809 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,57 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,40 Kč. V případě, že poskytovatel doloží do 31. ledna 2022, že je po celé hodnocené období zapojen do systému elektronické distribuce obrazových dat, stanoví se hodnota bodu pro výkony podle první věty ve výši 0,59 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,40 Kč.
 - c) Pro výkony č. 89711 až 89725 podle seznamu výkonů odbornosti 809 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,55 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,40 Kč. V případě, že poskytovatel doloží do 31. ledna 2022, že je po celé hodnocené období zapojen do systému elektronické distribuce obrazových dat, stanoví se hodnota bodu pro výkony podle první věty ve výši 0,58 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,40 Kč.
 - d) Pro výkon č. 89312 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,00 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,43 Kč.
 - e) 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 0,72 Kč pro poskytovatele, kteří jsou držiteli Osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II NASKL v hodnoceném období. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 802 a 818 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,85 Kč pro poskytovatele, kteří jsou držiteli Osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II NASKL v hodnoceném období. Osvědčení pro hodnocené období předloží poskytovatel nejpozději do 31. prosince 2021, 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 0,40 Kč.
 - f) Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 816 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,80 Kč.

- g) Pro výkon č. 81733 podle seznamu výkonů je stanovena hodnota bodu ve výši 1,14 Kč, přičemž úhrada za tento výkon nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 8.
- h) Pro výkony podle kapitol 819 a 999 seznamu výkonů je stanovena hodnota bodu ve výši 1,10 Kč, přičemž úhrada za tyto výkony nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 8. Celková výše úhrady poskytovateli za výkony podle kapitol 819 a 999 seznamu výkonů, s výjimkou úhrady za výkon č. 09115 podle seznamu výkonů vykázaný u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí, nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$PB_{ref} \times 1,14 \times 1,05$$

kde:

PB_{ref} je celkový počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané výkony podle kapitol 819 a 999 seznamu výkonů poskytnuté v referenčním období.

- i) Pro výkony č. 82301 a 82302 podle seznamu výkonů vykázané u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí do 30. června 2021 je stanovena hodnota bodu ve výši 0,85 Kč. Pro výkony č. 82301, 82302 a 82304 podle seznamu výkonů vykázané u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí od 1. července 2021 je stanovena hodnota bodu ve výši 1 Kč. Úhrada za tyto výkony nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 8.
3. Pro výkony č. 89111, 89119, 89123, 89127 a 89131 podle seznamu výkonů je stanovena hodnota bodu ve výši 1,31 Kč, přičemž úhrada za tyto výkony nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4.
4. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornostech uvedených v bodě 2 písm. a) až d) se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu. Výsledná hodnota bodu je součtem variabilní složky úhrady a fixní složky úhrady, a stanoví se pro každou odbornost a výkony uvedené v bodě 2 písm. a) až d) samostatně:

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

kde:

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

FS je fixní složka úhrady podle bodu 2 písm. a) až d).

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

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

kde:

HB je hodnota bodu podle bodu 2 písm. a) až d) navýšená podle bodů 5 až 7.

KN je koeficient navýšení, který se stanoví ve výši 1,02 pro hrazené služby podle bodu 2 písm. a) až d).

- PB_{ref}** je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období přepočtený podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2021. Do celkového počtu bodů se nezapočítávají počty bodů za výkony č. 89111, 89119, 89123, 89127 a 89131 podle seznamu výkonů.
- PB_{ho}** je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období. Do celkového počtu bodů se nezapočítávají počty bodů za výkony č. 89111, 89119, 89123, 89127 a 89131 podle seznamu výkonů.
- UOP_{ref}** je počet unikátních pojištěnců v referenčním období, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze některý z výkonů č. 89111, 89119, 89123, 89127 a 89131 podle seznamu výkonů.
- UOP_{ho}** je počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze některý z výkonů č. 89111, 89119, 89123, 89127 a 89131 podle seznamu výkonů.

5. Hodnoty bodu uvedené v bodě 2 písm. a) a v bodě 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) 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. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornostech podle bodu 2 písm. e) a f) nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\max(\text{POP}_{\text{icz}}, \text{POP}_{\text{ref}}) \times \text{PURO}_{\text{icz}} \times 1,02,$$

kde:

- POP_{icz}** je počet unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny ošetřených poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. e) nebo f) v hodnoceném období, přičemž se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl v hodnoceném období vykázán pouze výkon podle kapitol 819 nebo 999 seznamu výkonů, a kromě pojištěnců, na které byly vykázány pouze výkony č. 09115, 82301, 82302 a 82304 podle seznamu výkonů v souvislosti s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí.
- POP_{ref}** je počet unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny ošetřených poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. e) nebo f) v referenčním období, přičemž se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl v referenčním období vykázán pouze výkon podle kapitol 819 nebo 999 seznamu výkonů.
- PURO_{icz}** je průměrná úhrada za výkony, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodě 2 písm. e) nebo f) v referenčním období. Do PURO_{icz} 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 $PURO_{icz}$.

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

$$PURRO_{icznové,e} = \frac{HB_{min,e}}{HB_{skut,e}} * PURRO_{icz}$$

kde:

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

$$HB_{min,e} = \sum_{i=1}^n (PB_{i,ref} * HB_{i,ref}) / PB_{ref,e} * 0,90$$

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

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

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

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

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

kde:

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

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

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

kde:

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

$HB_{min,f}$ je minimální hodnota bodu stanovena ve výši 67 % hodnoty bodu odbornosti uvedené v bodě 2 písm. f) v referenčním období.

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

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

Skutečná hodnota bodu poskytovatele je stanovena jako:

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

kde:

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

9. U odborností uvedených v bodě 2 písm. e) a f), se stanoví celková výše úhrady podle bodu 8 souhrnně pro všechny odbornosti uvedené v daném písmenu.
10. Zdravotní pojišťovna sdělila poskytovatelům hrazeným podle bodu 2 písm. a) do 30. dubna 2021 následující hodnoty referenčního období (hrazené služby poskytovatelem vykázané za období 2019 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. března 2020):
 - a) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za výkony uvedené v bodě 3,
 - b) celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za výkony neuvedené v bodě 3,
 - c) celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem vstupujících do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4.
11. Zdravotní pojišťovna sdělila poskytovatelům hrazeným podle bodu 2 písm. e) a f) do 30. června 2021 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. e) a f),
 - 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. e) a f).
12. 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 bodů 4 a 8 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 přepočtení $PURO_{ICZ}$ s použitím hodnoty bodu 0,71 Kč pro hrazené služby

poskytované v odbornostech uvedených ve větě první v bodě 2 písm. e), a s použitím hodnoty bodu 0,85 Kč pro odbornosti uvedené ve větě druhé bodu 2 písm. e).

13. 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.
14. Pro hrazené služby podle bodu 2 písm. a) a d) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,33 Kč, pro hrazené služby podle bodu 2 písm. b) a c) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 0,61 Kč, pro hrazené služby podle bodu 2 písm. e) a i) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 0,85 Kč, pro hrazené služby podle bodu 2 písm. f) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 0,80 Kč, pro hrazené služby podle bodu 2 písm. g) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,14 Kč a pro hrazené služby podle bodu 2 písm. h) poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč .
15. Pro hrazené služby podle bodu 2 písm. e) až h) 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 8 a bodu 2 písm. h) nepoužije.
16. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce či průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodů 4 a 8 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 h).

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 11

A) Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornostech 911, 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 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) 1,06 Kč pro odbornost 914 podle seznamu výkonů,
 - b) 1,06 Kč pro odbornost 925 podle seznamu výkonů,
 - c) 0,95 Kč pro odbornosti 911, 916 a 921 podle seznamu výkonů.
3. V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 až C97, G09 až G99, F00 až F99, I60 až I69, E10.3 až E10.7 nebo E11.3 až E11.7 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, navyšuje se hodnota bodu pro odbornost 925 podle seznamu výkonů, která je uvedena v bodě 2, o 0,04 Kč.
4. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 911, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů celková výše úhrady poskytovateli v dané odbornosti, mimo úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1 a navýšení úhrady podle bodu 9, nepřekročí částku, která se vypočte takto:

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

kde:

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

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

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

POPzpoMh je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; mimořádně nákladným unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud úhrada za jemu poskytnuté

výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; za mimořádně nákladného pojištěnce se nepovažuje pojištěnec, na kterého byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů.

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

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

KN je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

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

c) 0,15 – v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 až C97, G09 až G99, F00 až F99, I60 až I69, E10.3 až E10.7 nebo E11.3 až E11.7 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %.

5. Pro hrazené služby poskytované pojištěncům, na které byl poskytovatelem hrazených služeb vykázan 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 a navýšenou podle pravidel uvedených v bodě 3.
6. Hrazené služby poskytnuté v 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, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu PUROo podle bodu 4 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
8. 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 podle bodů 1 a 2.
9. Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 06313, 06315, 06317, 06318 a 06319 podle seznamu výkonů, poskytnutý pojištěnci s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí do 20 dnů od prvního poskytnutí výkonu č. 82301 podle seznamu výkonů nebo výkonu screeningového testování COVID-19 pomocí metody PCR s pozitivním výsledkem nebo výkonu o průkazu antigenu SARS-CoV-2 s pozitivním výsledkem v případě, že nebyl poskytnut výkon č. 82301 ani 82302 podle seznamu výkonů, kterýmkoliv poskytovatelem během posledních 180 kalendářních dnů, se poskytovateli navyšuje úhrada o 180 Kč.

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

1. Domácí specializovanou paliativní péčí lze vykazovat výhradně na pojištěnce v terminálním stavu.
2. Poskytovatel v odbornosti 926 podle seznamu výkonů zajistí pojištěnci veškeré potřebné hrazené služby po dobu 24 hodin 7 dní v týdnu.
3. Hrazené služby v odbornosti 926 podle seznamu výkonů poskytnuté v průběhu jednoho dne (24 hodin) jsou vykazovány agregovanými výkony č. 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů.

4. Hodnota bodu odbornosti 926 podle seznamu výkonů se stanoví ve výši 1,03 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 1,03 Kč.

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

5. Hrazené služby odbornosti 926 podle seznamu výkonů, které byly poskytnuty pojištěncům, kteří přestali splňovat podmínky pro poskytování hrazených služeb této odbornosti a byli předáni do péče jinému poskytovateli hrazených služeb, 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 vykázán některý z výkonů č. 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů a současně byly na tyto pojištěnce vykázány jiné hrazené služby mimo hrazených služeb uvedených v písmenu b) tohoto bodu, nepřesáhne 10 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených poskytovatelem odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období, 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. Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 80090 a 80091 podle seznamu výkonů, poskytnutý pojištěncům s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí do 20 dnů od prvního poskytnutí výkonu č. 82301 podle seznamu výkonů nebo výkonu screeningového testování COVID-19 pomocí metody PCR s pozitivním výsledkem nebo výkonu o průkazu antigenu SARS-CoV-2 s pozitivním výsledkem v případě, že nebyl poskytnut výkon č. 82301 ani 82302 podle seznamu výkonů, kterýmkoliv poskytovatelem během posledních 180 kalendářních dnů, se poskytovateli navyšuje úhrada o 540 Kč. Toto navýšení úhrady se nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4.

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 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 0,81 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:

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

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, 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, G35, G51 až G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90 podle mezinárodní klasifikace nemocí.

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

- PUR0o** 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 PUR0o nevstupují pojištěnci, na které byly vykázány v referenčním období hrazené služby s hlavní diagnózou C50, E83, F84, G20, G35, G51 - G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90 podle mezinárodní klasifikace nemocí, dále do výpočtu PUR0o 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 ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období s některou z hlavních diagnóz G10 až G14, I60 až I69, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94 nebo T02 až T14 podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.
- UHRMr** je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků a s výjimkou úhrady za výkony přepravy v návštěvní službě za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období s některou z hlavních diagnóz G10 až G14, I60 až I69, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94 nebo T02 až T14 podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.
- KN** je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:
- a) 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) 0,11 – 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 %.

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

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

kde:

UHR_{ref} je celková výše úhrady poskytovatele v referenčním období za služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady,

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

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

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

5. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který 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.
6. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu podle bodů 1 a 2. Pro stanovení úhrady u zahraničních pojištěnců se body 3, 4 a 5 nepoužijí.
7. Hrazené služby poskytnuté pojištěncům, na které byly vykázaný v hodnoceném období hrazené služby s hlavní diagnózou C50, E83, F84, G20, G35, G51 až G83, P07, P11, P13, P14, P94, R62, Q05, Q36 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.

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 0,95 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 18530 a 18550 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,79 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 2020, zdravotní pojišťovna navýší hodnotu bodu podle bodu 1 o 0,02 Kč od 1. ledna 2021.
 - b) Pokud poskytovatel za období před 1. lednem 2021 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 2021. 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 2021 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 2021 a splnění podmínek uvedených v písmenu b) nejpozději do 31. ledna 2022.
3. Zdravotní pojišťovna nejpozději do 28. února 2022 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 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 2021 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 102 % 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 102 % 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 104 % 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 2021 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 2021 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 2021 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 2021 kvartálně, a to vždy po ukončení daného kvartálu. Data za poslední kvartál roku 2021 referuje poskytovatel nejpozději do 31. ledna 2022.
- 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 vykázaní.
- 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.

Koeficienty poměru počtu pojištěnců

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

OKRES	VZP	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZPMV	RBP
BENEŠOV	0,629	0,065	0,025	0,078	0,000	0,203	0,000
BEROUN	0,440	0,048	0,348	0,081	0,000	0,082	0,000
BLANSKO	0,640	0,043	0,017	0,026	0,000	0,273	0,001
BRNO-MĚSTO	0,547	0,101	0,071	0,061	0,000	0,212	0,008
BRNO-VENKOV	0,576	0,082	0,093	0,046	0,000	0,200	0,003
BRUNTÁL	0,416	0,083	0,153	0,058	0,000	0,221	0,069
BŘECLAV	0,577	0,047	0,144	0,037	0,000	0,192	0,004
ČESKÁ LÍPA	0,651	0,125	0,084	0,039	0,016	0,084	0,000
ČESKÉ BUDĚJOVICE	0,565	0,163	0,031	0,055	0,000	0,185	0,000
ČESKÝ KRUMLOV	0,644	0,120	0,032	0,034	0,000	0,169	0,000
DĚČÍN	0,617	0,058	0,153	0,053	0,001	0,116	0,002
DOMAŽLICE	0,750	0,068	0,028	0,041	0,000	0,112	0,000
FRÝDEK-MÍSTEK	0,301	0,009	0,436	0,015	0,000	0,047	0,193
HAVLÍČKŮV BROD	0,654	0,048	0,167	0,038	0,000	0,093	0,000
HODONÍN	0,448	0,030	0,221	0,024	0,000	0,151	0,126
HRADEC KRÁLOVÉ	0,523	0,177	0,048	0,058	0,002	0,192	0,000
CHEB	0,649	0,101	0,072	0,050	0,000	0,126	0,000
CHOMUTOV	0,718	0,036	0,133	0,025	0,000	0,084	0,005
CHRUDIM	0,727	0,065	0,063	0,050	0,000	0,095	0,000
JABLONEC NAD NISOU	0,812	0,058	0,004	0,035	0,004	0,087	0,000
JESENÍK	0,495	0,055	0,343	0,015	0,001	0,084	0,007
JIČÍN	0,687	0,041	0,028	0,038	0,060	0,145	0,000
JIHLAVA	0,802	0,040	0,051	0,033	0,000	0,074	0,000
JINDŘICHŮV HRADEC	0,702	0,118	0,036	0,027	0,000	0,116	0,000
KARLOVY VARY	0,697	0,075	0,057	0,071	0,000	0,100	0,000
KARVINÁ	0,262	0,008	0,222	0,012	0,000	0,057	0,439
KLADNO	0,408	0,033	0,433	0,052	0,000	0,073	0,000
KLATOVY	0,630	0,089	0,143	0,042	0,000	0,096	0,000
KOLÍN	0,695	0,051	0,034	0,078	0,002	0,139	0,001
KROMĚŘÍŽ	0,435	0,044	0,085	0,032	0,000	0,126	0,278
KUTNÁ HORA	0,466	0,127	0,277	0,042	0,000	0,087	0,000
LIBEREC	0,715	0,125	0,011	0,060	0,005	0,084	0,000

LITOMĚŘICE	0,707	0,093	0,010	0,063	0,000	0,126	0,001
LOUNY	0,769	0,067	0,034	0,032	0,000	0,097	0,001
MĚLNÍK	0,651	0,049	0,038	0,123	0,015	0,123	0,000
MLADÁ BOLESLAV	0,210	0,013	0,004	0,016	0,736	0,022	0,000
MOST	0,823	0,010	0,034	0,023	0,000	0,095	0,016
NÁCHOD	0,660	0,074	0,080	0,039	0,003	0,144	0,000
NOVÝ JIČÍN	0,346	0,019	0,204	0,017	0,000	0,069	0,344
NYMBURK	0,608	0,055	0,069	0,082	0,051	0,134	0,000
OLOMOUC	0,223	0,155	0,431	0,036	0,000	0,147	0,008
OPAVA	0,360	0,016	0,289	0,031	0,000	0,082	0,223
OSTRAVA- MĚSTO	0,218	0,009	0,396	0,026	0,000	0,089	0,262
PARDUBICE	0,671	0,100	0,066	0,057	0,001	0,105	0,000
PELHŘIMOV	0,800	0,036	0,031	0,034	0,000	0,099	0,000
PÍSEK	0,691	0,089	0,044	0,048	0,000	0,127	0,000
PLZEŇ-JIH	0,608	0,077	0,088	0,077	0,000	0,150	0,000
PLZEŇ-MĚSTO	0,515	0,091	0,117	0,088	0,000	0,190	0,000
PLZEŇ-SEVER	0,518	0,093	0,117	0,098	0,000	0,174	0,000
PRAHA	0,592	0,058	0,013	0,220	0,001	0,114	0,001
PRAHA- VÝCHOD	0,551	0,067	0,034	0,223	0,003	0,121	0,000
PRAHA-ZÁPAD	0,588	0,057	0,024	0,213	0,001	0,116	0,000
PRACHATICE	0,600	0,146	0,073	0,034	0,000	0,148	0,000
PROSTĚJOV	0,302	0,070	0,548	0,019	0,000	0,057	0,005
PŘEROV	0,582	0,099	0,080	0,037	0,000	0,155	0,046
PŘÍBRAM	0,732	0,062	0,038	0,049	0,000	0,118	0,000
RAKOVNÍK	0,573	0,041	0,220	0,044	0,000	0,122	0,000
ROKYCANY	0,520	0,132	0,151	0,069	0,000	0,128	0,000
RYCHNOV NAD KNĚŽNOU	0,565	0,090	0,020	0,036	0,156	0,134	0,000
SEMILY	0,750	0,043	0,016	0,046	0,061	0,083	0,000
SOKOLOV	0,617	0,066	0,169	0,044	0,000	0,104	0,000
STRAKONICE	0,667	0,116	0,038	0,049	0,000	0,130	0,000
SVITAVY	0,801	0,039	0,032	0,028	0,000	0,098	0,001
ŠUMPERK	0,481	0,034	0,363	0,026	0,000	0,092	0,003
TÁBOR	0,483	0,154	0,143	0,073	0,000	0,146	0,000
TACHOV	0,629	0,142	0,057	0,041	0,000	0,131	0,000
TEPLICE	0,717	0,083	0,060	0,044	0,000	0,094	0,002
TRUTNOV	0,448	0,047	0,119	0,053	0,145	0,189	0,000
TŘEBÍČ	0,720	0,059	0,115	0,019	0,000	0,087	0,000
UHERSKÉ HRADIŠTĚ	0,566	0,036	0,129	0,029	0,000	0,238	0,002
ÚSTÍ NAD LABEM	0,371	0,159	0,025	0,160	0,000	0,283	0,002

ÚSTÍ NAD ORLICÍ	0,533	0,084	0,111	0,042	0,002	0,228	0,000
VSETÍN	0,611	0,021	0,092	0,019	0,000	0,060	0,198
VYŠKOV	0,532	0,131	0,095	0,050	0,000	0,189	0,003
ZLÍN	0,760	0,019	0,142	0,035	0,000	0,039	0,005
ZNOJMO	0,547	0,052	0,130	0,018	0,000	0,252	0,001
ŽDÁR NAD SÁZAVOU	0,638	0,025	0,122	0,022	0,000	0,192	0,001

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

Region	VZP	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZPMV	RBP
Jihočeský kraj	0,607	0,137	0,055	0,049	0,000	0,152	0,000
Jihomoravský kraj	0,550	0,075	0,104	0,043	0,000	0,207	0,020
Plzeňský kraj + Karlovarský kraj	0,596	0,091	0,105	0,066	0,000	0,142	0,000
Královehradecký kraj + Pardubický kraj	0,616	0,087	0,067	0,046	0,033	0,151	0,000
Středočeský kraj + Praha	0,564	0,056	0,072	0,157	0,039	0,112	0,001
Kraj Vysočina	0,718	0,042	0,101	0,028	0,000	0,111	0,000
Liberecký kraj	0,726	0,098	0,028	0,048	0,017	0,084	0,000
Moravskoslezský kraj	0,294	0,017	0,309	0,023	0,000	0,081	0,276
Olomoucký kraj	0,375	0,098	0,362	0,031	0,000	0,119	0,014
Ústecký kraj	0,669	0,073	0,067	0,058	0,000	0,129	0,004
Zlínský kraj	0,617	0,028	0,116	0,029	0,000	0,108	0,101

Příloha č. 10 k vyhlášce č. 242/2021 Sb.

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

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

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
00-I06	00-I06-00	Transplantace orgánů nezařazených jinde	6,9043
00-K01	00-K01-01	Léčba akutní rejekce transplantovaného orgánu u pacientů s CC=3-4	2,5976
00-K01	00-K01-02	Léčba akutní rejekce transplantovaného orgánu u pacientů s CC=0-2	1,1361
00-K02	00-K02-00	Léčba akutní rejekce transplantátu krevetvorných buněk	1,8520
00-M01	00-M01-01	Velký kardiokirurgický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitty s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů)	16,4795
00-M01	00-M01-02	Velký chirurgický výkon vyjma kardiokirurgického s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů)	13,3348
00-M01	00-M01-03	Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů)	10,0288
00-M01	00-M01-04	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 97–240 hodin (5–10 dnů)	6,8500
00-M02	00-M02-01	Velký kardiokirurgický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitty s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů)	22,6076
00-M02	00-M02-02	Velký chirurgický výkon vyjma kardiokirurgického s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů)	20,2372
00-M02	00-M02-03	Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů)	15,9742
00-M02	00-M02-04	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů)	12,0712
00-M03	00-M03-01	Velký kardiokirurgický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitty s UPV 505–1008 hodin (22–42 dnů)	32,2263
00-M03	00-M03-02	Velký chirurgický výkon vyjma kardiokirurgického s UPV 505–1008 hodin (22–42 dnů)	32,0540
00-M03	00-M03-03	Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 505–1008 hodin (22–42 dnů)	29,1061
00-M03	00-M03-04	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 505–1008 hodin (22–42 dnů)	25,3432
00-M04	00-M04-01	Velký kardiokirurgický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitty s UPV 1009–1800 hodin (43–75 dnů)	57,0746
00-M04	00-M04-02	Velký chirurgický výkon vyjma kardiokirurgického s UPV 1009–1800 hodin (43–75 dnů)	44,6639
00-M04	00-M04-03	Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 1009–1800 hodin (43–75 dnů)	44,6639
00-M04	00-M04-04	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 1009–1800 hodin (43–75 dnů)	42,3537
00-M05	00-M05-01	Velký kardiokirurgický výkon a jiné vysoce ekonomicky náročné léčebné modalitty s UPV 1801 a více hodin (76 a více dnů)	70,1683
00-M05	00-M05-02	Velký chirurgický výkon vyjma kardiokirurgického s UPV 1801 a více hodin (76 a více dnů)	70,1683
00-M05	00-M05-03	Ostatní invazivní, miniinvazivní nebo neinvazivní terapie definovaná kritickým výkonem s UPV 1801 a více hodin (76 a více dnů)	70,1683
00-M05	00-M05-04	Ostatní terapie bez kritického výkonu s UPV 1801 a více hodin (76 a více dnů)	70,1683

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
01-C01	01-C01-01	Aplikace více než 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	5,4786
01-C01	01-C01-02	Aplikace 90 až 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	3,7070
01-C01	01-C01-03	Aplikace 45 až 90 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	1,6255
01-C01	01-C01-04	Aplikace 25 až 45 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	0,8575
01-C01	01-C01-05	Aplikace 15 až 25 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	0,7135
01-C01	01-C01-06	Aplikace méně než 15 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro onemocnění nervové soustavy	0,9264
01-C02	01-C02-01	Trombolýza pomocí rt-PA v komplexním CVSP u pacientů s CC=1-4	2,4643
01-C02	01-C02-02	Trombolýza pomocí rt-PA v komplexním CVSP u pacientů s CC=0	1,4877
01-C02	01-C02-03	Trombolýza pomocí rt-PA mimo komplexní CVSP u pacientů s CC=1-4	1,9182
01-C02	01-C02-04	Trombolýza pomocí rt-PA mimo komplexní CVSP u pacientů s CC=0	1,2803
01-C03	01-C03-01	Cílená léčba pro novotvary nervové soustavy	0,3594
01-C03	01-C03-02	Chemoterapie pro novotvary nervové soustavy	1,0617
01-C04	01-C04-01	Cílená léčba pro autoimunitní onemocnění nervové soustavy	0,2046
01-C04	01-C04-02	Chemoterapie pro autoimunitní onemocnění nervové soustavy	0,2307
01-D01	01-D01-01	Dlouhodobý EEG video monitoring pro epilepsii v CVSP	1,2420
01-D01	01-D01-02	Dlouhodobý EEG video monitoring mimo CVSP	0,4887
01-D01	01-D01-03	Jiný dlouhodobý diagnostický monitoring	0,1580
01-I12	01-I12-01	Mikrochirurgická sutura nervových pletení	2,8858
01-I12	01-I12-02	Jiný chirurgický výkon na nervových pleteních	1,4589
01-I13	01-I13-00	Chirurgické uvolnění mononeuropatie horní končetiny	0,4288
01-I14	01-I14-01	Mikrochirurgická sutura jiných periferních nervů	1,1678
01-I14	01-I14-02	Jiný chirurgický výkon na jiných periferních nervech	1,1562
01-K01	01-K01-01	Autoimunitní onemocnění centrální nervové soustavy u pacientů s CC=1-4	0,8493
01-K01	01-K01-02	Autoimunitní onemocnění centrální nervové soustavy u pacientů s CC=0	0,5070
01-K02	01-K02-01	Bakteriální neuroinfekce nebo herpetická meningoencefalitida u pacientů s CC=2-4	2,6370
01-K02	01-K02-02	Bakteriální neuroinfekce nebo herpetická meningoencefalitida u pacientů s CC=0-1	2,2991
01-K02	01-K02-03	Jiná infekční onemocnění nervové soustavy u pacientů s CC=2-4	1,7791
01-K02	01-K02-04	Jiná infekční onemocnění nervové soustavy u pacientů s CC=0-1	1,1077
01-K03	01-K03-01	Epilepsie v CVSP u pacientů s CC=3-4	2,5055
01-K03	01-K03-02	Epilepsie v CVSP u pacientů s CC=1-2	0,9814
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	0,8921
01-K03	01-K03-04	Epilepsie v CVSP u pacientů ve věku 18-74 let s CC=0	0,5639
01-K03	01-K03-05	Epilepsie mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	1,9289
01-K03	01-K03-06	Epilepsie mimo CVSP u pacientů s CC=1-2	0,8079

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
01-K03	01-K03-07	Epilepsie mimo CVSP u dětí do 18 let nebo u pacientů ve věku 75 a více let s CC=0	0,6025
01-K03	01-K03-08	Epilepsie mimo CVSP u pacientů ve věku 18-74 let s CC=0	0,3479
01-K04	01-K04-01	Neurodegenerativní onemocnění u pacientů s CC=1-4	1,1855
01-K04	01-K04-02	Neurodegenerativní onemocnění u pacientů s CC=0	0,8006
01-K05	01-K05-01	Hydrocefalus u pacientů s CC=1-4	1,4491
01-K05	01-K05-02	Hydrocefalus u pacientů s CC=0	0,5265
01-K06	01-K06-00	Poruchy spánku	0,1391
01-K07	01-K07-01	Poruchy mozkových nervů u dětí do 18 let věku	1,2299
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	0,5928
01-K07	01-K07-03	Jiné bolesti hlavy u pacientů s CC=0	0,4642
01-K08	01-K08-01	Neuropatie a onemocnění motoneuronu u pacientů s CC=1-4	1,1733
01-K08	01-K08-02	Neuropatie a onemocnění motoneuronu (mimo mononeuropatie horní končetiny) u pacientů s CC=0	0,6052
01-K08	01-K08-03	Mononeuropatie horní končetiny u pacientů s CC=0	0,4618
01-K09	01-K09-01	Onemocnění nervosvalového přenosu u pacientů s CC=1-4	1,3216
01-K09	01-K09-02	Onemocnění nervosvalového přenosu u pacientů s CC=0	0,7189
01-K10	01-K10-01	Mozkový infarkt v komplexním CVSP u pacientů s CC=3-4	2,0594
01-K10	01-K10-02	Mozkový infarkt v komplexním CVSP u pacientů s CC=1-2	1,6306
01-K10	01-K10-03	Mozkový infarkt v komplexním CVSP u pacientů s CC=0	1,0016
01-K10	01-K10-04	Mozkový infarkt v CVSP u pacientů s CC=3-4	1,7108
01-K10	01-K10-05	Mozkový infarkt v CVSP u pacientů s CC=1-2	1,2854
01-K10	01-K10-06	Mozkový infarkt v CVSP u pacientů s CC=0	0,7492
01-K10	01-K10-07	Mozkový infarkt mimo CVSP	0,6880
01-K11	01-K11-01	Netraumatické intrakraniální krvácení v komplexním CVSP u pacientů s CC=3-4	2,3526
01-K11	01-K11-02	Netraumatické intrakraniální krvácení v komplexním CVSP u pacientů s CC=1-2	1,9453
01-K11	01-K11-03	Netraumatické intrakraniální krvácení v komplexním CVSP u pacientů s CC=0	1,5643
01-K11	01-K11-04	Netraumatické intrakraniální krvácení v CVSP u pacientů s CC=3-4	2,8437
01-K11	01-K11-05	Netraumatické intrakraniální krvácení v CVSP u pacientů s CC=1-2	1,7173
01-K11	01-K11-06	Netraumatické intrakraniální krvácení v CVSP u pacientů s CC=0	1,2120
01-K11	01-K11-07	Netraumatické intrakraniální krvácení mimo CVSP	1,1432
01-K12	01-K12-01	Jiná cévní onemocnění mozku a míchy v komplexním CVSP	0,7129
01-K12	01-K12-02	Jiná cévní onemocnění mozku a míchy v CVSP	0,5010
01-K12	01-K12-03	Jiná cévní onemocnění mozku a míchy mimo CVSP	0,4106
01-K13	01-K13-01	Novotvary mozku a mozkových plen v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,2432
01-K13	01-K13-02	Novotvary mozku a mozkových plen v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,7954
01-K13	01-K13-03	Novotvary mozku a mozkových plen mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,9183
01-K13	01-K13-04	Novotvary mozku a mozkových plen mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,7021
01-K14	01-K14-00	Novotvary periferních nervů	1,3211
01-K15	01-K15-00	Vrozené vady nervové soustavy	0,6604

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
01-K16	01-K16-01	Závažná kraniocerebrální poranění v CVSP u pacientů s CC=3-4	2,1195
01-K16	01-K16-02	Závažná kraniocerebrální poranění v CVSP u pacientů s CC=0-2	1,0797
01-K16	01-K16-03	Závažná kraniocerebrální poranění mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	2,1969
01-K16	01-K16-04	Závažná kraniocerebrální poranění mimo CVSP u pacientů s CC=0-2	0,8955
01-K16	01-K16-05	Zlomeniny lebky	0,5798
01-K16	01-K16-06	Otřes mozku	0,2647
01-K17	01-K17-00	Poranění periferních nervů	0,7244
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	2,5029
01-K18	01-K18-02	Jiná onemocnění a poruchy nervové soustavy u pacientů s CC=2-3	1,1170
01-K18	01-K18-03	Jiná onemocnění a poruchy nervové soustavy u pacientů s CC=1	0,7618
01-K18	01-K18-04	Jiná onemocnění a poruchy nervové soustavy u pacientů s CC=0	0,4989
01-M04	01-M04-00	Léčebná výměnná plazmaferéza pro onemocnění nervové soustavy	3,9957
01-R02	01-R02-01	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	5,7743
01-R02	01-R02-02	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	7,0359
01-R02	01-R02-03	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,5320
01-R02	01-R02-04	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	3,0615
01-R02	01-R02-05	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,3778
01-R02	01-R02-06	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	2,1618
01-R02	01-R02-07	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,8892
01-R02	01-R02-08	Zevní radioterapie pro novotvary nervové soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,6165
02-C01	02-C01-00	Chemoterapie pro zhoubný novotvar oka a očních adnex	0,8826
02-I09	02-I09-01	Filtrační operace pro glaukom u dětí do 18 let	1,6584
02-I09	02-I09-02	Implantace drenážního implantátu pro glaukom u pacientů ve věku 18 a více let	0,7055
02-I09	02-I09-03	Filtrační operace pro glaukom u pacientů ve věku 18 a více let	0,9298
02-I12	02-I12-01	Jiný chirurgický výkon na oku nebo očnici pro zánět nebo u dětí do 6 let	1,5392
02-I12	02-I12-02	Jiný chirurgický výkon na oku pro jiné hlavní diagnózy u pacientů ve věku 6 a více let	0,9704
02-I13	02-I13-01	Malý chirurgický výkon na očních adnexech se závažnou hlavní diagnózou nebo u dětí do 6 let	0,6972
02-I13	02-I13-02	Malý chirurgický výkon na očních adnexech pro jiné hlavní diagnózy u pacientů ve věku 6 a více let	0,3760
02-K01	02-K01-01	Zánětlivá onemocnění oka u pacientů s CC=2-4	1,2845
02-K01	02-K01-02	Zánětlivá onemocnění oka u pacientů s CC=0-1	0,7775
02-K02	02-K02-01	Závažná zánětlivá onemocnění očních adnex a očnice	0,8901
02-K02	02-K02-02	Ostatní zánětlivá onemocnění očních adnex a očnice	0,5529
02-K03	02-K03-00	Funkční poruchy rohovky	0,4361
02-K04	02-K04-00	Funkční poruchy čočky	0,3047

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
02-K05	02-K05-01	Funkční poruchy sklivce, sítnice a cévnatky u dětí do 18 let nebo sítnicové cévní uzávěry	0,6785
02-K05	02-K05-02	Ostatní funkční poruchy sklivce, sítnice a cévnatky u pacientů ve věku 18 a více let	0,4531
02-K06	02-K06-01	Glaukom u dětí do 18 let	0,4504
02-K06	02-K06-02	Glaukom u pacientů ve věku 18 a více let	0,3615
02-K07	02-K07-01	Paralytický strabismus	0,9488
02-K07	02-K07-02	Ostatní funkční poruchy očních adnex	0,4870
02-K08	02-K08-00	Novotvary oka, očních adnex a očnice	0,5323
02-K09	02-K09-00	Oční traumata	0,4072
02-K10	02-K10-00	Vrozené vady oka, očních adnex a očnice	0,4958
02-K11	02-K11-01	Onemocnění zrakového nervu a zrakových drah	0,8820
02-K11	02-K11-02	Jiné onemocnění oka, očních adnex nebo očnice	0,5218
02-M01	02-M01-01	Laserová a koagulační léčba u dětí do 18 let	1,5698
02-M01	02-M01-02	Laserová a koagulační léčba u pacientů ve věku 18 a více let	0,5830
02-R03	02-R03-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	6,3021
02-R03	02-R03-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,8603
02-R03	02-R03-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,5367
02-R03	02-R03-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	3,0549
02-R03	02-R03-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,3298
02-R03	02-R03-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,8903
02-R03	02-R03-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,8277
02-R03	02-R03-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar oka v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,0681
03-C01	03-C01-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar ucha, nosu, úst nebo hrdla	0,4937
03-C01	03-C01-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, úst nebo hrdla	0,4490
03-I04	03-I04-01	Resekce poloviny obličeje, totální resekce horní čelisti nebo jiný rozsáhlý resekční výkon na čelisti nebo obličeji pro zhoubný novotvar se zavedením gastrostomie, umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=3-4	5,4509
03-I04	03-I04-02	Jiný rozsáhlý resekční výkon na čelisti nebo obličeji pro zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2	3,2845
03-I05	03-I05-01	Odstranění hrtanu nebo resekční 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	5,8656
03-I05	03-I05-02	Odstranění hrtanu nebo resekční výkon na hrtanu s odstraněním krčních mizních uzlin u pacientů s CC=0-2	4,6008
03-I06	03-I06-01	Resekční výkon na hltanu nebo totální odstranění jazyka se zavedením gastrostomie, umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=3-4	5,4712
03-I06	03-I06-02	Resekční výkon na hltanu nebo totální odstranění jazyka u pacientů s CC=0-2	4,2982
03-I13	03-I13-00	Jiný chirurgický výkon na hrtanu	1,2947

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
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	2,0825
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	1,1086
03-I19	03-I19-01	Jiný výkon v ústní dutině nebo na čelisti u pacientů s CC=3-4	1,6297
03-I19	03-I19-02	Jiný výkon v ústní dutině nebo na čelisti pro zhoubný novotvar nebo pro zánět u pacientů s CC=0-2	0,8883
03-I19	03-I19-03	Jiný výkon v ústní dutině nebo na čelisti pro onemocnění mimo zhoubný novotvar a zánět u pacientů s CC=0-2	0,6070
03-I21	03-I21-00	Odstranění hltanové mandle	0,3850
03-I22	03-I22-01	Jiný výkon pro onemocnění horních cest dýchacích nebo hrtanu u pacientů s CC=3-4	1,3317
03-I22	03-I22-02	Jiný výkon pro zhoubný novotvar horních cest dýchacích nebo hrtanu u pacientů s CC=0-2	0,7597
03-I22	03-I22-03	Jiný výkon pro onemocnění horních cest dýchacích nebo hrtanu mimo zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2	0,4905
03-I23	03-I23-00	Extrakce zubu nebo preprotetická úprava alveolu	0,4764
03-I24	03-I24-00	Tracheostomie	1,7938
03-K01	03-K01-01	Záněty ucha mimo nehnisavý zánět středního ucha	0,6699
03-K01	03-K01-02	Nehnisavý zánět středního ucha	0,3724
03-K02	03-K02-01	Záněty horních cest dýchacích a hrtanu s CC=3-4	0,8926
03-K02	03-K02-02	Záněty horních cest dýchacích a hrtanu u pacientů ve věku 65 a více let nebo s CC=1-2	0,5689
03-K02	03-K02-03	Záněty horních cest dýchacích a hrtanu u pacientů do 65 let věku s CC=0	0,3396
03-K03	03-K03-01	Záněty úst, ústní dutiny a čelisti u pacientů s CC=2-4	1,5194
03-K03	03-K03-02	Záněty úst, ústní dutiny a čelisti u pacientů s CC=0-1	0,4925
03-K04	03-K04-01	Funkční a strukturální poruchy ucha u pacientů ve věku 18 a více let	0,4666
03-K04	03-K04-02	Funkční a strukturální poruchy ucha u dětí do 18 let věku	0,3881
03-K05	03-K05-00	Funkční a strukturální poruchy nosu a nosních dutin	0,3859
03-K06	03-K06-01	Akutní záněty krčních mandlí	0,4718
03-K06	03-K06-02	Nemoci mandlí a adenoidní tkáně mimo akutní záněty	0,2683
03-K07	03-K07-00	Funkční a strukturální poruchy hrtanu	0,3638
03-K08	03-K08-00	Nezánětlivé nemoci úst, ústní dutiny a čelisti	0,4275
03-K09	03-K09-01	Zhoubný novotvar ucha, nosu, úst a hrdla v CVSP	0,5992
03-K09	03-K09-02	Zhoubný novotvar ucha, nosu, úst a hrdla mimo CVSP	0,4166
03-K10	03-K10-01	Novotvary ucha, nosu, úst a hrdla mimo zhoubné	0,5238
03-K10	03-K10-02	Polypy nosu a hrdla	0,3444
03-K11	03-K11-00	Vrozené vady ucha, nosu, úst a hrdla	0,4383
03-K12	03-K12-01	Traumata ucha, nosu, úst a hrdla v CVSP	0,3760
03-K12	03-K12-02	Traumata ucha, nosu, úst a hrdla mimo CVSP	0,3345
03-K13	03-K13-01	Jiné nemoci ucha, nosu, úst a hrdla u pacientů s CC=1-4	0,6340
03-K13	03-K13-02	Jiné nemoci ucha, nosu, úst a hrdla u pacientů s CC=0	0,2555
03-R01	03-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, úst nebo hrdla v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	6,7783
03-R01	03-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, úst nebo hrdla	5,7536

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
		v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	
03-R01	03-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, úst nebo hrdla v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,8781
03-R01	03-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, úst nebo hrdla v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,9835
03-R01	03-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, úst nebo hrdla v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,3383
03-R01	03-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, úst nebo hrdla v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,9324
03-R01	03-R01-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, úst nebo hrdla v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,8770
03-R01	03-R01-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ucha, nosu, úst nebo hrdla v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	0,9493
03-R02	03-R02-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ústní dutiny, hltanu nebo nosohltanu v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,8790
03-R02	03-R02-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ústní dutiny, hltanu nebo nosohltanu v rámci 1 ozařovacího dne	0,6487
04-C01	04-C01-01	Trombolýza pomocí rt-PA pro plicní embolii u pacientů s CC=1-4	1,9075
04-C01	04-C01-02	Trombolýza pomocí rt-PA pro plicní embolii u pacientů s CC=0	1,2656
04-C02	04-C02-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar dýchací soustavy	0,2849
04-C02	04-C02-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy	0,3589
04-I01	04-I01-00	Extrakorporální membránová oxygenace pro plicní embolii	7,4300
04-I07	04-I07-00	Destrukční výkon pro onemocnění dýchací soustavy	1,7130
04-I08	04-I08-01	Opakovaná hrudní drenáž nebo hrudní drenáž u pacientů s CC=4	2,9021
04-I08	04-I08-02	Hrudní drenáž otevřeným přístupem nebo thorakoskopicky u pacientů s CC=0-3	2,2174
04-I08	04-I08-03	Klasická nebo perkutánní hrudní drenáž u pacientů s CC=1-3	1,5696
04-I08	04-I08-04	Klasická nebo perkutánní hrudní drenáž u pacientů s CC=0	0,9423
04-I09	04-I09-01	Diagnostický chirurgický výkon nebo odstranění mízních uzlin pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=1-4	2,8443
04-I09	04-I09-02	Diagnostický chirurgický výkon nebo odstranění mízních uzlin pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=0	0,8150
04-I10	04-I10-01	Chirurgický výkon pro ošetření tracheostomie bez jejího uzavření	1,1325
04-I10	04-I10-02	Chirurgický výkon pro ošetření tracheostomie s jejím uzavřením	0,6898
04-K01	04-K01-01	Tuberkulóza u dětí do 18 let věku nebo u pacientů s CC=1-4	1,6702
04-K01	04-K01-02	Tuberkulóza u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,5398
04-K02	04-K02-01	Časné úmrtí do 2 dnů pro zánět plic	0,2071
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)	2,5186
04-K02	04-K02-03	Záněty plic u pacientů s CC=2-3	1,2859
04-K02	04-K02-04	Záněty plic u pacientů s CC=0-1	0,8247
04-K03	04-K03-01	Záněty průdušnice, průdušek a průdušinek u pacientů s CC=3-4	1,1687
04-K03	04-K03-02	Záněty průdušnice, průdušek a průdušinek u pacientů s CC=1-2	0,8260
04-K03	04-K03-03	Záněty průdušnice, průdušek a průdušinek u pacientů s CC=0	0,5318
04-K04	04-K04-01	Astma u pacientů s CC=2-4	1,1272
04-K04	04-K04-02	Astma u pacientů s CC=0-1	0,5047
04-K05	04-K05-01	Časné úmrtí do 2 dnů pro plicní embolii	0,3542

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
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)	1,2657
04-K05	04-K05-03	Plicní embolie v CVSP u pacientů bez akutního cor pulmonale s CC=0-2	0,7498
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)	1,0263
04-K05	04-K05-05	Plicní embolie mimo CVSP u pacientů bez akutního cor pulmonale s CC=0-2	0,6223
04-K06	04-K06-01	Chronická obstrukční plicní nemoc u pacientů s CC=4	1,9838
04-K06	04-K06-02	Chronická obstrukční plicní nemoc u pacientů s CC=2-3	1,0042
04-K06	04-K06-03	Chronická obstrukční plicní nemoc u pacientů s CC=0-1	0,6626
04-K07	04-K07-01	Intersticiální plicní nemoc u pacientů s CC=4	1,7309
04-K07	04-K07-02	Intersticiální plicní nemoc u pacientů s CC=2-3	1,1432
04-K07	04-K07-03	Intersticiální plicní nemoc u pacientů s CC=0-1	0,6626
04-K08	04-K08-01	Časné úmrtí do 2 dnů pro respirační selhání	0,5283
04-K08	04-K08-02	Respirační selhání u pacientů s CC=4	2,6110
04-K08	04-K08-03	Respirační selhání u pacientů s CC=2-3	1,5965
04-K08	04-K08-04	Respirační selhání u pacientů s CC=0-1	0,9273
04-K09	04-K09-01	Časné úmrtí do 2 dnů pro zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku	0,1329
04-K09	04-K09-02	Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,2861
04-K09	04-K09-03	Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,6275
04-K09	04-K09-04	Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,9289
04-K09	04-K09-05	Zhoubný novotvar dýchací soustavy a hrudníku mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,5342
04-K10	04-K10-01	Novotvary dýchací soustavy mimo zhoubné u pacientů s CC=2-4	0,8760
04-K10	04-K10-02	Novotvary dýchací soustavy mimo zhoubné u pacientů s CC=0-1	0,3888
04-K11	04-K11-01	Cystická fibróza u pacientů ve věku 16 a více let	1,8947
04-K11	04-K11-02	Cystická fibróza u dětí do 16 let věku	1,7855
04-K12	04-K12-00	Vrozené vady dýchací soustavy mimo cystickou fibrózu	0,6730
04-K13	04-K13-01	Trauma dýchací soustavy a hrudníku v CVSP	0,6427
04-K13	04-K13-02	Trauma dýchací soustavy a hrudníku mimo CVSP	0,4800
04-K14	04-K14-01	Pneumotorax a hemotorax u pacientů s CC=3-4	1,6799
04-K14	04-K14-02	Pneumotorax a hemotorax u pacientů s CC=1-2	1,3401
04-K14	04-K14-03	Pneumotorax a hemotorax u pacientů s CC=0	0,7871
04-K15	04-K15-01	Jiné nemoci dýchací soustavy u pacientů s CC=4	2,2197
04-K15	04-K15-02	Plicní edém nebo jiné nemoci dýchací soustavy u pacientů s CC=2-3	1,0601
04-K15	04-K15-03	Jiné nemoci dýchací soustavy u pacientů s CC=0-1	0,4901
04-M01	04-M01-01	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční nemoc 1801 a více hodin (76 a více dní)	70,1683
04-M01	04-M01-02	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční nemoc 1009-1800 hodin (43-75 dní)	42,3537
04-M01	04-M01-03	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční nemoc 505-1008 hodin (22-42 dní)	17,5389

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
04-M01	04-M01-04	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční nemoc 241-504 hodin (11-21 dní)	11,1008
04-M01	04-M01-05	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční nemoc 97-240 hodin (5-10 dní)	6,2101
04-M01	04-M01-06	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční nemoc 25-96 hodin (2-4 dny) u pacientů s CC=3-4	3,5309
04-M01	04-M01-07	Umělá plicní ventilace pro respirační selhání nebo chronickou obstrukční nemoc 25-96 hodin (2-4 dny) u pacientů s CC=0-2	2,6560
04-M02	04-M02-01	Endoskopické zavedení endobronchiální chlopně pro chronickou obstrukční plicní nemoc	4,7998
04-M02	04-M02-02	Endoskopická dilatace stenóz pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=1-4	2,1123
04-M02	04-M02-03	Endoskopický výkon mimo dilatace pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=1-4	1,5855
04-M02	04-M02-04	Endoskopický výkon pro onemocnění dýchací soustavy u pacientů s CC=0	0,7238
04-R02	04-R02-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	6,2187
04-R02	04-R02-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,9350
04-R02	04-R02-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,5850
04-R02	04-R02-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,4268
04-R02	04-R02-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,3156
04-R02	04-R02-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,4775
04-R02	04-R02-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,7944
04-R02	04-R02-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,0152
04-R03	04-R03-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,8013
04-R03	04-R03-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar dýchací soustavy v rámci 1 ozařovacího dne	0,6487
05-D01	05-D01-01	Elektrofyzilogické vyšetření nebo implantace arytmiického záznamníku se srdeční katetrizací	2,1281
05-D01	05-D01-02	Implantace arytmiického záznamníku	1,5751
05-D01	05-D01-03	Elektrofyzilogické vyšetření	1,0069
05-D01	05-D01-04	Jiná invazivní diagnostika pro srdeční zástavu nebo šok nebo u pacientů s CC=3-4	2,0049
05-D01	05-D01-05	Jiná invazivní diagnostika pro závažné onemocnění oběhové soustavy mimo zástavu nebo šok u pacientů s CC=2	1,1738
05-D01	05-D01-06	Jiná invazivní diagnostika pro závažné onemocnění oběhové soustavy mimo zástavu nebo šok u pacientů s CC=0-1	0,7611
05-D01	05-D01-07	Jiná invazivní diagnostika pro jinou nemoc oběhové soustavy u pacientů s CC=2	0,5327
05-D01	05-D01-08	Jiná invazivní diagnostika pro jinou nemoc oběhové soustavy u pacientů s CC=0-1	0,4093
05-I01	05-I01-01	Zavedení dlouhodobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 241 a více hodin (11 a více dní)	117,0120
05-I01	05-I01-02	Zavedení dlouhodobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní)	76,3253

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
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)	69,5602
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)	51,1247
05-I02	05-I02-02	Zavedení krátkodobé až střednědobé mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní)	36,2756
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)	17,5910
05-I03	05-I03-01	Zavedení jiné mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 241 a více hodin (11 a více dní)	31,2202
05-I03	05-I03-02	Zavedení jiné mechanické srdeční podpory s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní)	17,6002
05-I03	05-I03-03	Dva operační výkony na srdci nebo aortě v různých dnech se zavedením jiné mechanické srdeční podpory	18,6426
05-I03	05-I03-04	Zavedení jiné mechanické srdeční podpory s nejvýše jedním operačním dnem na srdci nebo aortě	10,5650
05-I06	05-I06-01	Roboticky asistovaná náhrada nebo plastika 2 a více chlopní	7,4872
05-I10	05-I10-01	Roboticky asistovaná náhrada mitrální nebo trikuspidální chlopně	7,4529
05-I11	05-I11-01	Roboticky asistovaná plastika mitrální nebo trikuspidální chlopně	8,9195
05-I13	05-I13-01	Roboticky asistovaný chirurgický výkon na srdečních síních nebo komorách	7,8719
05-I14	05-I14-01	Implantace kardioverteru-defibrilátoru s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	10,0059
05-I14	05-I14-02	Implantace kardioverteru-defibrilátoru se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	6,3217
05-I14	05-I14-03	Implantace dvoukomorového nebo subkutánního kardioverteru-defibrilátoru u pacientů s CC=0-3	6,1292
05-I14	05-I14-04	Implantace dvoudutinového nebo jednodutinového kardioverteru-defibrilátoru u pacientů s CC=0-3	5,4003
05-I15	05-I15-00	Chirurgická ablace poruchy srdečního rytmu	11,7819
05-I16	05-I16-01	Roboticky asistovaný aortokoronární bypass	5,9841
05-I17	05-I17-00	Odstranění nebo chirurgická drenáž perikardu	4,4776
05-I18	05-I18-01	Roboticky asistovaný bypass nebo rekonstrukce na centrálních cévách v hrudní a břišní dutině	6,9204
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	7,6033
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	4,9308
05-I18	05-I18-04	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na centrálních cévách v hrudní a břišní dutině u pacientů s CC=0-1	3,6121
05-I20	05-I20-01	Opakovaný chirurgický výkon pro nemoc periferních cév v CVSP u pacientů s CC=1-4	5,8971
05-I20	05-I20-02	Opakovaný chirurgický výkon pro nemoc periferních cév v CVSP u pacientů s CC=0	4,0667
05-I20	05-I20-03	Opakovaný chirurgický výkon pro nemoc periferních cév mimo CVSP	3,7969
05-I21	05-I21-01	Chirurgická implantace nebo extrakce stimulačních elektrod	5,3882
05-I21	05-I21-02	Transvenózní extrakce stimulačních elektrod	1,6566
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	4,1421

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
05-I23	05-I23-02	Amputace části končetiny mimo prsty pro nemoc periferních cév v CVSP u pacientů s CC=0-2	2,2504
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	2,3265
05-I23	05-I23-04	Amputace části končetiny mimo prsty pro nemoc periferních cév mimo CVSP u pacientů s CC=0-2	1,6292
05-I24	05-I24-01	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na periferních tepnách mimo hrudní a břišní dutinu s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	5,1613
05-I24	05-I24-02	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na periferních tepnách mimo hrudní a břišní dutinu s endovaskulárním výkonem ve stejný den u pacientů s CC=0-3	4,3617
05-I24	05-I24-03	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na periferních tepnách mimo hrudní a břišní dutinu u pacientů s CC=2-3	3,1405
05-I24	05-I24-04	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na periferních tepnách mimo hrudní a břišní dutinu u pacientů s CC=0-1	2,1857
05-I26	05-I26-01	Trombektomie, embolektomie nebo endarterektomie periferních tepen v CVSP u pacientů s CC=1-4	2,3390
05-I26	05-I26-02	Trombektomie, embolektomie nebo endarterektomie periferních tepen v CVSP u pacientů s CC=0	1,5084
05-I26	05-I26-03	Trombektomie, embolektomie nebo endarterektomie periferních tepen mimo CVSP	1,2887
05-I27	05-I27-01	Jiný chirurgický výkon pro nemoc oběhové soustavy v CVSP u pacientů s CC=1-4	2,2878
05-I27	05-I27-02	Jiný chirurgický výkon pro nemoc oběhové soustavy v CVSP u pacientů s CC=0	1,9340
05-I27	05-I27-03	Jiný chirurgický výkon pro nemoc oběhové soustavy mimo CVSP	0,9569
05-I28	05-I28-01	Amputace prstů nebo záprstí pro nemoc periferních cév v CVSP	1,1691
05-I28	05-I28-02	Amputace prstů nebo záprstí pro nemoc periferních cév mimo CVSP	1,0405
05-I29	05-I29-01	Vytvoření AV zkratu protézou pro onemocnění periferních tepen	1,1762
05-I29	05-I29-02	Vytvoření nebo úprava AV zkratu bez použití protézy pro onemocnění periferních tepen u pacientů s CC=2-4	1,2307
05-I29	05-I29-03	Vytvoření nebo úprava AV zkratu bez použití protézy pro onemocnění periferních tepen u pacientů s CC=0-1	0,9437
05-I30	05-I30-01	Operace povrchových končetinových žil s ošetřením refluxu otevřeným přístupem	0,6414
05-I30	05-I30-02	Operace povrchových končetinových žil termickými metodami	0,4673
05-I30	05-I30-03	Extirpace varikózních větví bez ošetření refluxu v žilních kmenech	0,5324
05-K01	05-K01-01	Nemoci myokardu u pacientů s CC=3-4	1,5759
05-K01	05-K01-02	Nemoci myokardu u pacientů s CC=1-2	1,0186
05-K01	05-K01-03	Nemoci myokardu u pacientů s CC=0	0,6605
05-K02	05-K02-01	Nemoci perikardu v CVSP u pacientů s CC=1-4	1,6235
05-K02	05-K02-02	Nemoci perikardu v CVSP u pacientů s CC=0	0,8408
05-K02	05-K02-03	Nemoci perikardu mimo CVSP	0,7566
05-K03	05-K03-01	Akutní koronární syndrom v CVSP u pacientů s CC=3-4	1,7359
05-K03	05-K03-02	Akutní koronární syndrom v CVSP u pacientů s CC=1-2	1,2156
05-K03	05-K03-03	Akutní koronární syndrom v CVSP u pacientů s CC=0	0,5465
05-K03	05-K03-04	Akutní koronární syndrom mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	1,3400
05-K03	05-K03-05	Akutní koronární syndrom mimo CVSP u pacientů s CC=1-2	0,7273

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
05-K03	05-K03-06	Akutní koronární syndrom mimo CVSP u pacientů s CC=0	0,3319
05-K04	05-K04-01	Chronická ischemická choroba srdeční v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,8713
05-K04	05-K04-02	Chronická ischemická choroba srdeční v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4532
05-K04	05-K04-03	Chronická ischemická choroba srdeční mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,7400
05-K04	05-K04-04	Chronická ischemická choroba srdeční mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,3191
05-K05	05-K05-01	Poruchy srdečního rytmu v CVSP u pacientů s CC=3-4	1,8811
05-K05	05-K05-02	Poruchy srdečního rytmu v CVSP u pacientů s CC=1-2	0,9060
05-K05	05-K05-03	Poruchy srdečního rytmu mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	1,1072
05-K05	05-K05-04	Poruchy srdečního rytmu mimo CVSP u pacientů s CC=1-2	0,5895
05-K05	05-K05-05	Poruchy srdečního rytmu u pacientů s CC=0	0,3782
05-K06	05-K06-01	Srdeční zástava a šok v CVSP u pacientů s CC=4 nebo umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	2,5053
05-K06	05-K06-02	Srdeční zástava a šok mimo CVSP u pacientů s CC=4 nebo umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	1,9416
05-K06	05-K06-03	Časné úmrtí do 2 dnů pro srdeční zástavu nebo šok	0,3812
05-K06	05-K06-04	Srdeční zástava a šok v CVSP u pacientů s CC=0-3	1,2140
05-K06	05-K06-05	Srdeční zástava a šok mimo CVSP u pacientů s CC=0-3	1,0104
05-K07	05-K07-01	Srdeční selhání s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	3,8003
05-K07	05-K07-02	Časné úmrtí do 2 dnů pro srdeční selhání	0,2451
05-K07	05-K07-03	Srdeční selhání v CVSP u pacientů s CC=3-4	1,7626
05-K07	05-K07-04	Srdeční selhání v CVSP u pacientů s CC=1-2	1,1310
05-K07	05-K07-05	Srdeční selhání v CVSP u pacientů s CC=0	0,8141
05-K07	05-K07-06	Srdeční selhání mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	1,2489
05-K07	05-K07-07	Srdeční selhání mimo CVSP u pacientů s CC=1-2	0,7605
05-K07	05-K07-08	Srdeční selhání mimo CVSP u pacientů s CC=0	0,5616
05-K08	05-K08-01	Zánět endokardu v CVSP u pacientů s CC=3-4	5,0400
05-K08	05-K08-02	Zánět endokardu v CVSP u pacientů s CC=0-2	2,5421
05-K08	05-K08-03	Zánět endokardu mimo CVSP	2,1511
05-K09	05-K09-01	Funkční a strukturální poruchy chlopní u pacientů s CC=3-4	1,4126
05-K09	05-K09-02	Funkční a strukturální poruchy chlopní u pacientů s CC=1-2	0,6410
05-K09	05-K09-03	Funkční a strukturální poruchy chlopní u pacientů s CC=0	0,4255
05-K10	05-K10-00	Funkční a strukturální poruchy aorty	0,5281
05-K11	05-K11-01	Funkční a strukturální poruchy plicní cirkulace u pacientů s CC=1-4	0,9810
05-K11	05-K11-02	Funkční a strukturální poruchy plicní cirkulace u pacientů s CC=0	0,6746
05-K12	05-K12-01	Funkční a strukturální poruchy periferních tepen u pacientů s CC=3-4	1,0042
05-K12	05-K12-02	Funkční a strukturální poruchy periferních tepen u pacientů s CC=0-2	0,5360
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	1,2979
05-K13	05-K13-02	Jiné nemoci žil v CVSP u pacientů s CC=0-2	0,6095
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	0,9328

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
05-K13	05-K13-04	Jiné nemoci žil mimo CVSP u pacientů s CC=0-2	0,4039
05-K14	05-K14-01	Hypertenze se selháním srdce nebo ledvin v CVSP	1,1473
05-K14	05-K14-02	Hypertenze v CVSP u pacientů s CC=1-4	0,8427
05-K14	05-K14-03	Hypertenze v CVSP u pacientů s CC=0	0,4416
05-K14	05-K14-04	Hypertenze se selháním srdce nebo ledvin mimo CVSP	0,8083
05-K14	05-K14-05	Hypertenze mimo CVSP u pacientů s CC=1-4	0,4738
05-K14	05-K14-06	Hypertenze mimo CVSP u pacientů s CC=0	0,2732
05-K15	05-K15-01	Hypotenze a kolaps v CVSP u pacientů s CC=1-4	0,8319
05-K15	05-K15-02	Hypotenze a kolaps v CVSP u pacientů s CC=0	0,4751
05-K15	05-K15-03	Hypotenze a kolaps mimo CVSP u pacientů s CC=1-4	0,4708
05-K15	05-K15-04	Hypotenze a kolaps mimo CVSP u pacientů s CC=0	0,2943
05-K16	05-K16-00	Vrozené vady oběhové soustavy	0,6507
05-K17	05-K17-00	Traumata oběhové soustavy	1,1113
05-K18	05-K18-00	Komplikace umělých náhrad	1,0295
05-K19	05-K19-01	Jiné nemoci a poruchy oběhové soustavy v CVSP	0,4117
05-K19	05-K19-02	Jiné nemoci a poruchy oběhové soustavy mimo CVSP	0,2417
05-M09	05-M09-00	Dočasná srdeční stimulace nebo úprava endokardiální elektrody	1,2437
05-M10	05-M10-00	Elektrická kardioverse	0,2046
06-C01	06-C01-00	Cílená léčba pro Crohnovu nemoc nebo ulcerózní kolitidu	0,3927
06-C02	06-C02-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar trávicí soustavy	0,2723
06-C02	06-C02-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar jícnu nebo žaludku	0,3471
06-C02	06-C02-03	Chemoterapie pro zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu	0,2577
06-D01	06-D01-00	Endoskopický diagnostický výkon a staging pro Crohnovu nemoc a ulcerózní kolitidu	1,3544
06-I05	06-I05-01	Roboticky asistované odstranění nebo resekce konečníku	4,1919
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	4,6520
06-I12	06-I12-02	Chirurgický výkon na žaludku nebo střevu mimo resekce pro závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-3	2,5862
06-I12	06-I12-03	Chirurgický výkon na žaludku nebo střevu mimo resekce pro méně závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-3	1,8894
06-I13	06-I13-01	Stomický výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	3,7052
06-I13	06-I13-02	Stomický výkon pro závažné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	2,0766
06-I13	06-I13-03	Stomický výkon pro méně závažné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	1,6753
06-I14	06-I14-01	Drenážní výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	3,5490
06-I14	06-I14-02	Drenážní výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	1,6961
06-I20	06-I20-01	Jiný chirurgický výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=2-4	2,5153
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	1,6910
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	0,4210

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
06-I22	06-I22-01	Chirurgické odstranění hemoroidů staplerovou metodou	0,6437
06-I22	06-I22-02	Chirurgické odstranění hemoroidů klasickou metodou	0,4360
06-K01	06-K01-01	Klostridiová střevní infekce u pacientů s CC=4	2,0233
06-K01	06-K01-02	Klostridiová střevní infekce u pacientů s CC=2-3	1,2551
06-K01	06-K01-03	Klostridiová střevní infekce u pacientů s CC=0-1	0,7997
06-K02	06-K02-01	Střevní infekce mimo klostridiové u pacientů s CC=4	1,3010
06-K02	06-K02-02	Střevní infekce mimo klostridiové u pacientů s CC=2-3	0,7991
06-K02	06-K02-03	Parazitární a bakteriální střevní infekce mimo klostridiové u pacientů s CC=0-1	0,4796
06-K02	06-K02-04	Virové střevní infekce u pacientů s CC=0-1	0,3634
06-K03	06-K03-01	Refluxní onemocnění a zánět jícnu u pacientů s CC=4	1,5786
06-K03	06-K03-02	Refluxní onemocnění a zánět jícnu u pacientů s CC=2-3	0,9657
06-K03	06-K03-03	Refluxní onemocnění a zánět jícnu u pacientů s CC=0-1	0,4402
06-K04	06-K04-01	Peptický vřed a zánět žaludku u pacientů s CC=4	1,9043
06-K04	06-K04-02	Peptický vřed a zánět žaludku s perforací nebo krvácením nebo u pacientů s CC=2-3	0,8832
06-K04	06-K04-03	Peptický vřed bez perforace a krvácení a jiný zánět žaludku u pacientů s CC=0-1	0,3825
06-K05	06-K05-01	Nemoci apendixu se zánětem peritonea	1,0575
06-K05	06-K05-02	Nemoci apendixu bez zánětu peritonea	0,3514
06-K06	06-K06-01	Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida u pacientů s CC=1-4	1,3448
06-K06	06-K06-02	Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida u pacientů s CC=0	0,6936
06-K07	06-K07-01	Divertikulární nemoc střeva s perforací a abscesem nebo u pacientů s CC=2-4	0,8850
06-K07	06-K07-02	Divertikulární nemoc střeva bez perforace a abscesu u pacientů s CC=0-1	0,4442
06-K08	06-K08-01	Varixy jícnu s krvácením nebo jiné funkční a strukturální poruchy jícnu a žaludku u pacientů s CC=3-4	1,3269
06-K08	06-K08-02	Funkční a strukturální poruchy jícnu a žaludku mimo krvácející varixy s CC=0-2	0,3958
06-K09	06-K09-01	Kýly u pacientů s CC=2-4	1,3519
06-K09	06-K09-02	Kýly u pacientů s CC=0-1	0,3555
06-K10	06-K10-01	Vaskulární onemocnění střeva nebo obstrukce trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	1,6342
06-K10	06-K10-02	Vaskulární onemocnění střeva u pacientů s CC=0-2 nebo obstrukce trávicí soustavy u pacientů s CC=1-2	0,7926
06-K10	06-K10-03	Obstrukce trávicí soustavy u pacientů s CC=0	0,4388
06-K11	06-K11-00	Nemoci anorekta	0,3481
06-K12	06-K12-01	Pooperační střevní malabsorpce	2,0524
06-K12	06-K12-02	Střevní malabsorpce mimo pooperační	0,5052
06-K13	06-K13-01	Zhoubný novotvar jícnu a žaludku v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,0836
06-K13	06-K13-02	Zhoubný novotvar jícnu a žaludku v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,6088
06-K13	06-K13-03	Zhoubný novotvar jícnu a žaludku mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,8684
06-K13	06-K13-04	Zhoubný novotvar jícnu a žaludku mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4728
06-K14	06-K14-01	Zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,1700

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
06-K14	06-K14-02	Zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,5728
06-K14	06-K14-03	Zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,8319
06-K14	06-K14-04	Zhoubný novotvar střeva, konečníku, řiti a řitního kanálu mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4802
06-K15	06-K15-01	Novotvary trávicích orgánů mimo zhoubné u pacientů s CC=1-4	0,5806
06-K15	06-K15-02	Novotvary trávicích orgánů mimo zhoubné u pacientů s CC=0	0,2777
06-K16	06-K16-00	Vrozené vady trávicí soustavy	0,5506
06-K17	06-K17-01	Traumata trávicí soustavy mimo cizí těleso	0,5445
06-K17	06-K17-02	Cizí těleso v trávicí soustavě	0,2968
06-K18	06-K18-00	Umělá vyústění trávicí soustavy	0,4201
06-K19	06-K19-01	Zánět pobřišnice nebo střeva u pacientů s CC=3-4	1,4271
06-K19	06-K19-02	Zánět pobřišnice nebo střeva u pacientů s CC=1-2	1,1658
06-K19	06-K19-03	Zánět pobřišnice nebo střeva u pacientů s CC=0	0,8901
06-K20	06-K20-01	Krvácení z trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	1,4596
06-K20	06-K20-02	Krvácení z trávicí soustavy u pacientů s CC=1-2	0,9370
06-K20	06-K20-03	Krvácení z trávicí soustavy u pacientů s CC=0	0,4423
06-K21	06-K21-01	Jiný neinfekční střevní zánět u pacientů s CC=3-4	1,4296
06-K21	06-K21-02	Jiný neinfekční střevní zánět u pacientů s CC=1-2	0,8085
06-K21	06-K21-03	Jiný neinfekční střevní zánět u pacientů s CC=0	0,4443
06-K22	06-K22-01	Jiné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	1,2008
06-K22	06-K22-02	Jiné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=1-2	0,5802
06-K22	06-K22-03	Jiné onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0	0,3165
06-M01	06-M01-01	Endoskopický výkon pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=3-4	2,1871
06-M01	06-M01-02	Endoskopický výkon pro odstranění léze trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	1,2191
06-M01	06-M01-03	Endoskopická dilatace trávicí trubice, zavedení stentu nebo stavění krvácení z trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	0,8245
06-M01	06-M01-04	Endoskopické zavedení gastrostomie pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	0,6510
06-M01	06-M01-05	Endoskopický výkon pro jícnové varixy, odstranění polypu nebo cizího tělesa z trávicí soustavy u pacientů s CC=0-2	0,4171
06-R01	06-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	5,8961
06-R01	06-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,5322
06-R01	06-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,3937
06-R01	06-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,8504
06-R01	06-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,2970
06-R01	06-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,9931
06-R01	06-R01-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,8460
06-R01	06-R01-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v délce 1-5	0,8651

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
		ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	
06-R02	06-R02-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,7760
06-R02	06-R02-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar trávicí soustavy v rámci 1 ozařovacího dne	0,6487
07-C01	07-C01-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní	0,3924
07-C01	07-C01-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní	0,3053
07-I05	07-I05-00	Destrukční výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní	1,7683
07-I07	07-I07-00	Nekrektomie nebo drenážní výkon pro akutní zánět slinivky břišní	10,6993
07-I09	07-I09-00	Výkon na nervech pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní	1,1562
07-I11	07-I11-01	Jiný chirurgický výkon v dutině břišní pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=2-4	3,2428
07-I11	07-I11-02	Jiný chirurgický výkon v dutině břišní pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=0-1	1,5151
07-K01	07-K01-01	Zánět a selhání jater u pacientů s CC=3-4	1,7039
07-K01	07-K01-02	Zánět a selhání jater u pacientů s CC=0-2	0,9301
07-K02	07-K02-01	Akutní zánět slinivky břišní u pacientů s CC=3-4	2,6397
07-K02	07-K02-02	Akutní zánět slinivky břišní u dětí do 18 let věku nebo u pacientů s CC=2	1,4137
07-K02	07-K02-03	Akutní zánět slinivky břišní u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	0,7742
07-K03	07-K03-01	Chronický zánět a cysta slinivky břišní u pacientů s CC=3-4	2,1691
07-K03	07-K03-02	Chronický zánět a cysta slinivky břišní u pacientů s CC=0-2	0,5306
07-K04	07-K04-01	Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=4	2,9830
07-K04	07-K04-02	Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=3	1,4744
07-K04	07-K04-03	Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=1-2 nebo hepatorenální syndrom	1,0898
07-K04	07-K04-04	Cirhóza a alkoholová hepatitida u pacientů s CC=0	0,6136
07-K05	07-K05-01	Obstrukce nebo zánět žlučníku a žlučových cest u pacientů s CC=3-4	1,4122
07-K05	07-K05-02	Zánět žlučníku a žlučových cest u pacientů s CC=0-2	0,6019
07-K05	07-K05-03	Obstrukce žlučníku a žlučových cest u pacientů s CC=0-2	0,3577
07-K06	07-K06-01	Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,0365
07-K06	07-K06-02	Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4571
07-K06	07-K06-03	Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,7653
07-K06	07-K06-04	Zhoubný novotvar jater, žlučníku a žlučových cest mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4605
07-K07	07-K07-01	Zhoubný novotvar slinivky břišní v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,0751
07-K07	07-K07-02	Zhoubný novotvar slinivky břišní v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,5326
07-K07	07-K07-03	Zhoubný novotvar slinivky břišní mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,8013
07-K07	07-K07-04	Zhoubný novotvar slinivky břišní mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4249
07-K08	07-K08-01	Novotvary hepatobiliární soustavy a slinivky břišní mimo zhoubné u pacientů s CC=2-4	0,8339

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
07-K08	07-K08-02	Novotvary hepatobiliární soustavy a slinivky břišní mimo zhoubné u pacientů s CC=0-1	0,3721
07-K09	07-K09-00	Vrozené vady hepatobiliární soustavy a slinivky břišní	0,8726
07-K10	07-K10-00	Traumata hepatobiliární soustavy a slinivky břišní	1,2437
07-K11	07-K11-01	Jiné nemoci hepatobiliární soustavy a slinivky břišní u pacientů s CC=3-4	1,2998
07-K11	07-K11-02	Jiné nemoci hepatobiliární soustavy a slinivky břišní u dětí do 18 let věku s CC=0-2	0,7090
07-K11	07-K11-03	Jiné nemoci hepatobiliární soustavy a slinivky břišní u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2	0,4106
07-M01	07-M01-00	Eliminační metody pro náhradu funkce akutně selhávajících jater	3,3779
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	6,2643
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	6,0341
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	3,5415
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	3,0390
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	2,3298
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	1,8903
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	1,8026
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	1,0079
07-R03	07-R03-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,7737
07-R03	07-R03-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy v rámci 1 ozařovacího dne	0,6487
08-C01	08-C01-01	Aplikace více než 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	5,4405
08-C01	08-C01-02	Aplikace 90 až 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	3,4270
08-C01	08-C01-03	Aplikace 45 až 90 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	1,9153
08-C01	08-C01-04	Aplikace 25 až 45 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	1,2584
08-C01	08-C01-05	Aplikace 15 až 25 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	1,1969
08-C01	08-C01-06	Aplikace méně než 15 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro systémové onemocnění pojivových tkání	1,2526
08-C03	08-C03-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání	1,3807
08-C03	08-C03-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání	1,0652
08-C04	08-C04-01	Cílená léčba pro autoimunitní onemocnění pojivových tkání	0,7927

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
08-C04	08-C04-02	Chemoterapie pro autoimunitní onemocnění pojivových tkání	0,4392
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	4,3731
08-I12	08-I12-02	Amputace části končetiny pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=0-2	1,9522
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	1,7848
08-I17	08-I17-02	Operace poranění kostí předloktí a zápěstí v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	0,9831
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	1,2888
08-I17	08-I17-04	Operace poranění kostí předloktí a zápěstí mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	0,8467
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	1,0648
08-I24	08-I24-02	Operace pletence ramenního, kostí předloktí a zápěstí mimo poranění u pacientů s CC=0	0,7447
08-I25	08-I25-01	Operace kostí nártu, dlaně a prstů mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=1-4	0,9656
08-I25	08-I25-02	Operace kostí nártu, dlaně a prstů mimo poranění u pacientů s CC=0	0,5746
08-I26	08-I26-01	Operace vazivového aparátu kolene mimo poranění	1,1702
08-I26	08-I26-02	Rekonstrukce nebo sutura ostatních vazů, šlach a svalů mimo poranění	0,8340
08-I26	08-I26-03	Chirurgické uvolnění svalů a šlach mimo poranění	0,4568
08-I29	08-I29-01	Krytí defektu kožním štěpem pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=2-4	2,0428
08-I29	08-I29-02	Krytí defektu kožním štěpem pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=0-1	1,6821
08-I30	08-I30-01	Drenážní výkon a chirurgické odstranění nekrotické tkáně pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=2-4	2,1389
08-I30	08-I30-02	Drenážní výkon a chirurgické odstranění nekrotické tkáně u pacientů s CC=0-1	1,2816
08-I31	08-I31-01	Resekce zhoubného novotvaru kostí končetin	1,0080
08-I31	08-I31-02	Resekce zhoubného novotvaru měkkých tkání	1,2277
08-I31	08-I31-03	Ostatní excize a exstirpace kostí končetin	0,7394
08-I31	08-I31-04	Ostatní excize a menší výkony na měkkých tkáních a kůži	0,5095
08-I32	08-I32-01	Odstranění endoprotézy kloubu	2,8792
08-I32	08-I32-02	Odstranění jiného osteosyntetického materiálu	0,4143
08-K01	08-K01-01	Systémová onemocnění pojivových tkání u pacientů s CC=2-4	1,4827
08-K01	08-K01-02	Systémová onemocnění pojivových tkání u pacientů s CC=1	1,1327
08-K01	08-K01-03	Systémová onemocnění pojivových tkání u pacientů s CC=0	0,6531
08-K02	08-K02-01	Neinfekční zánětlivá onemocnění kloubů a páteře u pacientů s CC=2-4	1,5983
08-K02	08-K02-02	Neinfekční zánětlivá onemocnění kloubů a páteře u pacientů s CC=1	1,2082
08-K02	08-K02-03	Neinfekční zánětlivá onemocnění kloubů a páteře u pacientů s CC=0	0,7356
08-K03	08-K03-01	Infekční onemocnění obratlů a meziobratlových plotének u pacientů s CC=1-4	3,1173
08-K03	08-K03-02	Infekční onemocnění obratlů a meziobratlových plotének u pacientů	1,5814

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
		s CC=0 nebo ostatní infekce kloubů a kostí u pacientů s CC=1-4 nebo akutní osteomyelitida	
08-K03	08-K03-03	Ostatní infekční onemocnění kloubů a kostí u pacientů s CC=0	0,8070
08-K04	08-K04-01	Jiná onemocnění kostí, kloubů a měkkých tkání u pacientů s CC=1-4	1,0062
08-K04	08-K04-02	Jiná onemocnění kostí, kloubů a měkkých tkání u pacientů do 18 let s CC=0	0,4882
08-K04	08-K04-03	Jiná onemocnění kostí, kloubů a měkkých tkání u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,4505
08-K05	08-K05-00	Patologické zlomeniny	0,9922
08-K06	08-K06-01	Deformity a vrozené vady pohybového aparátu kromě páteře, ruky a chodidla	1,4319
08-K06	08-K06-02	Deformity a vrozené vady ruky a chodidla	0,1648
08-K07	08-K07-00	Mozková obrna a jiné syndromy ochrnutí	0,9516
08-K08	08-K08-00	Jiná onemocnění páteře a bolest zad	0,5167
08-K09	08-K09-01	Zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,3799
08-K09	08-K09-02	Zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání v CVSP u pacientů s CC=0-1	1,0061
08-K09	08-K09-03	Zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	1,1301
08-K09	08-K09-04	Zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,8355
08-K10	08-K10-00	Nezhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání	0,8189
08-K11	08-K11-01	Poranění míchy a zlomeniny obratlů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4	0,9945
08-K11	08-K11-02	Poranění míchy a zlomeniny obratlů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0	0,6239
08-K11	08-K11-03	Ostatní poranění páteře v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,3881
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	0,6827
08-K11	08-K11-05	Poranění míchy a zlomeniny obratlů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0	0,3947
08-K11	08-K11-06	Ostatní poranění páteře mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,2089
08-K12	08-K12-01	Poranění pánve a stehna v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4	1,5251
08-K12	08-K12-02	Poranění pánve a stehna v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0	0,7162
08-K12	08-K12-03	Poranění pánve a stehna mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4	0,7865
08-K12	08-K12-04	Poranění pánve a stehna mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0-1	0,4266
08-K13	08-K13-01	Poranění končetin mimo pánev a stehno v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=1-4	0,8005
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	0,4721
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	0,4873
08-K13	08-K13-04	Poranění končetin mimo pánev a stehno mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let a s CC=0-1	0,2770
08-K14	08-K14-01	Poranění páteře, pánve a stehna v CVSP u dětí do 16 let	0,6300
08-K14	08-K14-02	Poranění dolní končetiny mimo pánev a stehno v CVSP u dětí do 16 let	0,4150

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
08-K14	08-K14-03	Poranění horní končetiny v CVSP u dětí do 16 let	0,2617
08-K14	08-K14-04	Poranění páteře a dolní končetiny mimo CVSP u dětí do 16 let	0,4944
08-K14	08-K14-05	Poranění horní končetiny mimo CVSP u dětí do 16 let	0,3062
08-K15	08-K15-00	Následná ortopedická péče nebo neurčené poruchy muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání	0,4418
08-M01	08-M01-00	Léčebná výměnná plazmaferéza pro systémové onemocnění pojivových tkání	5,1256
08-M03	08-M03-01	Revizní nebo zvláště složitá rekonstrukční artroskopie	1,0430
08-M03	08-M03-02	Artroskopická stabilizace ramene nebo rekonstrukce rotátorové manžety	0,8697
08-M03	08-M03-03	Artroskopická dekomprese ramene	0,6945
08-M03	08-M03-04	Rekonstrukční artroskopie kloubů mimo rameno	0,8609
08-M03	08-M03-05	Složitá artroskopie	0,5176
08-M03	08-M03-06	Jednoduchá artroskopie	0,4190
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	6,2658
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	6,0353
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	3,5127
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	2,9905
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	2,3751
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	1,7833
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	1,8242
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	1,1725
09-C01	09-C01-00	Izolovaná regionální hypertermní perfúze končetiny cytostatiky pro melanom kůže	3,8358
09-C02	09-C02-00	Cílená léčba pro papuloskvamózní onemocnění	0,1147
09-C03	09-C03-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar prsu	0,4546
09-C03	09-C03-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar prsu	0,3780
09-C04	09-C04-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar kůže	0,3389
09-C04	09-C04-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar kůže	0,4307
09-I02	09-I02-01	Amputace celé končetiny nebo amputace části končetiny mimo prsty pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=3-4	3,7465
09-I02	09-I02-02	Amputace části končetiny pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=0-2	2,2504
09-I05	09-I05-01	Opakovaný chirurgický výkon pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu s CC=3-4	2,8424
09-I05	09-I05-02	Opakovaný chirurgický výkon pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu s CC=0-2	1,8446
09-I11	09-I11-01	Amputace prstů nebo záprstí pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=2-4	1,4385

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
09-I11	09-I11-02	Amputace prstů nebo záprstí pro nemoci a poruchy kůže a podkožní tkáně u pacientů s CC=0-1	0,9704
09-I12	09-I12-01	Krytí defektu kožním štěpem pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu se závažnou hlavní diagnózou nebo u pacientů s CC=2-4	1,1513
09-I12	09-I12-02	Krytí defektu kožním štěpem pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u u pacientů s CC=0-1	0,7899
09-I13	09-I13-01	Jiný chirurgický výkon pro zánětlivé onemocnění kůže u pacientů s CC=3-4 nebo pro nezápětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=4	2,2027
09-I13	09-I13-02	Jiný chirurgický výkon pro zánětlivé onemocnění kůže u pacientů s CC=1-2 nebo pro nezápětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=3	1,3832
09-I13	09-I13-03	Jiný chirurgický výkon pro zánětlivé onemocnění kůže u pacientů s CC=0 nebo pro nezápětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=1-2	0,7738
09-I13	09-I13-04	Jiný chirurgický výkon pro vybrané nezápětlivé onemocnění kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0	0,5773
09-I13	09-I13-05	Jiný chirurgický výkon pro novotvary kůže, podkožní tkáně a prsu mimo melanom u pacientů s CC=0	0,4366
09-K01	09-K01-01	Onemocnění kůže způsobená mikroorganismy a parazity u pacientů s CC=4	2,1405
09-K01	09-K01-02	Onemocnění kůže způsobená mikroorganismy a parazity u pacientů s CC=1-3	1,0527
09-K01	09-K01-03	Růže u pacientů s CC=0	0,8833
09-K01	09-K01-04	Jiná onemocnění kůže způsobená mikroorganismy a parazity u pacientů s CC=0	0,5782
09-K02	09-K02-00	Bulózní dermatózy a papuloskvamózní onemocnění	1,1361
09-K03	09-K03-01	Vředová onemocnění kůže u pacientů s CC=1-4	1,4508
09-K03	09-K03-02	Vředová onemocnění kůže u pacientů s CC=0	1,0156
09-K04	09-K04-01	Jiná zánětlivá onemocnění kůže u pacientů s CC=1-4	0,7806
09-K04	09-K04-02	Jiná zánětlivá onemocnění kůže u pacientů s CC=0	0,6828
09-K05	09-K05-00	Erytematózní onemocnění	0,6938
09-K06	09-K06-00	Lymfedém	0,8349
09-K07	09-K07-01	Zhoubný novotvar kůže u pacientů s CC=2-4	1,0827
09-K07	09-K07-02	Zhoubný novotvar kůže u pacientů s CC=0-1	0,4045
09-K08	09-K08-01	Zhoubný novotvar prsu v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,1131
09-K08	09-K08-02	Zhoubný novotvar prsu v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,5485
09-K08	09-K08-03	Zhoubný novotvar prsu mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,7569
09-K08	09-K08-04	Zhoubný novotvar prsu mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4702
09-K09	09-K09-00	Novotvary kůže mimo zhoubné	0,4952
09-K10	09-K10-00	Novotvary prsu mimo zhoubné	0,4550
09-K11	09-K11-00	Vrozené vady kůže, podkožní tkáně a prsu	1,0340
09-K12	09-K12-00	Poranění kožního krytu hlavy a krku	0,2435
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	0,5890
09-K13	09-K13-02	Povrchové poranění kožního krytu trupu nebo končetin u pacientů s CC=0	0,3014
09-K14	09-K14-01	Jiná onemocnění kůže a podkožního vaziva u pacientů s CC=1-4	0,8937

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
09-K14	09-K14-02	Jiná onemocnění kůže a podkožního vaziva u pacientů s CC=0	0,5055
09-K15	09-K15-00	Jiné nemoci a poruchy prsní tkáně	0,5424
09-K16	09-K16-00	Následky poranění a následná péče	0,5442
09-R01	09-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	5,6888
09-R01	09-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	3,8940
09-R01	09-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,4849
09-R01	09-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar kůže a prsu v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,2966
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	2,3236
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	1,3666
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	1,8513
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	0,8477
09-R02	09-R02-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar prsu v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,8131
09-R02	09-R02-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar prsu v rámci 1 ozařovacího dne	0,6487
10-C01	10-C01-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar štítné žlázy	0,7347
10-C01	10-C01-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar endokrinních žláz	0,3885
10-I02	10-I02-01	Výkon na cévách s chirurgickým výkonem na noze pro syndrom diabetické nohy v CVSP	3,7247
10-I02	10-I02-02	Výkon na cévách s chirurgickým výkonem na noze pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP	2,3452
10-I03	10-I03-01	Výkon na cévách bez chirurgického výkonu na noze pro syndrom diabetické nohy v CVSP	3,3295
10-I03	10-I03-02	Výkon na cévách bez chirurgického výkonu na noze pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP	2,3452
10-I04	10-I04-01	Amputace celé dolní končetiny nebo amputace části končetiny nad kotníkem pro syndrom diabetické nohy v CVSP u pacientů s CC=3-4	4,1981
10-I04	10-I04-02	Amputace části končetiny nad kotníkem pro syndrom diabetické nohy v CVSP u pacientů s CC=0-2	2,1144
10-I04	10-I04-03	Amputace celé dolní končetiny nebo amputace části končetiny nad kotníkem pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP u pacientů s CC=3-4	2,8349
10-I04	10-I04-04	Amputace části končetiny nad kotníkem pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP u pacientů s CC=0-2	1,7377
10-I07	10-I07-01	Amputace končetiny pod kotníkem pro syndrom diabetické nohy v CVSP	1,0918
10-I07	10-I07-02	Amputace končetiny pod kotníkem pro syndrom diabetické nohy mimo CVSP	0,8612
10-I08	10-I08-01	Jiný chirurgický výkon na diabetické noze u pacientů s infekcí nebo s CC=3-4	1,3737
10-I08	10-I08-02	Jiný chirurgický výkon na diabetické noze u pacientů s CC=0-2 bez infekce	0,8561
10-K01	10-K01-01	Nemoci štítné žlázy a příštítných tělísek u pacientů s CC=3-4	1,2074
10-K01	10-K01-02	Záněty a funkční poruchy štítné žlázy a příštítných tělísek u pacientů s CC=0-2	0,6317

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
10-K01	10-K01-03	Strukturální a jiné poruchy štítné žlázy a příštítných tělísek u pacientů s CC=0-2	0,4029
10-K02	10-K02-01	Syndrom diabetické nohy u pacientů s CC=3-4	2,0976
10-K02	10-K02-02	Syndrom diabetické nohy u pacientů s CC=0-2 a infekcí	0,7236
10-K02	10-K02-03	Syndrom diabetické nohy u pacientů s CC=0-2 bez infekce	0,5629
10-K03	10-K03-01	Diabetická ketoacidóza nebo kóma u pacientů s CC=4	2,0244
10-K03	10-K03-02	Diabetická ketoacidóza nebo kóma u dětí do 16 let věku s CC=0-3	1,3724
10-K03	10-K03-03	Diabetická ketoacidóza nebo kóma u pacientů ve věku 16 a více let s CC=2-3	1,3075
10-K03	10-K03-04	Diabetická ketoacidóza nebo kóma u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-1	0,6516
10-K04	10-K04-01	Diabetes mellitus u pacientů s CC=4	1,8913
10-K04	10-K04-02	Diabetes mellitus u pacientů ve věku 16 a více let s CC=2-3	1,0504
10-K04	10-K04-03	Diabetes mellitus u dětí do 16 let věku s CC=0-3	0,7984
10-K04	10-K04-04	Diabetes mellitus u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-1	0,5633
10-K05	10-K05-01	Funkční poruchy hypofýzy a nadledviny u pacientů s CC=1-4	0,9848
10-K05	10-K05-02	Funkční poruchy hypofýzy a nadledviny u pacientů s CC=0	0,4346
10-K06	10-K06-00	Zhoubný novotvar štítné žlázy a příštítných tělísek	0,4488
10-K07	10-K07-00	Zhoubný novotvar nadledviny	0,7192
10-K08	10-K08-00	Novotvary endokrinních žláz mimo zhoubné	0,5691
10-K09	10-K09-00	Vrozené vady endokrinních žláz	0,8576
10-K10	10-K10-00	Poruchy pohlavního a fyziologického vývoje	0,5475
10-K11	10-K11-01	Těžká podvýživa a nutriční karence u pacientů s CC=2-4	1,8822
10-K11	10-K11-02	Těžká podvýživa a nutriční karence u pacientů s CC=0-1	1,0618
10-K12	10-K12-01	Poruchy metabolismu a vnitřního prostředí mimo dehydrataci u pacientů s CC=4	1,8906
10-K12	10-K12-02	Poruchy metabolismu a vnitřního prostředí mimo dehydrataci u pacientů s CC=1-3	0,9483
10-K12	10-K12-03	Poruchy metabolismu a vnitřního prostředí mimo dehydrataci u pacientů s CC=0	0,5063
10-K13	10-K13-01	Jiné nutriční poruchy u pacientů s CC=4	2,5509
10-K13	10-K13-02	Jiné nutriční poruchy u pacientů s CC=1-3	1,0143
10-K13	10-K13-03	Jiné nutriční poruchy u pacientů s CC=0	0,4626
10-K14	10-K14-01	Dehydratace u pacientů s CC=4	1,4377
10-K14	10-K14-02	Dehydratace u pacientů ve věku 65 a více let s CC=2-3	0,7044
10-K14	10-K14-03	Dehydratace u pacientů ve věku 65 a více let s CC=0-1	0,5044
10-K14	10-K14-04	Dehydratace u pacientů do 65 let věku s CC=2-3	0,4956
10-K14	10-K14-05	Dehydratace u pacientů do 65 let věku s CC=0-1	0,3464
10-K15	10-K15-01	Obezita u pacientů s CC=2-4	1,8311
10-K15	10-K15-02	Obezita u pacientů s CC=0-1	1,0346
10-K16	10-K16-01	Jiné nemoci endokrinních žláz u pacientů s CC=4	2,0619
10-K16	10-K16-02	Jiné nemoci endokrinních žláz u pacientů s CC=1-3	0,7115
10-K16	10-K16-03	Jiné nemoci endokrinních žláz u pacientů s CC=0	0,3797
10-M01	10-M01-00	Zavedení inzulínové pumpy	0,5633
10-R01	10-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo	6,3021

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
		příšitých tělísek v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	
10-R01	10-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příšitých tělísek v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	6,0341
10-R01	10-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příšitých tělísek v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,5671
10-R01	10-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příšitých tělísek v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	3,0549
10-R01	10-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příšitých tělísek v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,3298
10-R01	10-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příšitých tělísek v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,8903
10-R01	10-R01-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příšitých tělísek v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,8277
10-R01	10-R01-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar štítné žlázy nebo příšitých tělísek v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,0654
11-C01	11-C01-01	Chemoterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy u dětí do 18 let	0,8708
11-C01	11-C01-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy u pacientů ve věku 18 a více let	0,2630
11-I07	11-I07-01	Roboticky asistovaná resekce ledviny	2,5976
11-I10	11-I10-01	Roboticky asistovaná plastika ledvinové pánvičky	2,8389
11-I11	11-I11-01	Exploratorní nebo drenážní výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=2-4	2,7764
11-I11	11-I11-02	Exploratorní nebo drenážní výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=0-1	1,1984
11-I15	11-I15-00	Destrukční výkon pro novotvary vylučovací soustavy	0,8233
11-I16	11-I16-01	Vytvoření AV zkratu protézou pro chronické onemocnění ledvin	1,1221
11-I16	11-I16-02	Vytvoření nebo úprava AV zkratu bez použití protézy pro chronické onemocnění ledvin	0,4948
11-I17	11-I17-01	Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=3-4	1,8376
11-I17	11-I17-02	Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=1-2	0,7890
11-I17	11-I17-03	Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=0	0,5061
11-K01	11-K01-01	Záněty močových cest u pacientů s CC=3-4	1,2690
11-K01	11-K01-02	Záněty močových cest u pacientů s CC=1-2	0,8229
11-K01	11-K01-03	Záněty močových cest u pacientů s CC=0	0,5949
11-K02	11-K02-01	Hemolyticko-uremický syndrom nebo jiné akutní onemocnění ledvin u pacientů s CC=4	2,1690
11-K02	11-K02-02	Jiné akutní onemocnění ledvin u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-3	1,2911
11-K02	11-K02-03	Jiné akutní onemocnění ledvin u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	0,7979
11-K03	11-K03-01	Chronické onemocnění ledvin u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=3-4	1,2429
11-K03	11-K03-02	Chronické onemocnění ledvin u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2	0,6008
11-K04	11-K04-01	Pyonefróza nebo jiné obstrukční, strukturální a funkční poruchy	0,8812

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
		horních cest močových u pacientů s CC=2-4	
11-K04	11-K04-02	Jiné obstruktivní, strukturální a funkční poruchy horních cest močových u pacientů s CC=0-1	0,3669
11-K05	11-K05-00	Obstruktivní, strukturální a funkční poruchy dolních cest močových	0,3673
11-K06	11-K06-01	Močové kameny u dětí do 18 let nebo pacientů ve věku 60 a více let	0,2977
11-K06	11-K06-02	Močové kameny u pacientů ve věku 18-59 let	0,2263
11-K07	11-K07-01	Zhoubný novotvar ledviny a horních cest močových v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,0079
11-K07	11-K07-02	Zhoubný novotvar ledviny a horních cest močových v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4869
11-K07	11-K07-03	Zhoubný novotvar ledviny a horních cest močových mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,6928
11-K07	11-K07-04	Zhoubný novotvar ledviny a horních cest močových mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4100
11-K08	11-K08-01	Zhoubný novotvar močového měchýře a dolních cest močových v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,8214
11-K08	11-K08-02	Zhoubný novotvar močového měchýře a dolních cest močových v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4739
11-K08	11-K08-03	Zhoubný novotvar močového měchýře a dolních cest močových mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,7313
11-K08	11-K08-04	Zhoubný novotvar močového měchýře a dolních cest močových mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4096
11-K09	11-K09-00	Novotvary ledviny a horních cest močových mimo zhoubné	0,4396
11-K10	11-K10-00	Novotvary močového měchýře a dolních cest močových mimo zhoubné	0,4230
11-K11	11-K11-00	Vrozené vady vylučovací soustavy	0,5271
11-K12	11-K12-01	Traumata vylučovací soustavy u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-4	1,7997
11-K12	11-K12-02	Traumata vylučovací soustavy u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	0,4983
11-K13	11-K13-01	Ošetření umělých vyústění u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=1-4	0,4915
11-K13	11-K13-02	Ošetření umělých vyústění u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,2650
11-K14	11-K14-01	Jiné nemoci vylučovací soustavy u pacientů ve věku 18 a více let s CC=3-4 nebo u dětí do 18 let věku s CC=1-4	1,1149
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	0,5226
11-K14	11-K14-03	Jiné nemoci vylučovací soustavy u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	0,3060
11-M02	11-M02-01	Eliminační metody krve pro akutní selhání ledvin provedené v 6 a více dnech	5,7610
11-M02	11-M02-02	Eliminační metody krve pro akutní selhání ledvin provedené ve 4-5 dnech	2,7364
11-M02	11-M02-03	Eliminační metody krve pro akutní selhání ledvin provedené v 1-3 dnech	2,1475
11-M02	11-M02-04	Eliminační metody krve pro chronické selhání ledvin provedené v 6 a více dnech	3,6068
11-M02	11-M02-05	Eliminační metody krve pro chronické selhání ledvin provedené v 4-5 dnech	1,6351
11-M02	11-M02-06	Eliminační metody krve pro chronické selhání ledvin provedené ve 2-3 dnech	0,9821
11-M02	11-M02-07	Eliminační metody krve pro chronické selhání ledvin provedené v 1 dni	0,5377

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
11-M04	11-M04-01	Jiný perkutánní výkon na ledvině pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=3-4	2,5193
11-M04	11-M04-02	Jiný perkutánní výkon na ledvině u pacientů s CC=1-2	1,6171
11-M04	11-M04-03	Jiný perkutánní výkon na ledvině u pacientů s CC=0	1,0784
11-R01	11-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	6,2680
11-R01	11-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,9569
11-R01	11-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,3479
11-R01	11-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	2,9588
11-R01	11-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	2,2943
11-R01	11-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 6-10 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,9005
11-R01	11-R01-07	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,8680
11-R01	11-R01-08	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,2254
12-C01	12-C01-01	Chemoterapie pro zhoubný novotvar varlat, pyje, šourku a testikulárních adnex	0,6511
12-C01	12-C01-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar prostaty	0,3048
12-D01	12-D01-00	Biopsie prostaty	0,2237
12-I01	12-I01-00	Odstranění nekrotické tkáně pro zánět mužské reprodukční soustavy	1,4093
12-I02	12-I02-01	Roboticky asistované odstranění prostaty včetně mizních uzlin	3,1241
12-I03	12-I03-01	Roboticky asistované odstranění prostaty bez mizních uzlin	2,6786
12-I08	12-I08-01	Odstranění varlete nebo nadvarlete u pacientů s CC=3-4	3,1506
12-I08	12-I08-02	Odstranění varlete nebo nadvarlete u pacientů s CC=1-2	1,0455
12-I08	12-I08-03	Odstranění varlete nebo nadvarlete pro onemocnění varlat nebo nadvarlat u pacientů s CC=0	0,7036
12-I08	12-I08-04	Odstranění varlete nebo nadvarlete pro zhoubný novotvar prostaty u pacientů s CC=0	0,5810
12-I09	12-I09-00	Destrukční výkon pro onemocnění prostaty	1,3019
12-I11	12-I11-00	Drenážní výkon pro onemocnění mužské reprodukční soustavy	1,0845
12-I14	12-I14-00	Jiný chirurgický výkon na penisu	0,4435
12-K01	12-K01-01	Záněty mužské reprodukční soustavy u pacientů s CC=3-4	1,0773
12-K01	12-K01-02	Záněty mužské reprodukční soustavy u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-2	0,5020
12-K01	12-K01-03	Záněty mužské reprodukční soustavy u dětí do 18 let s CC=0-2	0,3107
12-K02	12-K02-01	Funkční nebo strukturální poruchy prostaty u pacientů s CC=3-4	1,0773
12-K02	12-K02-02	Funkční nebo strukturální poruchy prostaty u pacientů s CC=0-2	0,3281
12-K03	12-K03-00	Funkční nebo strukturální poruchy penisu	0,2747
12-K04	12-K04-00	Funkční nebo strukturální poruchy šourku, varlete nebo testikulárních adnex	0,3879
12-K05	12-K05-01	Zhoubný novotvar prostaty v CVSP u pacientů s CC=2-4	0,9545
12-K05	12-K05-02	Zhoubný novotvar prostaty v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4415
12-K05	12-K05-03	Zhoubný novotvar prostaty mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,7739

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
12-K05	12-K05-04	Zhoubný novotvar prostaty mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,4081
12-K06	12-K06-00	Zhoubný novotvar penisu	0,5672
12-K07	12-K07-00	Zhoubný novotvar šourku, varlat a testikulárních adnex	0,3950
12-K08	12-K08-00	Novotvary mužské reprodukční soustavy mimo zhoubné	0,3544
12-K09	12-K09-00	Vrozené vady mužské reprodukční soustavy	0,4814
12-K10	12-K10-00	Traumata mužské reprodukční soustavy	0,3822
12-K11	12-K11-00	Jiné nemoci mužské reprodukční soustavy	0,4237
12-R02	12-R02-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	6,3370
12-R02	12-R02-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	5,7400
12-R02	12-R02-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,4845
12-R02	12-R02-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	3,0173
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	2,3228
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	1,8227
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	1,8099
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	0,8732
12-R03	12-R03-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,8533
12-R03	12-R03-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy v rámci 1 ozařovacího dne	0,6487
13-C01	13-C01-01	Cílená léčba pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy	0,2294
13-C01	13-C01-02	Chemoterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy	0,2349
13-I04	13-I04-01	Roboticky asistované odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar	2,6413
13-I18	13-I18-01	Jiný chirurgický výkon pro onemocnění ženské reprodukční soustavy otevřeným přístupem nebo u pacientek s CC=3-4	1,8515
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	0,9343
13-I18	13-I18-03	Jiný chirurgický výkon pro onemocnění ženské reprodukční soustavy u pacientek do 60 let věku s CC=0-2	0,6368
13-I19	13-I19-00	Malý operační výkon pro onemocnění ženské reprodukční soustavy	0,2468
13-K01	13-K01-01	Záněty ženské reprodukční soustavy u pacientek ve věku 60 a více let	0,6209
13-K01	13-K01-02	Záněty ženské reprodukční soustavy u pacientek do 60 let věku	0,4011
13-K02	13-K02-00	Funkční a strukturální poruchy děložních adnex	0,2408
13-K03	13-K03-00	Funkční a strukturální poruchy dělohy	0,2515
13-K04	13-K04-00	Funkční a strukturální poruchy pochvy a vulvy	0,3019
13-K05	13-K05-00	Genitální píštěle a sestup ženských pohlavních orgánů	0,6342
13-K06	13-K06-00	Endometrióza	0,3786
13-K07	13-K07-01	Zhoubný novotvar děložních adnex u pacientek s CC=2-4	1,1559

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
13-K07	13-K07-02	Zhoubný novotvar děložních adnex u pacientek s CC=0-1	0,3805
13-K08	13-K08-01	Zhoubný novotvar dělohy u pacientek s CC=2-4	1,2710
13-K08	13-K08-02	Zhoubný novotvar dělohy u pacientek s CC=0-1	0,4943
13-K09	13-K09-01	Zhoubný novotvar pochvy a vulvy u pacientek s CC=2-4	1,1843
13-K09	13-K09-02	Zhoubný novotvar pochvy a vulvy u pacientek s CC=0-1	0,4682
13-K10	13-K10-00	Novotvary děložních adnex mimo zhoubné	0,2843
13-K11	13-K11-00	Novotvary dělohy mimo zhoubné	0,2526
13-K12	13-K12-00	Novotvary pochvy a vulvy mimo zhoubné	0,2620
13-K13	13-K13-00	Vrozené vady ženské reprodukční soustavy	0,5005
13-K14	13-K14-00	Traumata ženské reprodukční soustavy	0,3313
13-K15	13-K15-01	Jiné nemoci ženské reprodukční soustavy u pacientek ve věku 60 a více let	0,3090
13-K15	13-K15-02	Jiné nemoci ženské reprodukční soustavy u pacientek do 60 let věku	0,1836
13-R01	13-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar děložního hrdla v délce 21 a více ozařovacích dní	7,1971
13-R01	13-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženských pohlavních orgánů vyjma hrdla děložního v délce 21 a více ozařovacích dní	5,8049
13-R01	13-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar děložního hrdla v délce 11-20 ozařovacích dní	3,4320
13-R01	13-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženských pohlavních orgánů vyjma hrdla děložního v délce 11-20 ozařovacích dní	3,3236
13-R01	13-R01-05	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar děložního hrdla v délce 6-10 ozařovacích dní	2,1760
13-R01	13-R01-06	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar ženských pohlavních orgánů vyjma hrdla děložního v délce 6-10 ozařovacích dní	1,8717
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	1,8877
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	0,9518
13-R02	13-R02-01	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,6773
13-R02	13-R02-02	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy v rámci 1 ozařovacího dne	0,6487
14-I07	14-I07-00	Cerkláž děložního hrdla v těhotenství	1,1327
14-I08	14-I08-01	Malý operační výkon v těhotenství, po porodu nebo po potratu se závažnou diagnózou	0,4423
14-I08	14-I08-02	Umělé přerušení těhotenství v II. trimestru nebo selektivní fetocida plodu při vícečetném těhotenství	0,3056
14-I08	14-I08-03	Jiný malý operační výkon v těhotenství, po porodu nebo po potratu bez závažné diagnózy	0,2110
14-K01	14-K01-00	Mimoděložní těhotenství	0,2497
14-K02	14-K02-00	Potrat	0,1754
14-K03	14-K03-01	Předporodní diagnózy při mnohočetném těhotenství nebo se závažnou diagnózou	0,5706
14-K03	14-K03-02	Předporodní diagnózy při těhotenství jednoho dítěte bez závažné diagnózy	0,2646
14-K04	14-K04-00	Falešný porod	0,1266
14-K05	14-K05-01	Péče o pacientku bezprostředně po porodu mimo zdravotnické zařízení	0,2170
14-K05	14-K05-02	Poporodní a poporodové diagnózy u pacientek ve věku 40 a více let	0,3819

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
		nebo se závažnou diagnózou	
14-K05	14-K05-03	Poporodní a popotratové diagnózy u pacientek do 40 let věku bez závažné diagnózy	0,3021
15-K01	15-K01-00	Časný překlad novorozence	0,1769
15-K02	15-K02-01	Časné úmrtí do 2 dnů u novorozence s hmotností do 1000 g	0,3016
16-C01	16-C01-01	Podání koagulačních faktorů v CVSP	1,4214
16-C01	16-C01-02	Podání koagulačních faktorů mimo CVSP	2,3643
16-C02	16-C02-00	Podání romiplostimu nebo eltrombopagu	4,3880
16-C03	16-C03-01	Podání trombocytů v CVSP u pacientů s CC=2-4	4,4528
16-C03	16-C03-02	Podání trombocytů v CVSP u pacientů s CC=0-1	3,5938
16-C03	16-C03-03	Podání trombocytů mimo CVSP	2,3453
16-C04	16-C04-01	Aplikace více než 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krve tvorby nebo imunitního mechanismu	5,4585
16-C04	16-C04-02	Aplikace 90 až 150 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krve tvorby nebo imunitního mechanismu	4,0061
16-C04	16-C04-03	Aplikace 45 až 90 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krve tvorby nebo imunitního mechanismu	2,1050
16-C04	16-C04-04	Aplikace 25 až 45 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krve tvorby nebo imunitního mechanismu	1,4072
16-C04	16-C04-05	Aplikace 15 až 25 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krve tvorby nebo imunitního mechanismu	1,4687
16-C04	16-C04-06	Aplikace méně než 15 ODTD intravenózních imunoglobulinů pro poruchu krve, krve tvorby nebo imunitního mechanismu	1,4434
16-C05	16-C05-01	Cílená léčba pro myelodysplastický syndrom	0,8912
16-C05	16-C05-02	Chemoterapie pro myelodysplastický syndrom	0,8405
16-C06	16-C06-00	Chemoterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku	0,3571
16-C07	16-C07-01	Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,8630
16-C07	16-C07-02	Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů v CVSP u pacientů s CC=0-1	1,1087
16-C07	16-C07-03	Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	1,1836
16-C07	16-C07-04	Podání faktorů stimulujících tvorbu leukocytů mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,6062
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	2,2306
16-I03	16-I03-02	Drenážní výkon pro onemocnění mízních uzlin, sleziny nebo brzlíku u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	1,2404
16-K01	16-K01-01	Zvětšení a zánět mízních uzlin u pacientů s CC=1-4	0,8616
16-K01	16-K01-02	Zvětšení a zánět mízních uzlin u pacientů s CC=0	0,5018
16-K02	16-K02-01	Anémie u pacientů s CC=3-4	1,2648
16-K02	16-K02-02	Anémie u pacientů s CC=1-2	0,7746
16-K02	16-K02-03	Anémie u pacientů s CC=0	0,5302
16-K03	16-K03-01	Poruchy krevního srážení u pacientů s CC=3-4	1,4385
16-K03	16-K03-02	Poruchy krevního srážení u pacientů s CC=1-2	0,9225
16-K03	16-K03-03	Poruchy krevního srážení u pacientů s CC=0	0,6232
16-K04	16-K04-01	Poruchy kostní dřeně v CVSP u pacientů s CC=1-4	1,3260
16-K04	16-K04-02	Poruchy kostní dřeně v CVSP u pacientů s CC=0	1,1209

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
16-K04	16-K04-03	Poruchy kostní dřeně mimo CVSP u pacientů s CC=1-4	1,0702
16-K04	16-K04-04	Poruchy kostní dřeně mimo CVSP u pacientů s CC=0	0,5615
16-K05	16-K05-00	Poruchy imunitních mechanismů	0,6651
16-K06	16-K06-01	Trauma sleziny v CVSP	1,6866
16-K06	16-K06-02	Trauma sleziny mimo CVSP	1,3930
16-K07	16-K07-00	Nemoci sleziny a brzlíku	0,9417
16-M01	16-M01-00	Léčebná výměnná plazmaferéza pro anémii nebo poruchu krevního srážení	6,2066
16-R01	16-R01-01	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 21 a více ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	6,2358
16-R01	16-R01-02	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 21 a více ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	6,0341
16-R01	16-R01-03	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 11-20 ozařovacích dní s použitím techniky IMRT	3,5483
16-R01	16-R01-04	Zevní radioterapie pro zhoubný novotvar sleziny nebo brzlíku v délce 11-20 ozařovacích dní bez použití techniky IMRT	3,0549
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	2,3298
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	1,8903
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	1,8277
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	1,0506
17-C01	17-C01-01	Indukční i reindukční fáze léčby akutní leukémie	19,4916
17-C01	17-C01-02	Indukční fáze léčby akutní leukémie	11,1118
17-C02	17-C02-01	Léčba relapsu akutní leukémie u pacientů s CC=4	11,7342
17-C02	17-C02-02	Léčba relapsu akutní leukémie u dětí do 18 let věku s CC=0-3	3,0871
17-C02	17-C02-03	Léčba relapsu akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-3	3,5813
17-C03	17-C03-01	Konsolidační fáze léčby akutní leukémie u pacientů s CC=4	3,6529
17-C03	17-C03-02	Konsolidační fáze léčby akutní leukémie u dětí do 18 let věku s CC=0-3	0,9447
17-C03	17-C03-03	Konsolidační fáze léčby akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-3	1,0248
17-C04	17-C04-01	Paliativní fáze léčby akutní leukémie u pacientů s CC=4	5,1556
17-C04	17-C04-02	Paliativní fáze léčby akutní leukémie u dětí do 18 let věku s CC=0-3	1,5115
17-C04	17-C04-03	Paliativní fáze léčby akutní leukémie u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-3	1,5115
17-C05	17-C05-01	Chemoterapie nebo cílená léčba pro onemocnění krvetvorby u pacientů s CC=4	6,2105
17-C05	17-C05-02	Cílená léčba pro mnohočetný myelom u pacientů s CC=0-3	1,7686
17-C05	17-C05-03	Cílená léčba pro chronickou lymfocytární leukémii u pacientů s CC=0-3	0,5966
17-C05	17-C05-04	Cílená léčba pro non-Hodgkinův lymfom u pacientů s CC=0-3	0,7712
17-C05	17-C05-05	Cílená léčba pro jiné onemocnění krvetvorby u pacientů s CC=0-3	1,1664
17-C05	17-C05-06	Chemoterapie pro mnohočetný myelom u pacientů s CC=0-3	0,5026
17-C05	17-C05-07	Chemoterapie pro chronickou lymfocytární leukémii u pacientů s CC=0-3	0,6078

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
17-C05	17-C05-08	Chemoterapie pro non-Hodgkinův lymfom u pacientů s CC=0-3	0,8378
17-C05	17-C05-09	Chemoterapie pro jiné onemocnění krevetvorby u pacientů s CC=0-3	0,7496
17-C06	17-C06-01	Chemoterapie nebo cílená léčba pro špatně diferencované novotvary u dětí do 18 let věku nebo u pacientů s CC=3-4	0,9907
17-C06	17-C06-02	Chemoterapie nebo cílená léčba pro špatně diferencované novotvary u pacientů s CC=0-2	0,3826
17-I08	17-I08-01	Jiný chirurgický výkon v dutině břišní, retroperitoneu nebo pánvi u pacientů s CC=3-4	2,4777
17-I08	17-I08-02	Jiný chirurgický výkon v dutině břišní, retroperitoneu nebo pánvi u pacientů s CC=0-2	1,1428
17-I09	17-I09-01	Jiný chirurgický výkon v oblasti hlavy a krku u pacientů s CC=3-4	3,1914
17-I09	17-I09-02	Jiný chirurgický výkon v oblasti hlavy a krku pro špatně diferencované novotvary u pacientů s CC=0-2	1,2550
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	0,9363
17-I10	17-I10-01	Resekční výkon na měkkých tkáních, kůži a prsu u pacientů s CC=3-4	3,6768
17-I10	17-I10-02	Resekční výkon na měkkých tkáních, kůži a prsu u pacientů s CC=0-2	0,9296
17-K01	17-K01-01	Akutní leukémie v CVSP u pacientů s CC=2-4	5,0046
17-K01	17-K01-02	Akutní leukémie v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,8379
17-K01	17-K01-03	Akutní leukémie mimo CVSP	1,0575
17-K02	17-K02-01	Chronická lymfocytární leukémie v CVSP u pacientů s CC=2-4	2,8917
17-K02	17-K02-02	Chronická lymfocytární leukémie v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,7186
17-K02	17-K02-03	Chronická lymfocytární leukémie mimo CVSP	0,6249
17-K03	17-K03-01	Mnohočetný myelom v CVSP u pacientů s CC=2-4	2,0348
17-K03	17-K03-02	Mnohočetný myelom v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,8943
17-K03	17-K03-03	Mnohočetný myelom mimo CVSP	1,0042
17-K04	17-K04-00	Hodgkinův lymfom	0,8666
17-K05	17-K05-01	Non-Hodgkinův lymfom v CVSP u pacientů s CC=2-4	2,6165
17-K05	17-K05-02	Non-Hodgkinův lymfom v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,9422
17-K05	17-K05-03	Non-Hodgkinův lymfom mimo CVSP	1,0004
17-K06	17-K06-00	Primárně kožní non-Hodgkinův lymfom	0,9905
17-K07	17-K07-01	Jiné myeloproliferativní poruchy a novotvary v CVSP u pacientů s CC=2-4	3,2158
17-K07	17-K07-02	Jiné myeloproliferativní poruchy a novotvary v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,9382
17-K07	17-K07-03	Jiné myeloproliferativní poruchy a novotvary mimo CVSP	1,1396
17-K08	17-K08-00	Novotvary mízních uzlin mimo lymfomy	0,6183
17-K09	17-K09-01	Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,4086
17-K09	17-K09-02	Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,7124
17-K09	17-K09-03	Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	0,9228
17-K09	17-K09-04	Novotvary peritonea, retroperitonea a jiných pojivových a měkkých tkání mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,3780
17-K10	17-K10-01	Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde v CVSP u pacientů s CC=2-4	1,6902

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
17-K10	17-K10-02	Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde v CVSP u pacientů s CC=0-1	0,6548
17-K10	17-K10-03	Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde mimo CVSP u pacientů s CC=2-4	1,3409
17-K10	17-K10-04	Novotvary neznámé lokalizace a nezařazené jinde mimo CVSP u pacientů s CC=0-1	0,5258
17-M01	17-M01-00	Terapeutická cytaferéza pro onemocnění krvetvorby	11,9390
17-R01	17-R01-01	Zevní radioterapie pro onemocnění krvetvorby vyjma akutní leukémie a kožního lymfomu v délce 21 a více ozařovacích dní	5,6744
17-R01	17-R01-02	Zevní radioterapie pro špatně diferencované novotvary nebo kožní lymfom v délce 21 a více ozařovacích dní	7,3385
17-R01	17-R01-03	Zevní radioterapie pro onemocnění krvetvorby vyjma akutní leukémie a kožního lymfomu v délce 11-20 ozařovacích dní	3,1718
17-R01	17-R01-04	Zevní radioterapie pro špatně diferencované novotvary nebo kožní lymfom v délce 11-20 ozařovacích dní	3,7311
17-R01	17-R01-05	Zevní radioterapie pro onemocnění krvetvorby vyjma akutní leukémie a kožního lymfomu v délce 6-10 ozařovacích dní	2,1767
17-R01	17-R01-06	Zevní radioterapie pro špatně diferencované novotvary nebo kožní lymfom v délce 6-10 ozařovacích dní	2,0713
17-R01	17-R01-07	Zevní radioterapie pro nemoci a poruchy krvetvorby vyjma akutní leukémie nebo špatně diferencované novotvary v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=2-4	1,7185
17-R01	17-R01-08	Zevní radioterapie pro nemoci a poruchy krvetvorby vyjma akutní leukémie nebo špatně diferencované novotvary v délce 1-5 ozařovacích dní u pacientů s CC=0-1	1,1423
18-I01	18-I01-01	Amputace částí končetin mimo prsty nebo chirurgický výkon v dutině hrudní nebo břišní pro eliminaci zánětlivého ložiska sepse	5,1765
18-I01	18-I01-02	Jiný chirurgický výkon pro eliminaci zánětlivého ložiska sepse	3,4747
18-K01	18-K01-01	Těžká sepse u pacientů s CC=4 nebo sepse u dětí do 18 let věku s CC=4	3,0181
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	2,6108
18-K01	18-K01-03	Sepse u dětí do 18 let věku s CC=0-1	1,8284
18-K01	18-K01-04	Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=4	2,4565
18-K01	18-K01-05	Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=3	1,6713
18-K01	18-K01-06	Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=1-2	1,4033
18-K01	18-K01-07	Sepse u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0	1,0324
18-K02	18-K02-01	Bakteriální, mykotické a parazitární nemoci nezařazené jinde u pacientů s CC=3-4	1,5840
18-K02	18-K02-02	Bakteriální, mykotické a parazitární nemoci nezařazené jinde u pacientů s CC=1-2	1,2563
18-K02	18-K02-03	Bakteriální, mykotické a parazitární nemoci nezařazené jinde u pacientů s CC=0	0,8757
18-K02	18-K02-04	Virové nemoci a neurčené následky infekcí nezařazené jinde u pacientů s CC=1-4	0,8326
18-K02	18-K02-05	Virové nemoci a neurčené následky infekcí nezařazené jinde u pacientů s CC=0	0,4922
18-K03	18-K03-01	Zánětlivé a systémové stavy nezařazené jinde u pacientů s CC=2-4	1,6984
18-K03	18-K03-02	Zánětlivé a systémové stavy nezařazené jinde u pacientů s CC=0-1	0,6618
18-M01	18-M01-01	Eliminační metody krve pro sepsi provedené v 6 a více dnech nebo s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	4,2788
18-M01	18-M01-02	Eliminační metody krve pro sepsi provedené ve 4-5 dnech	2,3319

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
18-M01	18-M01-03	Eliminační metody krve pro sepsi provedené v 1-3 dnech	2,1098
20-K01	20-K01-01	Předčasné ukončení hospitalizace proti doporučení lékaře pro nadužívání psychoaktivních látek	0,1362
20-K01	20-K01-02	Akutní intoxikace psychoaktivními látkami u pacientů s CC=2-4	0,8471
20-K01	20-K01-03	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro delirium způsobené psychoaktivními látkami	0,6440
20-K01	20-K01-04	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro duševní poruchy a poruchy chování způsobené psychoaktivními látkami	0,3816
20-K01	20-K01-05	Akutní intoxikace léky nebo drogami u pacientů s CC=0-1	0,3289
20-K01	20-K01-06	Akutní intoxikace alkoholem u pacientů s CC=0-1	0,2578
20-K02	20-K02-01	Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů a zvýšená psychiatrická péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	1,4113
20-K02	20-K02-02	Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=2-4	1,3595
20-K02	20-K02-03	Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1	0,5728
20-K03	20-K03-01	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů a zvýšená psychiatrická péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	1,3168
20-K03	20-K03-02	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=2-4	1,2949
20-K03	20-K03-03	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog u pacientů s CC=0-1	1,0110
20-K04	20-K04-01	Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů a zvýšená psychiatrická péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	1,4636
20-K04	20-K04-02	Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	1,4984
20-K05	20-K05-01	Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů a zvýšená psychiatrická péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	1,8896
20-K05	20-K05-02	Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	1,9813
20-K06	20-K06-01	Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů a zvýšená psychiatrická péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	2,4080
20-K06	20-K06-02	Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	2,4006
20-K07	20-K07-01	Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů a zvýšená psychiatrická péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	2,8907
20-K07	20-K07-02	Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	3,0205
20-K08	20-K08-01	Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů a zvýšená psychiatrická péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	4,2789
20-K08	20-K08-02	Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro nadužívání alkoholu, léků nebo drog	4,9572
20-M01	20-M01-00	Eliminační metody krve při akutní intoxikaci psychoaktivními látkami	3,6307
21-K01	21-K01-00	Mnohočetná a jiná poranění nezařazená jinde	0,8152
21-K02	21-K02-00	Účinky vnějších příčin nezařazené jinde	0,3760
21-K03	21-K03-00	Vyšetření a pozorování po úrazu a otravě	0,1831
21-K04	21-K04-00	Alergické reakce	0,2279
21-K05	21-K05-01	Toxické účinky u pacientů s CC=3-4	1,5164
21-K05	21-K05-02	Toxické účinky u pacientů s CC=1-2	0,8541
21-K05	21-K05-03	Toxické účinky léčiv a drog u pacientů s CC=0	0,4675

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
21-K05	21-K05-04	Toxické účinky jiných látek u pacientů s CC=0	0,2424
21-K06	21-K06-00	Komplikace zdravotní péče nezařazené jinde	0,4932
21-M01	21-M01-00	Eliminační metody krve pro toxické účinky	3,6307
22-I02	22-I02-00	Amputace částí končetin mimo prsty pro popálení, poleptání nebo omrzlinu	2,2777
22-I03	22-I03-01	Amputace prstů nebo záprstí v CVSP pro popálení, poleptání nebo omrzlinu	1,4676
22-I03	22-I03-02	Amputace prstů nebo záprstí mimo CVSP pro popálení, poleptání nebo omrzlinu	1,0881
22-I04	22-I04-01	Odstranění nekrotické tkáně pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s 2 a více ošetřovacími dny	2,8639
22-I04	22-I04-02	Odstranění nekrotické tkáně pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s nejvýše 1 ošetřovacím dnem	1,3553
22-I05	22-I05-01	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny v CVSP s 2 a více ošetřovacími dny	2,8606
22-I05	22-I05-02	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny v CVSP s 1 ošetřovacím dnem	1,0392
22-I05	22-I05-03	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny mimo CVSP s 2 a více ošetřovacími dny	1,1823
22-I05	22-I05-04	Ošetření a převaz popáleniny, poleptání nebo omrzliny mimo CVSP s 1 ošetřovacím dnem	0,4207
22-K01	22-K01-00	Popáleniny a poleptání dětí ve věku do 3 let	0,2848
22-K02	22-K02-00	Popáleniny a poleptání dětí ve věku 3-14 let	0,3309
22-K03	22-K03-00	Popáleniny a poleptání pacientů ve věku 15 a více let	0,3975
22-K04	22-K04-00	Omrzliny	0,5659
23-I09	23-I09-01	Sterilizace odstraněním vejcovodů	0,6701
23-I09	23-I09-02	Sterilizace přerušením vejcovodů nebo chámovodů	0,5608
23-I10	23-I10-00	Odstranění silikonové tamponády oka	0,5678
23-K01	23-K01-00	Neprovedení plánované péče	0,1314
23-K02	23-K02-01	Léčba související se zkráceným trváním těhotenství a nízkou porodní hmotností u dětí s věkem 29 dnů a více	3,0783
23-K02	23-K02-02	Léčba ostatních stavů vzniklých v perinatálním období u dětí s věkem 29 dnů a více	0,5158
23-K03	23-K03-01	Potřeba imunizace	0,1669
23-K03	23-K03-02	Jiná péče o osoby bez obtíží nebo známé diagnózy	0,3545
23-K04	23-K04-01	Vyšetření a pozorování pro podezření na nemoci a patologické stavy u pacientů ve věku 80 a více let	0,5160
23-K04	23-K04-02	Vyšetření a pozorování pro podezření na nemoci a patologické stavy u pacientů do 79 let věku	0,3869
23-K05	23-K05-01	Následné vyšetření pro již dříve léčený zhoubný novotvar štítné žlázy	0,5677
23-K05	23-K05-02	Následné vyšetření pro již dříve léčené onemocnění	0,4425
23-K06	23-K06-00	Péče a diagnostika pro nemoci a stavy nezařazené jinde	0,6132
24-M04	24-M04-00	Krátkodobá (neúplná) rehabilitace - 0-4 rehabilitačních dnů	0,4554
24-M05	24-M05-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 5-6 rehabilitačních dnů	0,6419
24-M05	24-M05-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 5-6 rehabilitačních dnů	0,5896
24-M06	24-M06-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 7-12 rehabilitačních dnů	1,1548

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
24-M06	24-M06-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 7-12 rehabilitačních dnů	1,0233
24-M07	24-M07-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 13-18 rehabilitačních dnů	1,7399
24-M07	24-M07-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 13-18 rehabilitačních dnů	1,5094
24-M08	24-M08-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 19-24 rehabilitačních dnů	2,5593
24-M08	24-M08-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 19-24 rehabilitačních dnů	2,3557
24-M09	24-M09-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 25-30 rehabilitačních dnů	3,4546
24-M09	24-M09-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 25-30 rehabilitačních dnů	3,2680
24-M10	24-M10-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy nebo u pacientů s amputovanou končetinou - 31-42 rehabilitačních dnů	4,4729
24-M10	24-M10-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 31-42 rehabilitačních dnů	4,4729
24-M11	24-M11-01	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy - 43-54 rehabilitačních dnů	5,2934
24-M11	24-M11-02	Akutní rehabilitace pro ostatní onemocnění - 43-54 rehabilitačních dnů	5,2934
24-M12	24-M12-00	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy - 55-66 rehabilitačních dnů	5,2934
24-M13	24-M13-00	Akutní rehabilitace pro onemocnění centrální nervové soustavy - 67 a více rehabilitačních dnů	5,2934
88-I01	88-I01-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 01	0,1146
88-I02	88-I02-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 02	0,1146
88-I03	88-I03-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 03	0,1146
88-I04	88-I04-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 04	0,1146
88-I05	88-I05-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 05	0,1146
88-I06	88-I06-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 06	0,1146
88-I07	88-I07-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 07	0,1146
88-I08	88-I08-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 08	0,1146
88-I09	88-I09-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 09	0,1146
88-I10	88-I10-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 10	0,1146
88-I11	88-I11-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 11	0,1146
88-I12	88-I12-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 12	0,1146
88-I13	88-I13-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 13	0,1146
88-I14	88-I14-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 14	0,1146
88-I15	88-I15-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 15	0,1146
88-I16	88-I16-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 16	0,1146
88-I17	88-I17-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 17	0,1146
88-I18	88-I18-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 18	0,1146
88-I19	88-I19-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 19	0,1146
88-I20	88-I20-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 20	0,1146
88-I21	88-I21-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 21	0,1146
88-I22	88-I22-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 22	0,1146

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část A - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
88-I23	88-I23-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 23	0,1146
88-I24	88-I24-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 24	0,1146
88-I25	88-I25-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 25	0,1146
88-I26	88-I26-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 00	0,1146
99-K01	99-K01-00	Nepřípustná hlavní diagnóza	0,1146
99-K02	99-K02-00	Nekonzistence hlavní diagnózy a údaje přímo s ní souvisejícího	0,1146
99-K03	99-K03-00	Novorozenec s nekonzistentními údaji	0,1146
99-K04	99-K04-00	Neklasifikovatelné	0,1146

Část B

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

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část B - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
04-I02	04-I02-01	Anatomická resekce plic s dalším operačním výkonem v jiný den	7,5578
04-I02	04-I02-02	Anatomická resekce plic u pacientů s CC=3-4	4,8301
04-I02	04-I02-03	Anatomická resekce plic provedená thorakoskopicky u pacientů s CC=0-2	3,5296
04-I02	04-I02-04	Anatomická resekce plic provedená otevřeným přístupem u pacientů s CC=0-2	3,1618
04-I03	04-I03-01	Extraanatomická resekce plic s dalším operačním výkonem v jiný den	7,4702
04-I03	04-I03-02	Extraanatomická resekce plic u pacientů s CC=3-4	3,4263
04-I03	04-I03-03	Extraanatomická resekce plic pro závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-2	2,6869
04-I03	04-I03-04	Extraanatomická resekce plic pro méně závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-2	2,0316
04-I05	04-I05-01	Velký chirurgický výkon v dutině hrudní nebo na hrudníku mimo resekce plic s dalším operačním výkonem v jiný den	7,7099
04-I05	04-I05-02	Velký chirurgický výkon v dutině hrudní nebo na hrudníku mimo resekce plic u pacientů s CC=3-4	4,5010
04-I05	04-I05-03	Velký chirurgický výkon v dutině hrudní nebo na hrudníku mimo resekce plic u pacientů s CC=0-2	2,1143
13-I01	13-I01-00	Exenterace pánevních orgánů pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy	6,4260
13-I02	13-I02-01	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů pro zhoubný novotvar včetně rozsáhlého resekcčního výkonu na okolních tkáních v alespoň 2 lokalizacích	6,5238
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	6,5238
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	4,0804
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	3,5353
13-I04	13-I04-02	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=4	4,3406
13-I04	13-I04-03	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=2-3	3,8504
13-I04	13-I04-04	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=0-1	2,2546
13-I05	13-I05-01	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně výkonu na mizních uzlinách pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4	5,1727
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	2,1888
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	1,5728
13-I06	13-I06-01	Radikální odstranění vulvy nebo pochvy pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4	4,1502

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část B - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
13-I06	13-I06-02	Radikální odstranění vulvy nebo pochvy pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=0-2	2,1846
13-I07	13-I07-01	Odstranění mizních uzlin pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního	2,2432
13-I07	13-I07-02	Odstranění mizních uzlin pro zhoubný novotvar hrdla děložního	1,7665
13-I07	13-I07-03	Odstranění mizních uzlin pro zhoubný novotvar pochvy nebo vulvy	1,5539
13-I08	13-I08-01	Neradikální výkon pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního	1,6611
13-I08	13-I08-02	Neradikální výkon pro zhoubný novotvar hrdla děložního nebo pochvy	1,5502
13-I08	13-I08-03	Neradikální výkon pro novotvar in situ ženské reprodukční soustavy	1,2184

Část C

Vysoce homogenní hrazené služby klasifikované do bází, které byly v referenčním období hrazeny paušální úhradou a v hodnoceném období jsou hrazeny úhradou vyčleněnou z paušální úhrady 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	CZ-DRG - dílčí relativní váha pro nepřímé náklady
00-M10	00-M10-01	Odběr krvevorných buněk pro autologní transplantaci při hematologickém onemocnění u pacientů s CC=3-4	4,3211	3,4204
00-M10	00-M10-02	Odběr krvevorných buněk pro autologní transplantaci při hematologickém onemocnění u pacientů s CC=0-2	1,2450	1,0616
00-M11	00-M11-01	Odběr krvevorných buněk pro autologní transplantaci při jiném onemocnění než hematologickém u pacientů s CC=3-4	4,3211	3,4204
00-M11	00-M11-02	Odběr krvevorných buněk pro autologní transplantaci při jiném onemocnění než hematologickém u pacientů s CC=0-2	2,0324	1,8405
01-I01	01-I01-01	Implantace zařízení pro hlubokou mozkovou stimulaci pro obsedantně kompulzivní poruchu – bilaterální	16,6571	2,2555
01-I01	01-I01-02	Implantace zařízení pro hlubokou mozkovou stimulaci pro obsedantně kompulzivní poruchu – unilaterální	6,6586	3,6842
01-I02	01-I02-00	Implantace zařízení pro kortikální mozkovou stimulaci	6,6586	3,6842
01-I03	01-I03-01	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění nervové soustavy - zkušební i definitivní období	8,6673	1,3218
01-I03	01-I03-02	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění nervové soustavy - pouze definitivní období	6,8340	0,5084
01-I03	01-I03-03	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění nervové soustavy - pouze zkušební období	2,1598	0,6899
01-I04	01-I04-00	Implantace elektronické lékové pumpy pro onemocnění nervové soustavy	9,1617	1,2868
01-I05	01-I05-00	Implantace zařízení pro stimulaci bloudivého nervu	6,1806	1,0904
02-I10	02-I10-01	Rekonstrukční výkon na slzném ústrojí pro zánět	0,8861	0,8684
02-I10	02-I10-02	Rekonstrukční výkon na slzném ústrojí pro jiné hlavní diagnózy	0,6115	0,5888
02-R01	02-R01-00	Radiochirurgie oka	1,8296	1,7949
02-R02	02-R02-00	Brachyradioterapie pro zhoubný novotvar oka	1,3720	1,3054
03-I01	03-I01-01	Oboustranná endoprotéza čelistního kloubu	20,6772	4,1435
03-I01	03-I01-02	Jednostranná endoprotéza čelistního kloubu	10,2219	2,1206
03-I02	03-I02-01	Zavedení oboustranného kochleárního implantátu	24,3610	2,3852
03-I02	03-I02-02	Zavedení jednostranného kochleárního implantátu	11,9848	1,5204
03-I02	03-I02-03	Zavedení aktivního středoušního implantátu	8,3648	1,6808
03-I02	03-I02-04	Zavedení sluchového implantátu pro přímé kostní vedení	1,6605	0,7760
03-I15	03-I15-00	Chirurgický výkon pro vrozenou cystu nebo píštěl	0,9769	0,9753

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina – kód	Část C - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha	CZ-DRG -dílejší relativní váha pro nepřímé náklady
		obličej nebo krku		
03-I16	03-I16-01	Odstranění krčních mandlí pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=2-4	1,4655	1,4409
03-I16	03-I16-02	Odstranění krčních mandlí pro méně závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-1	0,8954	0,8925
03-I17	03-I17-00	Rekonstrukční výkon nosu, nosní přepážky nebo nosních kůstek	0,8496	0,8418
03-I18	03-I18-01	Výkon na vedlejších dutinách nosních pro zhoubný novotvar nebo u pacientů s CC=3-4	1,4430	1,3994
03-I18	03-I18-02	Výkon na vedlejších dutinách nosních pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2	0,8437	0,8350
04-I06	04-I06-01	Míniinvazivní operace vpáčeného nebo ptačího hrudníku	2,8387	1,8134
04-I06	04-I06-02	Operace vpáčeného nebo ptačího hrudníku otevřeným přístupem	1,9823	1,9521
04-I11	04-I11-00	Odstranění dlahy po operaci vpáčeného nebo ptačího hrudníku	0,7974	0,7972
05-I05	05-I05-01	Primooperace vrozené srdeční vady na otevřeném srdci III-IV	6,7178	5,6959
05-I05	05-I05-02	Primooperace vrozené srdeční vady na otevřeném srdci I-II	4,7160	3,9791
05-I09	05-I09-00	Chirurgický výkon na plicním řečišti	8,2161	5,9210
05-I19	05-I19-01	Složitá korekce vrozené srdeční vady na zavřeném srdci	3,8604	3,8065
05-I19	05-I19-02	Jednoduchá korekce vrozené srdeční vady na zavřeném srdci	3,1420	3,0834
05-M03	05-M03-00	Endovaskulární výkon na srdci	3,3507	1,2451
05-M05	05-M05-01	Katetrizační ablace s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	5,5088	2,5985
05-M05	05-M05-02	Katetrizační ablace komplexních forem arytmií	3,5160	1,0647
05-M05	05-M05-03	Katetrizační ablace jednoduchých forem arytmií	1,9991	0,6888
05-M05	05-M05-04	Katetrizační ablace atrioventrikulární junkce	1,1845	0,4402
06-I01	06-I01-01	Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci stolice - zkušební i definitivní období	8,6673	1,3218
06-I01	06-I01-02	Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci stolice - pouze definitivní období	6,6076	0,4897
06-I01	06-I01-03	Implantace zařízení pro stimulaci sakrálního nervu pro inkontinenci stolice - pouze zkušební období	2,1598	0,6899
06-I03	06-I03-00	Odstranění nebo resekce jícnu	6,4255	5,4690
06-I10	06-I10-00	Chirurgický výkon pro vrozenou vadu konečníku nebo řiti	2,6135	2,5966
06-I15	06-I15-00	Výkon pro brániční kýlu nebo refluxní chorobu	1,7596	1,3928
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	1,5531	1,4866
06-I16	06-I16-02	Laparoskopický výkon pro oboustrannou tříselnou nebo stehenní kýlu u pacientů s CC=0-2	1,1054	0,7996
06-I16	06-I16-03	Laparoskopický výkon pro jednostrannou tříselnou	0,8510	0,6135

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část C - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha	CZ-DRG -dílejší relativní váha pro nepřímé náklady
		nebo stehenní kýlu u pacientů s CC=0-2		
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	0,6762	0,6581
06-I16	06-I16-05	Otevřený chirurgický výkon pro tříselnou nebo stehenní kýlu u dětí do 16 let věku s CC=0-2	0,4614	0,4614
06-I18	06-I18-01	Odstranění apendixu s dalším operačním výkonem v jiný den	2,6662	2,4932
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	2,0447	1,9399
06-I18	06-I18-03	Odstranění apendixu u pacientů ve věku 18-64 let pro rozsáhlý zánět nebo s CC=2-4	1,4075	1,2645
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	1,1514	1,0737
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	0,8555	0,7205
06-I19	06-I19-00	Uvolňování srůstů pobřišnice nebo střeva	1,3344	1,1703
08-C02	08-C02-00	Izolovaná regionální hypertermní perfúze končetiny cytostatiky pro zhoubný novotvar kostí a měkkých tkání	3,8358	3,4999
08-I01	08-I01-01	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění páteře a míchy - zkušební i definitivní období	8,6673	1,3218
08-I01	08-I01-02	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění páteře a míchy - pouze definitivní období	6,6946	0,5205
08-I01	08-I01-03	Implantace zařízení pro míšní stimulaci pro onemocnění páteře a míchy - pouze zkušební období	2,1598	0,6899
08-I02	08-I02-00	Implantace elektronické lékové pumpy pro onemocnění páteře a míchy nebo syndrom ochrnutí	9,1617	1,2868
08-I06	08-I06-01	Implantace tumorózní endoprotézy kolene	5,4270	2,5662
08-I06	08-I06-02	Reimplantace endoprotézy kolene	4,8783	2,3065
08-I06	08-I06-03	Revize endoprotézy kolene s výměnou artikulárních komponent	2,1900	1,8188
08-I06	08-I06-04	Implantace totální endoprotézy kolene	2,4260	1,5852
08-I06	08-I06-05	Implantace hemiartroplastiky kolene nebo patelo-femorální náhrady	2,1982	1,3636
08-I07	08-I07-01	Implantace tumorózní endoprotézy nebo reimplantace/revize endoprotézy hlezna	3,4873	1,8991
08-I07	08-I07-02	Implantace totální endoprotézy hlezna	2,2289	1,2301
08-I09	08-I09-01	Implantace tumorózní endoprotézy nebo reimplantace/revize endoprotézy lokte	3,4873	1,8991
08-I09	08-I09-02	Implantace totální endoprotézy lokte	3,0068	1,5856
08-I09	08-I09-03	Implantace endoprotézy hlavičky radia	1,9427	1,1795
08-I27	08-I27-01	Krytí defektu volným přenosem laloku nebo kosti pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=2-4	4,4900	4,3545
08-I27	08-I27-02	Krytí defektu volným přenosem dvou nebo více laloků či kostí pro nemoci muskuloskeletální	4,4624	4,3267

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část C - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha	CZ-DRG -dílejší relativní váha pro nepřímé náklady
		soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=0-1		
08-I27	08-I27-03	Krytí defektu volným přenosem jednoho laloku či kosti pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=0-1	4,2249	4,1680
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	4,4135	4,2795
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	4,0938	4,0447
09-I03	09-I03-00	Kranioplastika	2,5417	2,3188
09-I07	09-I07-01	Resekce prsu včetně rekonstrukce implantátem obou prsů	1,7783	1,4230
09-I07	09-I07-02	Resekce prsu včetně rekonstrukce implantátem jednoho prsu	1,2816	1,1036
09-I08	09-I08-01	Rekonstrukce obou prsů implantátem	1,2947	0,9411
09-I08	09-I08-02	Rekonstrukce jednoho prsu implantátem nebo rekonstrukce obou prsů místní tkání	1,1290	1,0617
09-I08	09-I08-03	Rekonstrukce jednoho prsu místní tkání	0,8219	0,8196
10-I10	10-I10-00	Plastický výkon pro metabolickou nebo nutriční poruchu	1,1666	1,1639
10-I11	10-I11-00	Chirurgický výkon pro onemocnění nadledviny	1,8462	1,6277
10-I13	10-I13-01	Odstranění nebo resekce štítné žlázy nebo přístítných tělísek ze sternotomie, s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=3-4	1,4405	1,4251
10-I13	10-I13-02	Odstranění celé štítné žlázy u pacientů s CC=0-2	1,1468	1,1411
10-I13	10-I13-03	Odstranění celého laloku štítné žlázy u pacientů s CC=0-2	0,9045	0,8992
10-I13	10-I13-04	Odstranění přístítných tělísek u pacientů s CC=0-2	0,6612	0,6575
10-I15	10-I15-00	Chirurgický výkon na štítné žláze mimo resekce	1,0700	1,0692
10-R02	10-R02-01	Léčba zhoubného novotvaru štítné žlázy radiojódem	0,9698	0,8049
10-R02	10-R02-02	Léčba hypertyreózy radiojódem	0,6536	0,6261
11-I02	11-I02-00	Implantace arteficiálního sfinkteru	5,3364	1,2885
11-I03	11-I03-01	Implantace zařízení pro stimulaci sakrální nervu pro inkontinenci moči - zkušební i definitivní období	8,6673	1,3218
11-I03	11-I03-02	Implantace zařízení pro stimulaci sakrální nervu pro inkontinenci moči - pouze definitivní období	6,6999	0,5084
11-I03	11-I03-03	Implantace zařízení pro stimulaci sakrální nervu pro inkontinenci moči - pouze zkušební období	2,1598	0,6899
11-I07	11-I07-02	Resekce ledviny s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	4,6620	4,3504
11-I07	11-I07-03	Resekce ledviny u pacientů s CC=2-3	2,8520	2,7365
11-I07	11-I07-04	Resekce ledviny u pacientů s CC=0-1	1,9005	1,8609
11-I14	11-I14-01	Závěsná nebo slingová operace močové trubice u mužů	1,4814	0,9917
11-I14	11-I14-02	Závěsná nebo slingová operace močové trubice u žen	0,6306	0,3633

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část C - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha	CZ-DRG -dílejší relativní váha pro nepřímé náklady
12-I02	12-I02-02	Laparoskopické odstranění prostaty včetně mízních uzlin	3,3147	2,7638
12-I02	12-I02-03	Odstranění prostaty včetně mízních uzlin otevřeným způsobem	2,1824	2,1581
12-I03	12-I03-02	Laparoskopické odstranění prostaty bez mízních uzlin	2,3289	2,0153
12-I03	12-I03-03	Odstranění prostaty bez mízních uzlin otevřeným způsobem pro zhoubný novotvar	2,1234	2,1005
12-I03	12-I03-04	Odstranění prostaty bez mízních uzlin otevřeným způsobem pro ostatní hlavní diagnózy	1,8419	1,8196
12-I10	12-I10-01	Laparoskopický rekonstrukční výkon pro onemocnění varlat nebo testikulárních adnex	1,1346	0,9926
12-I10	12-I10-02	Rekonstrukční výkon otevřeným přístupem nebo exploratorní výkon pro onemocnění varlat nebo testikulárních adnex	0,5738	0,5736
12-I13	12-I13-01	Laparoskopické odstranění varikokély nebo odstranění varikokély, hydrokély nebo spermatokély otevřeným přístupem u pacientů s CC=3-4	0,9234	0,8026
12-I13	12-I13-02	Odstranění varikokély, hydrokély a spermatokély otevřeným přístupem u pacientů s CC=0-2	0,5724	0,5720
12-M02	12-M02-01	Transuretrální odstranění prostaty u pacientů s CC=1-4	1,2088	1,1863
12-M02	12-M02-02	Transuretrální odstranění prostaty u pacientů s CC=0	0,9950	0,9840
13-I03	13-I03-01	Resekční výkon na trávicí soustavě pro extragenitální endometriózu	3,6813	2,9472
13-I03	13-I03-02	Resekční výkon na trávicí soustavě pro rektokélu	1,3078	1,2247
13-I11	13-I11-01	Odstranění dělohy pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4	3,0132	2,7971
13-I11	13-I11-02	Odstranění dělohy pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s CC=1-2	1,5619	1,4168
13-I11	13-I11-03	Odstranění dělohy pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s CC=0	1,3809	1,2254
13-I12	13-I12-00	Jiný chirurgický výkon pro odstranění extragenitálních endometriózních ložisek	1,4696	1,1951
13-I14	13-I14-01	Resekční výkon na děložních adnexech pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4	2,1784	1,9262
13-I14	13-I14-02	Resekční výkon na děložních adnexech pro onemocnění mimo zhoubný novotvar otevřeným přístupem u pacientek s CC=0-2	1,3962	1,3719
13-I14	13-I14-03	Resekční výkon na děložních adnexech pro onemocnění mimo zhoubný novotvar laparoskopickým přístupem u pacientek s CC=0-2	0,8320	0,6492
13-I17	13-I17-00	Uvolňování pánevních peritoneálních srůstů	0,7459	0,5772
14-I02	14-I02-01	Odstranění dělohy v těhotenství, po porodu nebo po potratu	2,0861	1,9746
14-I02	14-I02-02	Chirurgické otevření dělohy pro potrat nebo mimoděložní těhotenství	1,4324	1,2775
14-I04	14-I04-00	Chirurgický výkon na děložních adnexech v těhotenství, po porodu nebo po potratu	0,7875	0,6126
19-I01	19-I01-01	Implantace zařízení pro hlubokou mozkovou stimulaci pro obsedantně kompulzivní poruchu - bilaterální	16,6571	2,2555

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část C - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha	CZ-DRG -dílejší relativní váha pro nepřímé náklady
19-I01	19-I01-02	Implantace zařízení pro hlubokou mozkovou stimulaci pro obsedantně kompulzivní poruchu - unilaterální	6,6586	3,6842
19-I02	19-I02-01	Rekonstrukční výkon zahrnující volný přenos laloku pro poruchy sexuálních funkcí u pacientů s CC=2-4	4,4758	4,3384
19-I02	19-I02-02	Rekonstrukční výkon zahrnující volný přenos dvou nebo více laloků pro poruchy sexuálních funkcí u pacientů s CC=0-1	4,4624	4,3267
19-I02	19-I02-03	Rekonstrukční výkon zahrnující volný přenos jednoho laloku pro poruchy sexuálních funkcí u pacientů s CC=0-1	4,1458	4,0837
23-I05	23-I05-01	Profylaktické odstranění prsu včetně rekonstrukce autologní tkáni	4,3979	4,3397
23-I05	23-I05-02	Profylaktické odstranění prsu včetně rekonstrukce implantátem obou prsů	1,7886	1,4394
23-I05	23-I05-03	Profylaktické odstranění prsu včetně rekonstrukce implantátem jednoho prsu	1,5642	1,3778
23-I06	23-I06-01	Profylaktické odstranění obou prsů bez rekonstrukce nebo profylaktické odstranění jednoho prsu u pacientek s CC=2-4	1,1469	1,1356
23-I06	23-I06-02	Profylaktické odstranění jednoho prsu bez rekonstrukce u pacientek s CC=0-1	0,9260	0,9045
23-I07	23-I07-00	Profylaktické odstranění dělohy	1,3816	1,1454
23-I08	23-I08-00	Profylaktické odstranění děložních adnex	0,7970	0,6117
23-M01	23-M01-00	Odběr krvetvorných buněk od zdravého dárce	0,4023	0,3700

Část D

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

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část D - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha	CZ-DRG-dílní relativní váha pro nepřímé náklady
00-D01	00-D01-01	Kontrolní biopsie transplantovaného srdce nebo plic	0,8694	0,6668
00-D01	00-D01-02	Kontrolní biopsie pro transplantovanou ledvinu nebo slinivku	0,3848	0,3795
00-D01	00-D01-03	Kontrolní biopsie transplantovaných jater	0,2840	0,2839
00-I05	00-I05-01	Transplantace ledviny u pacientů s CC=3-4	13,4655	11,5778
00-I05	00-I05-02	Transplantace ledviny u pacientů s CC=0-2	6,9043	6,2567
00-M06	00-M06-01	Alogenní transplantace krevetvorných buněk u dětí do 18 let věku	30,2504	20,6133
00-M06	00-M06-02	Alogenní transplantace krevetvorných buněk u pacientů ve věku 18 a více let	25,1962	17,7206
00-M07	00-M07-00	Autologní transplantace krevetvorných buněk pro hematologické onemocnění vyjma mnohočetného myelomu	8,0893	6,3382
00-M08	00-M08-00	Autologní transplantace krevetvorných buněk pro mnohočetný myelom	4,6102	3,6627
00-M09	00-M09-01	Autologní transplantace krevetvorných buněk při jiném onemocnění než hematologickém u dětí do 18 let věku	10,0309	7,6233
00-M09	00-M09-02	Autologní transplantace krevetvorných buněk při jiném onemocnění než hematologickém u pacientů ve věku 18 a více let	5,9523	4,9279
01-I06	01-I06-01	Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií s dalším operačním výkonem v jiný den	7,2766	6,7058
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	5,1687	4,9010
01-I06	01-I06-03	Chirurgický výkon v nitrolebním prostoru s kraniotomií u dětí do 18 let věku s CC=0-1	3,5349	3,4310
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	3,6231	3,3767
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	2,6736	2,5025
01-I07	01-I07-01	Chirurgický výkon z návrtu nebo transsfenoidálním přístupem s dalším operačním výkonem v jiný den	8,0469	6,7404
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	4,7409	4,4646
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	3,2458	2,1177

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část D - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha	CZ-DRG-dílčí relativní váha pro nepřímé náklady
01-I07	01-I07-04	Chirurgický výkon z návrhu nebo transsfenoidálním přístupem pro ostatní onemocnění u pacientů s CC=0-3	2,2679	2,1666
01-I08	01-I08-01	Kraniofaciální operace pro vrozené vady	6,1164	4,7253
01-I08	01-I08-02	Chirurgický výkon na úrovni lebky a tvrdé pleny s dalším operačním výkonem v jiný den	4,2014	4,0704
01-I08	01-I08-03	Chirurgický výkon na úrovni lebky a tvrdé pleny se závažnou hlavní diagnózou nebo u pacientů s CC=3-4	2,8306	2,7355
01-I08	01-I08-04	Chirurgický výkon na úrovni lebky a tvrdé pleny u pacientů s CC=0-2	1,6156	1,5586
01-I09	01-I09-01	Extrakraniální chirurgický výkon na cévách hlavy v komplexním CVSP u pacientů s CC=1-4	2,2982	2,2488
01-I09	01-I09-02	Extrakraniální chirurgický výkon na cévách hlavy v komplexním CVSP u pacientů s CC=0	1,5302	1,5064
01-I09	01-I09-03	Extrakraniální chirurgický výkon na cévách hlavy mimo komplexní CVSP	1,3431	1,3099
01-I10	01-I10-00	Odstranění brzlíku pro onemocnění nervosvalového přenosu	1,6981	1,5044
01-I11	01-I11-01	Chirurgický výkon v retrobasilinguální nebo velofaryngeální oblasti pro poruchu spánku	0,9999	0,9975
01-I11	01-I11-02	Chirurgický výkon v nosní dutině nebo nosohltanu pro poruchu spánku	0,5721	0,5661
01-M01	01-M01-01	Embolizace s angioplastikou pro onemocnění nervové soustavy	6,5854	1,9081
01-M01	01-M01-02	Embolizace pro krvácení do mozku	7,7657	5,0347
01-M01	01-M01-03	Embolizace pro jiná onemocnění nervové soustavy	3,9502	1,6600
01-M02	01-M02-00	Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro onemocnění nervové soustavy	5,4023	2,6869
01-M03	01-M03-01	Angioplastika mozkových cév pro mozkový infarkt, aneurysma nebo disekci	4,1291	2,1581
01-M03	01-M03-02	Angioplastika mozkových cév pro ostatní cévní onemocnění mozku	2,7070	1,1955
01-R01	01-R01-00	Radiochirurgie pro onemocnění nervové soustavy	1,8296	1,7949
02-I01	02-I01-00	Transplantace rohovky včetně chirurgického výkonu na čočce	1,3760	0,7327
02-I02	02-I02-01	Transplantace rohovky	1,2274	0,7327
02-I02	02-I02-02	Transplantace amniové membrány	1,3695	1,2715
02-I03	02-I03-00	Odstranění tumoru očnice z kraniotomie	2,6438	2,4570
02-I04	02-I04-00	Rekonstrukční chirurgický výkon na očnici	0,9679	0,8891
02-I05	02-I05-01	Chirurgické ošetření poranění oka ve dvou a více operačních dnech	2,2886	2,2273
02-I05	02-I05-02	Chirurgické ošetření poranění oka v rámci jednoho operačního dne	1,3697	1,3573
02-I06	02-I06-01	Odstranění sklivce pro zánět	1,3172	1,2636

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část D - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha	CZ-DRG-dílčí relativní váha pro nepřímé náklady
02-I06	02-I06-02	Odstranění sklivce pro odchlípení nebo trhlinu sítnice	0,9030	0,8033
02-I06	02-I06-03	Odstranění sklivce pro jiné hlavní diagnózy	0,6369	0,6145
02-I07	02-I07-01	Odstranění celého oka nebo části oka z předního segmentu s komplikující hlavní diagnózou	1,6749	1,5262
02-I07	02-I07-02	Odstranění celého oka nebo části oka z předního segmentu bez komplikující hlavní diagnózy	1,0971	1,0773
02-I08	02-I08-01	Chirurgický výkon pro náhradu čočky u dětí do 18 let	1,4692	1,4689
02-I08	02-I08-02	Chirurgický výkon pro náhradu čočky u pacientů ve věku 18 a více let	0,5527	0,5515
02-I11	02-I11-01	Rekonstrukční výkon na okohybném svalu u dětí do 18 let	0,8762	0,8751
02-I11	02-I11-02	Rekonstrukční výkon na okohybném svalu u pacientů ve věku 18 a více let	0,6479	0,6471
03-I03	03-I03-01	Mikrochirurgický plastický výkon pro novotvar ucha, nosu, úst nebo hrdla	7,6824	7,4400
03-I03	03-I03-02	Jiný plastický nebo rekonstrukční výkon kostí lebky pro novotvar ucha, nosu, úst nebo hrdla	5,1859	5,0437
03-I07	03-I07-01	Resekční výkon v dutině ústní nebo na příušních žlázách s odstraněním krčních mízních uzlin a se zavedením gastrostomie, umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny) nebo s CC=3-4	3,8304	3,7394
03-I07	03-I07-02	Resekční výkon v dutině ústní nebo na příušních žlázách s odstraněním krčních mízních uzlin u pacientů s CC=0-2	2,3241	2,3149
03-I08	03-I08-01	Disekce krčních uzlin pro novotvar ucha, nosu, úst nebo hrdla	1,9480	1,9370
03-I08	03-I08-02	Částečná exstirpace krčních uzlin pro novotvar ucha, nosu, úst nebo hrdla	1,0528	1,0482
03-I09	03-I09-01	Rekonstrukční výkon pro rozštěp rtu nebo patra u dětí do 18 let věku	1,7339	1,7311
03-I09	03-I09-02	Rekonstrukční výkon pro rozštěp rtu nebo patra u pacientů ve věku 18 a více let	1,0007	0,9982
03-I10	03-I10-01	Resekce čelisti pro zhoubný novotvar nebo zánět dutiny ústní	1,3720	1,3262
03-I10	03-I10-02	Resekce čelisti pro onemocnění dutiny ústní mimo zhoubný novotvar a zánět	0,9282	0,9244
03-I11	03-I11-01	Rekonstrukční výkon na obou čelistech pro neznámé onemocnění	2,2383	2,0625
03-I11	03-I11-02	Jiný rekonstrukční výkon na čelisti nebo obličejí pro neznámé onemocnění nebo vrozenou vadu	1,3197	1,2415
03-I11	03-I11-03	Rekonstrukční výkon na čelisti nebo obličejí pro trauma	1,0253	0,9402
03-I12	03-I12-01	Odstranění celé příušní žlázy	1,6817	1,6793
03-I12	03-I12-02	Odstranění laloku příušní žlázy	1,2912	1,2863
03-I12	03-I12-03	Exstirpace podčelistní nebo podjazykové slinné žlázy	1,0016	0,9982
03-I12	03-I12-04	Extrakapsulární exstirpace nebo biopsie příušní žlázy	0,9065	0,9053
03-I12	03-I12-05	Velký rekonstrukční výkon ucha pro poranění nebo	1,8112	1,7564

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část D - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha	CZ-DRG- dílčí relativní váha pro nepřímé náklady
I20	01	vrozenou vadu		
03-I20	03-I20-02	Chirurgický výkon na zevním uchu u pacientů ve věku 18 a více let	0,8364	0,8284
03-I20	03-I20-03	Chirurgický výkon na zevním uchu pro vrozenou vadu u dětí do 18 let věku	0,6805	0,6804
03-I20	03-I20-04	Chirurgický výkon na zevním uchu pro onemocnění mimo vrozené vady u dětí do 18 let věku	0,4723	0,4684
04-D01	04-D01-00	Srdeční katetrizace pro onemocnění dýchací soustavy	1,8184	1,7113
04-I04	04-I04-00	Výkon na cévách pro onemocnění dýchací soustavy	3,6891	2,7598
04-R01	04-R01-01	Radiochirurgie pro zhoubný novotvar plic v rámci 2 a více ozařovacích dnů	1,9724	1,9698
04-R01	04-R01-02	Radiochirurgie pro zhoubný novotvar plic v rámci 1 ozařovacího dne	1,2903	1,2717
05-I04	05-I04-01	Druhá a další reoperace vrozené srdeční vady na otevřeném srdci	10,2858	8,9162
05-I04	05-I04-02	První reoperace vrozené srdeční vady na otevřeném srdci	7,2129	6,1052
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	11,2873	8,4593
05-I06	05-I06-03	Náhrada nebo plastika 2 a více chlopní se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	10,5056	7,9541
05-I06	05-I06-04	Náhrada nebo plastika 2 a více chlopní u pacientů s CC=0-3	8,3699	6,2017
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	12,4790	9,1809
05-I07	05-I07-02	Chirurgický výkon na kořeni aorty se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	10,3316	7,7931
05-I07	05-I07-03	Chirurgický výkon na kořeni aorty u pacientů s CC=0-3	8,3797	6,0017
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	11,1638	8,5097
05-I08	05-I08-02	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce aorty mimo břišní u pacientů s CC=0-3	7,0252	5,2280
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	10,8335	8,6806
05-I10	05-I10-03	Náhrada mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopně se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	9,0177	7,2375
05-I10	05-I10-04	Náhrada mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopně u pacientů s CC=0-3	7,7032	5,6461
05-I11	05-I11-02	Plastika nebo jiný výkon na mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopní s dalším provedeným výkonem v jiný den nebo provedená jako urgentní	9,6403	7,8627

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část D - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha	CZ-DRG-dílčí relativní váha pro nepřímé náklady
		výkon nebo s endokarditidou na pozici hlavní nebo vedlejší diagnózy nebo u pacientů s CC=4		
05-111	05-111-03	Plastika nebo jiný výkon na mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopni se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	9,0177	7,2375
05-111	05-111-04	Plastika nebo jiný výkon na mitrální, pulmonální nebo trikuspidální chlopni u pacientů s CC=0-3	6,8040	5,5650
05-112	05-112-01	Náhrada nebo plastika aortální chlopně s dalším provedeným výkonem v jiný den nebo provedená jako urgentní výkon nebo s endokarditidou na pozici hlavní nebo vedlejší diagnózy nebo u pacientů s CC=4	8,7683	6,5550
05-112	05-112-02	Náhrada nebo plastika aortální chlopně se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	8,3272	6,4539
05-112	05-112-03	Náhrada nebo plastika aortální chlopně u pacientů s CC=0-3	6,4964	4,7847
05-113	05-113-02	Chirurgický výkon na srdečních síních nebo komorách se srdeční katetrizací	9,2362	7,2348
05-113	05-113-03	Chirurgický výkon na srdečních síních nebo komorách bez srdeční katetrizace	6,7174	5,3571
05-116	05-116-02	Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	9,1570	7,6767
05-116	05-116-03	Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách s chirurgickou ablací u pacientů s CC=0-3	7,4144	5,7982
05-116	05-116-04	Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	6,1498	5,1454
05-116	05-116-05	Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách z laparotomie pro závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-3	5,6226	4,8356
05-116	05-116-06	Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách z laparotomie u pacientů s CC=0-3	5,2988	4,5469
05-116	05-116-07	Aortokoronární bypass nebo jiný výkon na koronárních tepnách z minilaparotomie u pacientů s CC=0-3	4,2412	3,9567
05-122	05-122-00	Transplantace kůže nebo krytí defektu lalokem pro nemoc periferních cév	1,5222	1,5143
05-125	05-125-01	Implantace kardiostimulátoru s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	4,3022	2,7318
05-125	05-125-02	Implantace dvoukomorového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3	2,9081	0,7450
05-125	05-125-03	Implantace dvoudutinového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3	1,5508	0,5772
05-125	05-125-04	Implantace jednodutinového kardiostimulátoru u pacientů s CC=0-3	0,9908	0,4735
05-M01	05-M01-01	Katetrizační implantace nebo korekce chlopni s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	15,0293	4,1884
05-M01	05-M01-02	Katetrizační implantace nebo korekce chlopni se srdeční katetrizací u pacientů s CC=0-3	12,5993	2,6661
05-	05-M01-	Katetrizační implantace nebo korekce chlopni u	12,3805	3,0649

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část D - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha	CZ-DRG- dílčí relativní váha pro nepřímé náklady
M01	03	pacientů s CC=0-3		
05-M02	05-M02-01	Endovaskulární výkon na aortě s dalším operačním výkonem v jiný den nebo provedený jako urgentní výkon nebo u pacientů s CC=4	13,4471	6,9922
05-M02	05-M02-02	Endovaskulární výkon na aortě s otevřeným operačním výkonem ve stejný den u pacientů s CC=0-3	9,4244	4,2126
05-M02	05-M02-03	Endovaskulární výkon na aortě u pacientů s CC=0-3	7,3468	2,0761
05-M04	05-M04-01	Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro nemoc periferních cév s dalším operačním výkonem v jiný den u pacientů s CC=1-4	4,9264	3,6384
05-M04	05-M04-02	Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro nemoc periferních cév s dalším operačním výkonem v jiný den u pacientů s CC=0	3,6155	2,5405
05-M04	05-M04-03	Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro nemoc periferních cév s mechanickou aterektomií nebo trombektomií	3,0529	1,1950
05-M04	05-M04-04	Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro nemoc periferních cév bez mechanické aterektomie a trombektomie	2,4673	1,5185
05-M06	05-M06-01	Angioplastika 2 a více věnčitých tepen s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	4,6613	2,6217
05-M06	05-M06-02	Angioplastika 1 věnčité tepny s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	3,8522	2,4610
05-M06	05-M06-03	Komplexní angioplastika 2 a více věnčitých tepen za použití zobrazovacích nebo rotačních technik	2,6727	0,8262
05-M06	05-M06-04	Komplexní angioplastika 1 věnčité tepny za použití zobrazovacích nebo rotačních technik	2,1958	0,8056
05-M06	05-M06-05	Angioplastika 2 a více věnčitých tepen při akutním infarktu myokardu	2,3010	1,1142
05-M06	05-M06-06	Angioplastika 1 věnčité tepny při akutním infarktu myokardu	1,7652	1,0153
05-M06	05-M06-07	Angioplastika 2 a více věnčitých tepen při jiném onemocnění srdce	1,8718	0,7103
05-M06	05-M06-08	Angioplastika 1 věnčité tepny při jiném onemocnění srdce	1,4719	0,7038
05-M07	05-M07-01	Angioplastika periferních cév se zavedením stentgraftu	4,6355	1,6237
05-M07	05-M07-02	Angioplastika periferních cév s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	3,3319	2,0563
05-M07	05-M07-03	Vícesegmentální angioplastika periferních cév se zavedením stentu u pacientů s CC=0-3	2,3590	1,2384
05-M07	05-M07-04	Angioplastika periferních cév se zavedením stentu u pacientů s CC=0-3	1,7799	0,8531
05-M07	05-M07-05	Vícesegmentální angioplastika periferních cév bez zavedení stentu u pacientů s CC=0-3	1,7442	1,2011
05-M07	05-M07-06	Angioplastika periferních cév bez zavedení stentu u pacientů s CC=0-3	1,2513	0,8084
05-M08	05-M08-00	Embolizace pro nemoc periferních cév	2,4177	1,0491
06-I02	06-I02-01	Rozsáhlý výkon v dutině břišní pro zhoubný novotvar trávicí soustavy	6,8238	6,2607

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část D - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha	CZ-DRG- dílní relativní váha pro nepřímé náklady
06-102	06-102-02	Rozsáhlý výkon v dutině břišní pro onemocnění trávicí soustavy mimo zhoubný novotvar	4,4249	3,7083
06-104	06-104-01	Odstranění nebo resekce žaludku s dalším operačním výkonem v jiný den	8,2692	7,2477
06-104	06-104-02	Odstranění nebo resekce žaludku u pacientů s CC=4	6,6658	5,8256
06-104	06-104-03	Odstranění nebo resekce žaludku u pacientů s CC=0-3	4,0363	3,6230
06-105	06-105-02	Odstranění nebo resekce konečnicku s dalším operačním výkonem v jiný den	8,0592	7,0238
06-105	06-105-03	Odstranění nebo resekce konečnicku u pacientů s CC=3-4	4,9431	4,5879
06-105	06-105-04	Odstranění nebo resekce konečnicku u pacientů s CC=0-2	3,3546	2,8677
06-106	06-106-00	Výkon na cévách nebo slezině pro onemocnění trávicí soustavy	6,0378	4,3819
06-107	06-107-01	Resekce střeva nebo peritonea pro onemocnění trávicí soustavy s dalším operačním výkonem v jiný den u pacientů s CC=4	8,0694	7,4836
06-107	06-107-02	Resekce střeva nebo peritonea pro onemocnění trávicí soustavy u dětí do 2 let věku	4,4950	4,4187
06-107	06-107-03	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	5,3483	4,9440
06-107	06-107-04	Resekce střeva nebo peritonea pro onemocnění trávicí soustavy u pacientů ve věku 2 a více let s CC=4	4,8222	4,5298
06-107	06-107-05	Resekce střeva nebo peritonea pro závažné onemocnění trávicí soustavy u pacientů ve věku 2 a více let s CC=0-3	2,8467	2,6175
06-107	06-107-06	Resekce střeva nebo peritonea pro méně závažné onemocnění trávicí soustavy u pacientů ve věku 2 a více let s CC=0-3	2,3988	2,2464
06-108	06-108-00	Chirurgický výkon pro vrozenou vadu jícnu nebo žaludku	1,6354	1,6332
06-109	06-109-01	Chirurgický výkon pro vrozenou vadu tenkého nebo tlustého střeva u dětí do 18 let věku	3,3594	3,3196
06-109	06-109-02	Chirurgický výkon pro vrozenou vadu tenkého nebo tlustého střeva u pacientů ve věku 18 a více let	2,0253	1,8145
06-111	06-111-00	Chirurgický výkon na jícnu mimo resekce	1,7762	1,5375
06-117	06-117-01	Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=3-4	2,4734	2,3619
06-117	06-117-02	Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu s použitím implantátu nebo korekce rozestupu přímých svalů břišních u pacientů s CC=0-2	0,9792	0,9283
06-117	06-117-03	Výkon pro recidivující břišní nebo pupeční kýlu u pacientů s CC=0-2	0,8676	0,8335
06-117	06-117-04	Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu u pacientů ve věku 16 a více let s CC=0-2	0,4994	0,4986
06-117	06-117-05	Výkon pro břišní nebo pupeční kýlu u dětí do 16 let věku s CC=0-2	0,3945	0,3945
06-	06-121-	Perianální výkon u pacientů s CC=3-4	2,1906	2,0542

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část D - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha	CZ-DRG- dílní relativní váha pro nepřímé náklady
I21	01			
06-I21	06-I21-02	Perianální výkon pro zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2	0,8211	0,7667
06-I21	06-I21-03	Perianální výkon pro onemocnění mimo zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2	0,4782	0,4735
06-M02	06-M02-00	Výkon pro obstrukci trávicí soustavy u dětí	0,7627	0,7465
07-I01	07-I01-01	Velká resekce slinivky břišní s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	9,4321	8,5887
07-I01	07-I01-02	Velká resekce slinivky břišní u pacientů s CC=0-3	5,4948	5,2584
07-I02	07-I02-01	Velká resekce jater s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	8,7959	8,0379
07-I02	07-I02-02	Velká resekce jater u pacientů s CC=0-3	3,5584	3,3073
07-I03	07-I03-01	Jiná resekce slinivky břišní s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=3-4	4,6047	4,3224
07-I03	07-I03-02	Jiná resekce slinivky břišní u pacientů s CC=0-2	3,3117	3,1146
07-I04	07-I04-01	Jiná resekce jater s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=3-4	4,2933	4,0232
07-I04	07-I04-02	Jiná resekce jater u pacientů s CC=0-2	2,0665	1,9732
07-I06	07-I06-01	Výkon na cévách se zavedením portosystémového shuntu pro cirhózu	5,3661	2,9609
07-I06	07-I06-02	Výkon na cévách bez zavedení portosystémového shuntu pro onemocnění hepatobiliární soustavy	1,9837	0,9779
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	5,1381	4,7764
07-I08	07-I08-02	Spojkový nebo rekonstrukční výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní u pacientů s CC=0-2	2,8920	2,7951
07-I10	07-I10-01	Odstranění žlučniku otevřeným přístupem u pacientů s CC=3-4	3,6781	3,4583
07-I10	07-I10-02	Odstranění žlučniku laparoskopicky u pacientů s CC=3-4	2,1535	1,8226
07-I10	07-I10-03	Odstranění žlučniku otevřeným přístupem pro akutní zánět slinivky břišní nebo u pacientů s CC=1-2	2,2100	2,1169
07-I10	07-I10-04	Odstranění žlučniku otevřeným přístupem pro jiné onemocnění mimo akutní zánět slinivky břišní u pacientů s CC=0	1,4336	1,4038
07-I10	07-I10-05	Odstranění žlučniku laparoskopicky pro akutní zánět slinivky břišní nebo u pacientů s CC=1-2	1,2606	0,9958
07-I10	07-I10-06	Odstranění žlučniku laparoskopicky pro jiné onemocnění mimo akutní zánět slinivky břišní u pacientů s CC=0	0,9728	0,7502
07-M02	07-M02-01	Opakovaný endoskopický nebo radiologický výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní	2,5635	2,0259
07-M02	07-M02-02	Endoskopický nebo radiologický výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky	2,1716	1,8650

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část D - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha	CZ-DRG- dílní relativní váha pro nepřímé náklady
		břišní u pacientů s CC=3-4		
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	1,2851	1,0863
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	0,7393	0,5960
07-R01	07-R01-00	Radiochirurgie pro zhoubný novotvar hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní	2,0170	1,9731
08-I03	08-I03-01	Operace páteře s instrumentací 9 a více segmentů	10,6907	4,7429
08-I03	08-I03-02	Operace páteře s instrumentací 5 až 8 segmentů	7,0649	3,6174
08-I03	08-I03-03	Operace páteře s instrumentací 3 až 4 segmentů pro novotvar nebo poranění mimo krční páteř	5,3307	3,1467
08-I03	08-I03-04	Operace páteře s instrumentací 3 až 4 segmentů pro jiná onemocnění mimo krční páteř	4,8169	2,5513
08-I03	08-I03-05	Operace páteře s instrumentací nejvýše 2 segmentů pro novotvar nebo poranění mimo krční páteř	3,4518	2,0260
08-I03	08-I03-06	Operace páteře s instrumentací nejvýše 2 segmentů pro jiná onemocnění mimo krční páteř	3,3738	2,0292
08-I03	08-I03-07	Operace páteře s instrumentací pro poranění krční páteře	3,0385	2,3927
08-I03	08-I03-08	Operace páteře s instrumentací pro jiná onemocnění krční páteře	2,0605	1,4450
08-I04	08-I04-01	Operace páteře bez instrumentace pro poranění nebo novotvar	2,8737	2,7521
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	1,6719	1,6530
08-I04	08-I04-03	Operace páteře bez instrumentace pro jiná onemocnění u pacientů ve věku 16-59 let	1,3310	1,3044
08-I05	08-I05-01	Implantace tumorózní endoprotézy kyčle	5,4732	3,3520
08-I05	08-I05-02	Reimplantace endoprotézy kyčle	3,6882	2,4788
08-I05	08-I05-03	Revize endoprotézy kyčle s výměnou artikulárních komponent	2,8530	2,2333
08-I05	08-I05-04	Implantace necementované totální endoprotézy kyčle	2,4581	1,5298
08-I05	08-I05-05	Implantace hybridní totální endoprotézy kyčle	2,2932	1,6011
08-I05	08-I05-06	Implantace cementované totální endoprotézy kyčle	2,0369	1,6647
08-I05	08-I05-07	Implantace cervikokapitální endoprotézy kyčle	1,9537	1,6882
08-I08	08-I08-01	Implantace tumorózní endoprotézy nebo reimplantace/revize endoprotézy ramene	3,4873	1,8991
08-I08	08-I08-02	Implantace reverzní totální endoprotézy ramene	3,5953	1,5756
08-I08	08-I08-03	Implantace anatomické totální endoprotézy ramene	3,0068	1,5856
08-I08	08-I08-	Implantace cervikokapitální endoprotézy ramene	1,8156	1,2699

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část D - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha	CZ-DRG-dílčí relativní váha pro nepřímé náklady
I08	04			
08-I10	08-I10-01	Implantace endoprotézy zápěstí	2,2289	1,2301
08-I10	08-I10-02	Implantace ne-silikonové endoprotézy prstu	1,0232	0,5385
08-I10	08-I10-03	Implantace silikonové endoprotézy prstu	0,7996	0,7401
08-I11	08-I11-01	Replantace končetiny nebo její části mimo prsty	7,1010	6,8494
08-I11	08-I11-02	Replantace dvou a více prstů	3,7354	3,7021
08-I11	08-I11-03	Replantace jednoho prstu	2,6885	2,6653
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	5,1415	4,6161
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	3,2195	2,8612
08-I13	08-I13-03	Operace poranění pánve v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	2,7021	2,4928
08-I13	08-I13-04	Operace poranění stehenní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let s dalším operačním výkonem v jiný den nebo CC=3-4	3,1143	2,7074
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	2,1778	1,8768
08-I13	08-I13-06	Operace poranění stehenní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	2,0099	1,7236
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	2,6926	2,3542
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	1,5828	1,3282
08-I13	08-I13-09	Operace poranění pánve a stehenní kosti mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,3798	1,1701
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	3,8473	3,2259
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	1,7325	1,4085
08-I14	08-I14-03	Operace poranění jiných segmentů kostí bérce v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,5905	1,3541
08-I14	08-I14-04	Operace poranění česky v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	1,0787	1,0569
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	2,6448	2,2966
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	1,5093	1,2251

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část D - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha	CZ-DRG-dílčí relativní váha pro nepřímé náklady
		ve věku 75 a více let		
08-I14	08-I14-07	Operace poranění jiných segmentů kostí bérce mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,1883	1,0184
08-I14	08-I14-08	Operace poranění česky mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,8112	0,7983
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	2,1658	1,9661
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	1,7267	1,5828
08-I15	08-I15-03	Operace poranění jiných kostí hlezna a zánártí v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,1838	1,1004
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	1,4596	1,3695
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	1,2317	1,1449
08-I15	08-I15-06	Operace poranění jiných kostí hlezna a zánártí mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	0,8469	0,7935
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	2,7368	2,2485
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	1,8052	1,3929
08-I16	08-I16-03	Operace poranění jiných segmentů pažní kosti v CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,3984	1,1000
08-I16	08-I16-04	Operace poranění pletence ramenního mimo pažní kost v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,9216	0,7866
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	1,8434	1,5507
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	1,4539	1,1695
08-I16	08-I16-07	Operace poranění jiných segmentů pažní kosti mimo CVSP u pacientů ve věku 16-74 let s CC=0	1,1536	0,9217
08-I16	08-I16-08	Operace poranění pletence ramenního mimo pažní kost mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,7303	0,6414
08-I18	08-I18-01	Násobná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	1,0421	0,9817
08-I18	08-I18-02	Izolovaná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,6577	0,6154
08-I18	08-I18-03	Násobná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,7004	0,6864
08-I18	08-I18-04	Izolovaná operace poranění kostí nártu, dlaně a prstů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,5298	0,4950
08-I19	08-I19-01	Operace poranění vazivového aparátu kolene v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	1,0456	0,8836
08-I19	08-I19-	Násobná operace poranění vazů, šlach a svalů ruky	1,0359	0,9693

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část D - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha	CZ-DRG- dílní relativní váha pro nepřímé náklady
I19	02	a zápěstí v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let		
08-I19	08-I19-03	Izolovaná operace poranění ostatních vazů, šlach a svalů v CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,6125	0,6004
08-I19	08-I19-04	Operace poranění vazivového aparátu kolene mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,8041	0,7650
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	0,6280	0,6177
08-I19	08-I19-06	Izolovaná operace poranění ostatních vazů, šlach a svalů mimo CVSP u pacientů ve věku 16 a více let	0,5401	0,5318
08-I20	08-I20-01	Operace poranění pánve a stehna v CVSP u dětí do 16 let	2,2855	2,2093
08-I20	08-I20-02	Operace poranění bérce, hlezna a zánártí v CVSP u dětí do 16 let	0,9416	0,8820
08-I20	08-I20-03	Operace poranění horní končetiny, nártu a prstů v CVSP u dětí do 16 let	0,6330	0,6115
08-I20	08-I20-04	Operace poranění pánve, stehna, bérce, hlezna a zánártí mimo CVSP u dětí do 16 let	1,0851	1,0458
08-I20	08-I20-05	Operace poranění horní končetiny, nártu a prstů mimo CVSP u dětí do 16 let	0,5497	0,5418
08-I21	08-I21-01	Operace pánve a stehenní kosti mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=1-4	2,4730	2,0858
08-I21	08-I21-02	Operace pánve a stehenní kosti mimo poranění u pacientů s CC=0	1,3372	1,2580
08-I22	08-I22-01	Operace kostí bérce a pažní kosti mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=1-4	1,8800	1,6750
08-I22	08-I22-02	Operace kostí bérce a pažní kosti mimo poranění u pacientů s CC=0	1,1049	0,9621
08-I23	08-I23-01	Operace kostí hlezna a zánártí mimo poranění pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=1-4	1,7243	1,5684
08-I23	08-I23-02	Operace kostí hlezna a zánártí mimo poranění u pacientů s CC=0	0,9384	0,8909
08-I28	08-I28-01	Krytí defektu velkým lalokem pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=2-4	4,1375	4,0135
08-I28	08-I28-02	Krytí defektu velkým lalokem pro nemoci muskuloskeletální soustavy a pojivových tkání u pacientů s CC=0-1	1,3482	1,3443
08-M02	08-M02-00	Miniinvazivní výkon na páteři	0,8249	0,5340
08-R01	08-R01-00	Radiochirurgie pro zhoubný novotvar míchy, míšních obalů, kostí a měkkých tkání	2,0095	1,9853
09-I04	09-I04-01	Krytí defektu velkým lalokem pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=2-4	4,1375	4,0135
09-I04	09-I04-02	Krytí defektu velkým lalokem pro nemoci a poruchy kůže, podkožní tkáně a prsu u pacientů s CC=0-1	1,5008	1,4731
09-I06	09-I06-01	Resekce prsu včetně odstranění mizních uzlin a rekonstrukce implantátem obou prsů	2,4494	2,0977
09-	09-I06-	Resekce prsu včetně odstranění mizních uzlin a	1,7717	1,5788

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část D - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha	CZ-DRG- dílní relativní váha pro nepřímé náklady
I06	02	rekonstrukce implantátem jednoho prsu		
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	1,4383	1,3933
09-I06	09-I06-04	Resekce jednoho prsu včetně odstranění mizních uzlin v CVSP u pacientů s CC=0	0,9883	0,9378
09-I06	09-I06-05	Resekce prsu včetně odstranění mizních uzlin mimo CVSP	0,9095	0,8955
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	1,2175	1,1943
09-I09	09-I09-02	Resekce jednoho prsu pro zhoubný novotvar v CVSP u pacientů s CC=0	0,8414	0,8136
09-I09	09-I09-03	Resekce prsu pro zhoubný novotvar mimo CVSP	0,7560	0,7328
09-I09	09-I09-04	Resekce obou prsů pro ostatní onemocnění nebo resekce jednoho prsu pro ostatní onemocnění u pacientů s CC=1-4	0,8275	0,8260
09-I09	09-I09-05	Resekce jednoho prsu pro ostatní onemocnění u pacientů s CC=0	0,4721	0,4703
09-I10	09-I10-01	Odstranění krčních mizních uzlin pro zhoubný novotvar kůže nebo odstranění mizních uzlin pro novotvar kůže nebo prsu u pacientů s CC=2-4	1,7172	1,6894
09-I10	09-I10-02	Odstranění mizních uzlin pro novotvar kůže nebo prsu u pacientů s CC=0-1	0,9838	0,9537
10-I01	10-I01-00	Transplantace inzulín produkující tkáň	4,1722	3,0851
10-I05	10-I05-01	Opakovaný chirurgický výkon na diabetické noze v CVSP	2,7082	2,6281
10-I05	10-I05-02	Opakovaný chirurgický výkon na diabetické noze mimo CVSP	1,8519	1,7812
10-I06	10-I06-00	Rekonstrukční nebo transplantační výkon na diabetické noze	2,0605	1,9572
10-I09	10-I09-01	Bypass žaludku nebo biliopankreatická diverze	4,1936	2,9111
10-I09	10-I09-02	Tubulizace žaludku	2,6151	1,5856
10-I09	10-I09-03	Plikace žaludku	1,7703	1,4634
10-I09	10-I09-04	Bandáž žaludku	1,6239	0,8956
10-I12	10-I12-00	Odstranění nebo resekce štítné nebo příštítné žlázy s odstraněním krčních mizních uzlin	1,6471	1,6389
10-I14	10-I14-00	Odstranění krčních mizních uzlin pro novotvar štítné žlázy	1,1613	1,1573
11-I01	11-I01-01	Odstranění močového měchýře s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	7,3465	6,9421
11-I01	11-I01-02	Odstranění močového měchýře u pacientů s CC=0-3	5,5476	5,3245
11-I04	11-I04-01	Odstranění ledviny včetně nadledviny, močovodu nebo mizních uzlin s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	4,8760	4,5565
11-I04	11-I04-02	Odstranění ledviny včetně nadledviny, močovodu nebo mizních uzlin u pacientů s CC=0-3	2,8099	2,6418

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část D - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha	CZ-DRG- dílčí relativní váha pro nepřímé náklady
11-I05	11-I05-00	Odstranění mizních uzlin pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy	3,2563	3,1311
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	2,6524	2,4238
11-I06	11-I06-02	Odstranění nebo resekce močovodu u pacientů s CC=0-1	2,2400	2,0142
11-I08	11-I08-01	Odstranění ledviny s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	6,2406	5,7469
11-I08	11-I08-02	Odstranění ledviny u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-3	3,0029	2,8596
11-I08	11-I08-03	Odstranění ledviny u pacientů s CC=0-1	2,0677	1,8552
11-I09	11-I09-00	Resekce močového měchýře otevřeným přístupem	2,7728	2,6053
11-I10	11-I10-02	Rekonstrukční výkon na horních cestách močových nebo močovém měchýři pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=4	3,9399	3,7819
11-I10	11-I10-03	Rekonstrukční výkon na horních cestách močových nebo močovém měchýři u pacientů s CC=0-3	2,3314	2,2899
11-I12	11-I12-00	Odstranění nebo rekonstrukce močové trubice	1,7518	1,7352
11-I13	11-I13-00	Otevřený výkon pro kámen dolních cest močových	1,3106	1,3062
11-M01	11-M01-01	Embolizace pro chronické onemocnění ledvin nebo u pacientů s CC=3-4	2,5269	1,1560
11-M01	11-M01-02	Embolizace pro novotvar nebo poranění ledviny u pacientů s CC=0-2	1,0947	0,7667
11-M03	11-M03-01	Perkutánní extrakce kamene z horních cest močových u pacientů s CC=2-4	2,1007	1,9833
11-M03	11-M03-02	Perkutánní extrakce kamene z horních cest močových u pacientů s CC=0-1	1,2824	1,2090
11-M05	11-M05-01	Endoskopická extrakce kamene horních cest močových u pacientů s CC=2-4	1,2476	1,1380
11-M05	11-M05-02	Endoskopická extrakce kamene horních cest močových u pacientů s CC=0-1	0,6569	0,5702
11-M06	11-M06-01	Transuretrální resekce močového měchýře u pacientů s CC=3-4	1,8076	1,6462
11-M06	11-M06-02	Transuretrální resekce močového měchýře u pacientů s CC=1-2	0,9040	0,8726
11-M06	11-M06-03	Transuretrální resekce močového měchýře u pacientů s CC=0	0,6152	0,6068
11-M07	11-M07-01	Miniinvazivní odstranění kamene z dolních cest močových u pacientů ve věku 70 a více let	0,8033	0,7918
11-M07	11-M07-02	Miniinvazivní odstranění kamene z dolních cest močových u pacientů do 70 let	0,6191	0,6084
11-M08	11-M08-00	Extrakorporální litotrypse	0,3562	0,3560
12-I04	12-I04-00	Totální amputace penisu pro onemocnění mužské reprodukční soustavy	2,4108	2,3787
12-I05	12-I05-00	Odstranění mizních uzlin pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy	1,7736	1,7355
12-I06	12-I06-00	Parciální amputace penisu	1,1404	1,1364

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část D - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha	CZ-DRG-dílčí relativní váha pro nepřímé náklady
12-I07	12-I07-01	Rekonstrukční výkon na penisu pro zadní hypospadii nebo epispadii u dětí do 18 let věku	2,2568	2,2432
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	1,8573	1,8422
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	1,0140	1,0110
12-I12	12-I12-00	Výkon na močové trubici pro onemocnění prostaty	0,6082	0,6016
12-M01	12-M01-00	Embolizace pro onemocnění mužské reprodukční soustavy	1,0947	0,7667
12-R01	12-R01-00	Radiochirurgie pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy	2,3275	2,2586
13-I09	13-I09-00	Rekonstrukční výkon pro vrozenou vadu ženské reprodukční soustavy	1,6254	1,3493
13-I10	13-I10-01	Transperitoneální nebo transvezikální odstranění píštele ženské reprodukční soustavy	2,5894	2,4786
13-I10	13-I10-02	Vaginální odstranění píštele ženské reprodukční soustavy	1,6554	1,6185
13-I13	13-I13-01	Rekonstrukční výkon pro úplný výhřez pochvy i dělohy	1,6513	1,3950
13-I13	13-I13-02	Rekonstrukční výkon pro jiný sestup ženských pohlavních orgánů	0,9865	0,8839
13-I15	13-I15-01	Odstranění vulvy u pacientek ve věku 60 a více let	1,0695	1,0662
13-I15	13-I15-02	Odstranění vulvy u pacientek do 60 let věku	0,6265	0,6257
13-I16	13-I16-00	Odstranění děložního myomu	1,0256	0,8537
13-M01	13-M01-00	Embolizace nebo termoablace děložního myomu nebo varixů pohlavních orgánů	2,5581	0,9887
14-I03	14-I03-00	Výkon na cévách pro komplikaci v těhotenství, po potratu nebo po porodu	7,7301	5,2645
14-I05	14-I05-00	Chirurgický výkon v dutině břišní mimo dělohu a děložní adnexa v těhotenství, po porodu nebo po potratu	0,7650	0,7029
14-I06	14-I06-01	Intrauterinní výkon na plodu při mnohočetném těhotenství	1,1001	1,0979
14-I06	14-I06-02	Intrauterinní výkon na plodu při těhotenství jednoho dítěte	0,5096	0,4600
16-I01	16-I01-01	Chirurgický nebo endovaskulární výkon na slezině u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-4	3,1906	2,9425
16-I01	16-I01-02	Chirurgický nebo endovaskulární výkon na slezině u pacientů ve věku 18 a více let s CC=0-1	2,3253	2,0537
16-I02	16-I02-00	Odstranění brzlíku pro onemocnění brzlíku	1,8630	1,6727
16-I04	16-I04-01	Odstranění krčních mizních uzlin pro zvětšení nebo zánět nebo odstranění mizních uzlin pro zvětšení nebo zánět u pacientů s CC=2-4	1,0086	1,0017
16-I04	16-I04-02	Odstranění mizních uzlin mimo krční pro zvětšení nebo zánět u pacientů s CC=0-1	0,6940	0,6910
17-I01	17-I01-00	Rozsáhlý resekcí výkon v dutině břišní nebo pánevní pro onemocnění krevetvorby nebo špatně	5,8458	5,4886

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část D - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha	CZ-DRG-dílčí relativní váha pro nepřímé náklady
		diferencované novotvary		
17-I02	17-I02-00	Kraniotomie pro onemocnění krevetvorby nebo špatně diferencované novotvary	2,9656	2,6711
17-I03	17-I03-00	Instrumentace nebo resekční výkon na páteři	6,5178	4,6558
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	7,3260	6,7014
17-I04	17-I04-02	Resekční výkon na trávicí soustavě, játrech nebo odstranění omenta u pacientů s CC=0-3	3,4543	3,3181
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	5,8560	5,6826
17-I05	17-I05-02	Rozsáhlý resekční výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách u pacientů s CC=0-3	3,7136	3,6124
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	4,5883	4,2579
17-I06	17-I06-02	Resekční výkon v retroperitoneu, pánvi, dutině hrudní nebo odstranění sleziny u pacientů s CC=0-3	2,1663	2,0503
17-I07	17-I07-01	Resekční výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách u pacientů s CC=3-4	3,7306	3,6599
17-I07	17-I07-02	Resekční výkon v oblasti hlavy a krku s výkonem na krčních uzlinách u pacientů s CC=0-2	2,1910	2,1704
19-I03	19-I03-00	Totální amputace penisu pro poruchy sexuálních funkcí	2,3121	2,2888
19-I04	19-I04-00	Odstranění dělohy pro poruchy sexuálních funkcí	1,2887	1,0343
19-I05	19-I05-00	Resekce prsu pro poruchy sexuálních funkcí	1,1158	1,1036
19-I06	19-I06-00	Jiný chirurgický výkon pro poruchy sexuálních funkcí	0,8267	0,8238
22-I01	22-I01-01	Transplantace kůže pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s 11 a více ošetrovacími dny	21,6940	20,6639
22-I01	22-I01-02	Transplantace kůže pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s 6-10 ošetrovacími dny	9,7624	9,5931
22-I01	22-I01-03	Transplantace kůže pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s 2-5 ošetrovacími dny	4,2223	4,2037
22-I01	22-I01-04	Transplantace kůže pro popálení, poleptání nebo omrzlinu s nejvýše 1 ošetrovacím dnem	2,7789	2,7710
23-I01	23-I01-00	Odběr orgánů od zemřelého dárce	1,4191	1,4112
23-I02	23-I02-00	Odběr jater od zdravého dárce	3,5584	3,3073
23-I03	23-I03-00	Odběr ledviny od zdravého dárce	2,7745	2,6232
23-I04	23-I04-00	Odběr dělohy od zdravé dárkyně	1,3803	1,2208
24-M01	24-M01-01	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 22-42 dnů po předchozí operaci páteře včetně instrumentace	10,0775	7,7824
24-	24-M01-	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce	9,6426	9,5909

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část D - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha	CZ-DRG- dílní relativní váha pro nepřímé náklady
M01	02	22-42 dnů po předchozí operaci páteře bez instrumentace		
24-M01	24-M01-03	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 22-42 dnů bez předchozí operace páteře	5,6360	5,6090
24-M02	24-M02-01	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 43-63 dnů po předchozí operaci páteře včetně instrumentace	12,5934	10,7198
24-M02	24-M02-02	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 43-63 dnů bez předchozí operace páteře s instrumentací	8,6655	8,6021
24-M03	24-M03-01	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 64 a více dnů po předchozí operaci páteře včetně instrumentace	14,4110	12,5155
24-M03	24-M03-02	Komplexní péče na spinálních jednotkách v délce 64 a více dnů bez předchozí operace páteře s instrumentací	10,4178	10,2231
25-I01	25-I01-00	Chirurgický výkon na více lokalizacích při polytraumatu	10,0573	7,8846
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)	9,9679	8,5260
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)	5,8459	4,8992
25-K01	25-K01-01	Polytrauma s umělou plicní ventilací v délce 25-96 hodin (2-4 dny)	3,6665	3,4195
25-K01	25-K01-02	Polytrauma bez umělé plicní ventilace (nebo max. 1 den)	2,6412	2,5325

Část E

Vysoce homogenní hrazené služby klasifikované doází, které byly v referenčním období 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	1,5294
14-I01	14-I01-02	Porod císařským řezem v CVSP při mnohočetném těhotenství nebo po vedení porodu vaginálně	1,1289
14-I01	14-I01-03	Porod císařským řezem mimo CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci	1,2196
14-I01	14-I01-04	Porod císařským řezem mimo CVSP při mnohočetném těhotenství nebo po vedení porodu vaginálně	1,0944
14-I01	14-I01-05	Porod jediného dítěte císařským řezem bez závažné diagnózy	0,8003
14-M01	14-M01-01	Vaginální porod v CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci	0,8822
14-M01	14-M01-02	Vaginální porod v CVSP při mnohočetném těhotenství nebo s revizí po porodu	0,7445
14-M01	14-M01-03	Vaginální porod mimo CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci	0,7297
14-M01	14-M01-04	Vaginální porod mimo CVSP při mnohočetném těhotenství nebo s revizí po porodu	0,6691
14-M01	14-M01-05	Vaginální porod jediného dítěte bez závažné diagnózy	0,5424
15-K06	15-K06-01	Novorozenci s hmotností 2500 a více g v CVSP a s velmi závažnou diagnózou narození v daném zdravotnickém zařízení	1,1248
15-K06	15-K06-02	Novorozenci s hmotností 2500 a více g v CVSP a se závažnou diagnózou narození v daném zdravotnickém zařízení	0,5977
15-K06	15-K06-03	Novorozenci s hmotností 2500 a více g mimo CVSP a se závažnou diagnózou narození v daném zdravotnickém zařízení	0,4591
15-K06	15-K06-04	Novorozenci s hmotností 2500 a více g bez závažné diagnózy narození v daném zdravotnickém zařízení	0,2748
15-K07	15-K07-01	Novorozenci s hmotností 2500 a více g v CVSP a s velmi závažnou diagnózou nenarození v daném zdravotnickém zařízení	1,5082
15-K07	15-K07-02	Novorozenci s hmotností 2500 a více g v CVSP a se závažnou diagnózou nenarození v daném zdravotnickém zařízení	1,0072
15-K07	15-K07-03	Novorozenci s hmotností 2500 a více g v CVSP bez závažné diagnózy nenarození v daném zdravotnickém zařízení	0,5396
15-K07	15-K07-04	Novorozenci s hmotností 2500 a více g mimo CVSP nenarození v daném zdravotnickém zařízení	0,4722

Část F

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

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část F - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
15-I01	15-I01-00	Extrakorporální membránová oxygenace novorozence	25,6825
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)	34,6991
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)	24,2076
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)	15,8230
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)	12,0190
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)	6,1027
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)	34,6991
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)	24,2076
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)	15,8230
15-I03	15-I03-04	Chirurgický výkon na centrální nervové soustavě nebo lebce u novorozence s umělou plicní ventilací v délce 97-240 hodin (5-10 dní)	10,2645
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)	5,4318
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)	34,6991
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)	24,2076
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)	15,8230
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)	9,0069
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)	3,9900
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)	0,8839
15-I05	15-I05-00	Chirurgický výkon na vylučovací soustavě u novorozence	1,7230

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část F - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
15-I06	15-I06-00	Chirurgický výkon na pohlavních orgánech u novorozence	0,5551
15-I07	15-I07-00	Chirurgický výkon pro rozštěp rtu nebo vrozenou vadu nosu u novorozence	1,8379
15-K02	15-K02-02	Novorozenci s hmotností do 1000 g	5,0052
15-K03	15-K03-01	Novorozenci s hmotností 1000-1499 g a velmi závažnou diagnózou	4,4282
15-K03	15-K03-02	Novorozenci s hmotností 1000-1499 g bez velmi závažné diagnózy	3,3967
15-K04	15-K04-01	Novorozenci s hmotností 1500-1999 g a velmi závažnou diagnózou	3,3435
15-K04	15-K04-02	Novorozenci s hmotností 1500-1999 g a závažnou diagnózou	2,2849
15-K04	15-K04-03	Novorozenci s hmotností 1500-1999 g bez závažné diagnózy	1,6882
15-K05	15-K05-01	Novorozenci s hmotností 2000-2499 g v CVSP a s velmi závažnou diagnózou	2,1966
15-K05	15-K05-02	Novorozenci s hmotností 2000-2499 g v CVSP a se závažnou diagnózou	1,2017
15-K05	15-K05-03	Novorozenci s hmotností 2000-2499 g v CVSP bez závažné diagnózy	0,6238
15-K05	15-K05-04	Novorozenci s hmotností 2000-2499 g mimo CVSP	0,4417
15-M01	15-M01-01	Umělá plicní ventilace v délce 1009 a více hodin (43 a více dní) u novorozence s hmotností do 750 g	31,8173
15-M01	15-M01-02	Umělá plicní ventilace v délce 1009 a více hodin (43 a více dní) u novorozence s hmotností 750-1999 g	26,2609
15-M01	15-M01-03	Umělá plicní ventilace v délce 1009 a více hodin (43 a více dní) u novorozence s hmotností 2000 a více g	28,3966
15-M01	15-M01-04	Umělá plicní ventilace v délce 505-1008 hodin (22-42 dní) u novorozence s hmotností do 750 g	16,3463
15-M01	15-M01-05	Umělá plicní ventilace v délce 505-1008 hodin (22-42 dní) u novorozence s hmotností 750-1999 g	16,0642
15-M01	15-M01-06	Umělá plicní ventilace v délce 505-1008 hodin (22-42 dní) u novorozence s hmotností 2000 a více g	15,9350
15-M01	15-M01-07	Umělá plicní ventilace v délce 241-504 hodin (11-21 dní) u novorozence s hmotností do 750 g	9,3676
15-M01	15-M01-08	Umělá plicní ventilace v délce 241-504 hodin (11-21 dní) u novorozence s hmotností 750-1999 g	9,6515
15-M01	15-M01-09	Umělá plicní ventilace v délce 241-504 hodin (11-21 dní) u novorozence s hmotností 2000 a více g	8,6981
15-M01	15-M01-10	Umělá plicní ventilace v délce 97-240 hodin (5-10 dní) u novorozence s hmotností do 2000 g	6,5005
15-M01	15-M01-11	Umělá plicní ventilace v délce 97-240 hodin (5-10 dní) u novorozence s hmotností 2000 a více g	4,7669
15-M01	15-M01-12	Umělá plicní ventilace v délce 25-96 hodin (2-4 dny) u novorozence s hmotností do 2000 g	4,8941
15-M01	15-M01-13	Umělá plicní ventilace v délce 25-96 hodin (2-4 dny) u novorozence s hmotností 2000 a více g	2,5092

Část G

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

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část G - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
00-I01	00-I01-01	Transplantace plic u pacientů s UPV 1009 a více hodin (43 a více dnů)	145,7026
00-I01	00-I01-02	Transplantace plic u pacientů s UPV 241-1008 hodin (11-42 dnů)	53,6124
00-I01	00-I01-03	Transplantace plic u pacientů s UPV do 240 hodin (do 10 dnů)	26,0418
00-I02	00-I02-01	Transplantace srdce u pacientů s dlouhodobou srdeční podporou	117,0120
00-I02	00-I02-02	Transplantace srdce u pacientů s jiným typem srdeční podpory	68,3104
00-I02	00-I02-03	Transplantace srdce u pacientů bez srdeční podpory	23,0654
00-I03	00-I03-01	Transplantace jater s UPV 505 a více hodin (22 a více dnů)	58,4208
00-I03	00-I03-02	Transplantace jater s UPV 241–504 hodin (11–21 dnů)	39,4742
00-I03	00-I03-03	Transplantace jater u pacientů s CC=4	19,5160
00-I03	00-I03-04	Transplantace jater u pacientů s CC=0-3	12,8862
00-I04	00-I04-00	Transplantace slinivky	13,7960

Část H

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

CZ-DRG báze - kód	CZ-DRG skupina - kód	Část H - CZ-DRG skupina - název	CZ-DRG - relativní váha
19-K01	19-K01-01	Krátkodobá akutní a zvýšená psychiatrická péče pro duševní onemocnění	1,0681
19-K01	19-K01-02	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4	1,0681
19-K01	19-K01-03	Krátkodobá akutní psychiatrická péče nebo diagnostika pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	0,6025
19-K02	19-K02-01	Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů a zvýšená psychiatrická péče pro duševní onemocnění	1,4113
19-K02	19-K02-02	Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4	1,4512
19-K02	19-K02-03	Akutní psychiatrická péče 2-5 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	0,6727
19-K03	19-K03-01	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů a zvýšená psychiatrická péče pro duševní onemocnění	1,3168
19-K03	19-K03-02	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=2-4	1,4267
19-K03	19-K03-03	Akutní psychiatrická péče 6-10 dnů pro duševní onemocnění u pacientů s CC=0-1	0,9317
19-K04	19-K04-01	Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů a zvýšená psychiatrická péče pro duševní onemocnění	1,4636
19-K04	19-K04-02	Akutní psychiatrická péče 11-15 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro duševní onemocnění	1,4597
19-K05	19-K05-01	Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů a zvýšená psychiatrická péče pro duševní onemocnění	1,8896
19-K05	19-K05-02	Akutní psychiatrická péče 16-20 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro duševní onemocnění	1,8836
19-K06	19-K06-01	Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů a zvýšená psychiatrická péče pro duševní onemocnění	2,4080
19-K06	19-K06-02	Akutní psychiatrická péče 21-25 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro duševní onemocnění	2,4085
19-K07	19-K07-01	Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů a zvýšená psychiatrická péče pro duševní onemocnění	2,8907
19-K07	19-K07-02	Akutní psychiatrická péče 26-30 dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro duševní onemocnění	2,8760
19-K08	19-K08-01	Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů a zvýšená psychiatrická péče pro duševní onemocnění	4,2789
19-K08	19-K08-02	Akutní psychiatrická péče 31 a více dnů bez zvýšené psychiatrické péče pro duševní onemocnění	4,1917
19-M01	19-M01-00	Neinvasivní neurostimulační terapie pro duševní onemocnění	2,3900

Příloha č. 11 k vyhlášce č. 242/2021 Sb.

Výše úhrad hrazených služeb podle § 9

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
00900	<p><u>Komplexní vyšetření zubním lékařem při registraci pojištěnce nebo při opakovaném založení zdravotnické dokumentace</u></p> <p>Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení léčebného plánu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. Založení dokumentace se záznamem stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání včetně onkologické prohlídky, mezičelistních vztahů, anamnézy a individuálního léčebného postupu. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, profylaktické odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), konzervativního ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona.</p>	<p>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.</p>	495 Kč
00901	<p><u>Opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka</u></p> <p>Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, profylaktické odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení, frekvence vykazování v souladu s přílohou č. 1 zákona), včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), konzervativního ošetření dentitio</p>	<p>U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat 2 / 1 kalendářní rok na pojištěnce, a to nejdříve 3 měsíce od vykazání kódu 00900 nebo 00901 v témže kalendářním roce. U pojištěnců od 18 let lze vykázat 1/1 kalendářní rok, a to nejdříve 5 měsíců od vykazání kódu 00900 v témže kalendářním roce; ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést prohlídku dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. U těhotných žen lze vykázat dvakrát v průběhu těhotenství s odstupem nejméně 3 měsíce (musí být uvedena diagnóza Z34 nebo Z35 podle mezinárodní klasifikace nemocí). Za vykazání kódu 00901 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu</p>	455 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona.	považuje i vykazání kódu 00946. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁷⁾ .	
00902	<u>Péče o registrovaného pojištěnce nad 18 let věku</u> Agregovaný výkon zahrnující: kontrolu ústní hygieny, interdentalní hygieny, motivaci pojištěnce po orientačním vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní. Ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), konzervativního ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona.	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok, ve kterém byl vykázán kód 00901 nebo 00946 a nebyl vykázán kód 00900, a to nejdříve 5 měsíců od vykazání kódu 00901 nebo 00946; ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést ošetření dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Za vykazání kódu 00902 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykazání kódu 00947. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁷⁾ .	328 Kč
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 onemocnění, v případě rozštěpových vad, onkologických a traumatologických onemocnění maximálně 3 / 1 rok. Nelze vykázat současně s kódem 00908, 00909, 00931, 00940, 00968 a 00981. Kód nelze vykázat u pojištěnce registrovaného daným poskytovatelem. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE ⁷⁾ a odbornosti 015, 605 podle seznamu výkonů.	355 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 –	125 Kč

⁷⁾ § 22 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů.

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		zubní vyšetření podle mezinárodní klasifikace nemocí. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	
00906	<u>Stomatologické vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce do dne dosažení 6 let nebo registrovaného hendikepovaného pojištěnce</u> Úhrada zohledňuje zvýšenou časovou náročnost vyšetření a ošetření pojištěnce. Lze vykázat i bez kurativního výkonu.	Lze vykázat 1 / 1 den. U hendikepovaného pojištěnce se kód vykazuje s příslušnou diagnózou. Nelze vykázat s kódem 00976. Držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE ⁷⁾ lze vykázat i při vyžádané péči neregistrovaného pojištěnce. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	115 Kč
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 ⁷⁾ lze vykázat i při vyžádané péči o neregistrovaného pojištěnce. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	90 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.	355 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, 00902, 00903, 00908, 00931, 00940, 00946 a 00947. 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 č. 372/2011 Sb. Při diagnóze vyžadující opakovanou návštěvu lze vykázat jen jedenkrát, včetně rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz. Odbornosti 014, 015, 605 podle seznamu výkonů.	415 Kč
00910	<u>Zhotovení intraorálního rentgenového snímku</u> Zhotovení intraorálního rentgenového snímku na zubním rentgenovém zařízení.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015, 605 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem).	75 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, 605 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem).	230 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 ⁷⁾ a v odbornosti 015, 605 podle seznamu výkonů lze v souvislosti se specializovanou péčí vykázat 2 / 1 kalendářní rok. Lze vykázat bez omezení v případech, kdy je vyšetření vyžádáno kardiologem, kardiochirurgem, ortopedem, transplantologem, osteologem či otorinolaryngologem (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	280 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		M87.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí), a dále v rámci pohotovostní služby v oboru zubní lékařství a v případě úrazové nebo onkologické diagnózy. Odbornosti 014, 015, 605 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, 605 podle seznamu výkonů. Vyhodnocuje a vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval (i v případě zhotovení snímku jiným poskytovatelem); v případě odeslání pojištění k jinému zubnímu lékaři, který je držitelem potvrzení o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů ⁷⁾ a k lékaři odbornosti 015 podle seznamu výkonů může kód vykázat i tento zubní lékař.	85 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 školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE ⁷⁾ , odbornosti 015, 605 podle seznamu výkonů. Vykazuje poskytovatel, který snímek indikoval.	275 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, 605 podle seznamu výkonů.	120 Kč
00917	<u>Anestézie infiltrační</u> Aplikace injekční anestézie pro každý sextant, včetně anestézie na foramen mentale, nervus palatinus maior a foramen incisivum a tuber maxillae. Počítá se anestezovaná oblast, nikoli počet vpichů; ve všech případech, je-li anestezie indikována lékařem.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015, 605 podle seznamu výkonů.	100 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
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, 605 podle seznamu výkonů.</p>	795 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 při použití dózovaného amalgámu a v rozsahu řezáků a špičáků i při použití samopolymerujícího kompozitu.</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, 605 podle seznamu výkonů.</p>	570 Kč
00922	<p><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.</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, 605 podle seznamu výkonů.</p>	445 Kč
00924	<p><u>Endodontické ošetření – dočasný zub</u> Po definitivním endodontickém ošetření dočasného zubu, který je klinický pevný a na rentgenogramu dosahuje resorbce nejvýše do poloviny</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub při extirpaci a 1 / 1 zub při amputaci. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015, 605 podle seznamu výkonů.</p>	270 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	kořene, metodou amputace vitální nebo mortální dřevě se vykazuje jedenkrát, při případné exstirpaci se vykazuje za každý zaplněný kořenový kanálek.		
00925	<u>Primární endodontické ošetření – stálý zub – v rozsahu řezáků a špičáků</u> Zahrnuje paliativní výkon, mechanickou, medikamentózní přípravu, provizorní výplně a definitivní primární endodontické ošetření zubu metodou centrálního čepu. Počet návštěv nerozhoduje. I při ošetření zubu metodou apexifikace.	Lze vykázat 1 / 1 kanálek / 1 zub. Lokalizace – zub. Pro více než jeden kanálek je nutno doložit rentgenový snímek. Odbornosti 014, 015, 605 podle seznamu výkonů.	270 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, 605 podle seznamu výkonů.	270 Kč
00931	<u>Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu v rámci pravidelné parodontologické péče</u> Odborné vyšetření parodontu, vyšetření pomocí parodontologického indexu CPITN, stanovení individuálního léčebného postupu, zahájení konzervativní léčby – odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), instruktáž a motivace orální hygieny. Součástí výkonu je parodontologický zápis ve zdravotnické dokumentaci. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče.	Lze vykázat 1 / 2 kalendářní roky a při změně zdravotního stavu maximálně 1 / 1 kalendářní rok. Nelze vykázat v kombinaci s kódy 00903, 00909 a 00932. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE ⁷⁾ .	855 Kč
00932	<u>Léčba chronických onemocnění parodontu</u> Vyšetření parodontu na základě zařazení onemocnění při vyšetření pomocí indexu CPITN, kdy je stanoven index CPI 2-3, případně dalších parodontologických indexů a vyšetřovacích metod v průběhu parodontologické léčby. Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče. Pokračování konzervativní léčby (fáze iniciální nebo udržovací) – kontrola orální hygieny pomocí k tomu určených indexů (například PBI, API), jejichž hodnoty musí být zaznamenány v dokumentaci, odstranění zubního	Lze vykázat 3 / 1 kalendářní rok. Nelze vykázat s kódy 00900, 00901, 00902, 00903, 00909, 00931, 00946 a 00947. Odstup mezi vykázaním kódů 00900, 00901, 00902, 00931, 00932, 00946 a 00947 musí být v takovém intervalu, aby bylo možno prokázat účelnost léčby, lze vykázat minimálně v měsíčních odstupech. Při třetím vykázaní kódu v roce nutno zhodnotit léčbu pomocí indexu CPITN. Přechodné dlahy z volné ruky ke stabilizaci zubů s oslabeným	300 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	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.	parodontem (kód 00938) a subgingivální ošetření (kód 00935) se vykazují zvlášť. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.	
00933	<u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu</u> Provedený chirurgický výkon v mukogingivální oblasti (např. gingivektomie s plastikou) navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu za každý zub.	Lze vykázat – 1 / 1 zub / 730 dnů. Lokalizace – zub. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE ⁷⁾ .	455 Kč
00934	<u>Chirurgická léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu</u> Chirurgické výkony navazující na konzervativní léčbu chronických onemocnění parodontu vedoucí k prohloubení vestibula, výkony s odklopením mukoperiostálního laloku vedoucí k odstranění parodontálních sulků – za každý sextant. Implementace odebraného slizničního nebo mezenchymálního štěpu.	Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat s chirurgickými výkony s řízenou tkáňovou regenerací a implantacemi. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE ⁷⁾ .	1 105 Kč
00935	<u>Subgingivální ošetření</u> Instrumentální odstranění obsahu parodontálního chobotu (subgingiválního zubního kamene a plaku), odstranění nekrotického cementu, ohlazení povrchu zubního kořene a jeho kontrola u zubů s parodontálními choboty (CPI 3, 4). Lze provést ručními nástroji, ultrazvukovými či laserovými přístroji či jejich kombinací.	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní. Lokalizace – zub. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE ⁷⁾ .	89 Kč
00936	<u>Odebrání transplantátu</u> Chirurgický výkon vedoucí k získání slizničního nebo mezenchymálního štěpu.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE ⁷⁾ , odbornost 605 podle seznamu výkonů.	605 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 školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE ⁷⁾ .	438 Kč
00938	<u>Přechodné dlahy ke stabilizaci zubů s</u>	Lze vykázat 1 / 1 zub / 365 dní.	65 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	<p><u>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.</p>	<p>Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.</p>	
00940	<p><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.</p>	<p>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 školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE⁷⁾, odbornost 605 podle seznamu výkonů.</p>	855 Kč
00941	<p><u>Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice</u> Při kontrolním vyšetření v průběhu léčby.</p>	<p>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 školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE⁷⁾, odbornost 605 podle seznamu výkonů.</p>	305 Kč
00943	<p><u>Měření galvanických proudů</u> Měření galvanických proudů v dutině ústní při vyšetření slizničních změn a měření impedance.</p>	<p>Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, PE⁷⁾, odbornost 605 podle seznamu výkonů.</p>	93 Kč
00944	<p><u>Signální výkon epizody péče/kontaktu u pacientů od 18 let věku v souvislosti s vyšetřením v ordinaci zubního lékaře</u></p>	<p>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, 00902, 00903, 00908 (pouze za předpokladu, že poskytovatel nevybral regulační poplatek za pohotovostní službu), 00909, 00931, 00932, 00940, 00941, 00947, 00968, 00981, 00983, 00984, 00986, v případě vyšetření zaměřeného na konkrétní obtíže registrovaného pojištěnce a</p>	60 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
		v případě dlouhodobých zástupů registrujícího zubního lékaře ohlášených zdravotní pojišťovně. Odbornosti 014, 015 podle seznamu výkonů.	
00946	<p><u>Opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka I</u></p> <p>Vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení individuálního léčebného postupu v rámci péče hrazené ZP. Kontrola a nácvik orální hygieny, interdentální hygieny, masáží, odstranění profylaktické zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení, frekvence vykazování v souladu s přílohou č. 1 zákona), včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), konzervativního ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona.</p>	<p>U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat 2 / 1 kalendářní rok na pojištěnce, a to nejdříve 3 měsíce od vykazání kódu 00900 nebo 00946 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 nebo Z35 podle mezinárodní klasifikace nemoci). Za vykazání kódu 00946 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykazání kódu 00901. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p>	381 Kč
00947	<p><u>Péče o registrovaného pojištěnce nad 18 let věku I</u></p> <p>Agregovaný výkon zahrnující: kontrolu ústní hygieny, interdentální hygieny, motivace pojištěnce po orientačním vyšetření chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní. Ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), konzervativního ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv. Lokální aplikace fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok, ve kterém byl vykázán kód 00901 nebo 00946 a nebyl vykázán kód 00900, a to nejdříve 5 měsíců od vykazání kódu 00901 nebo 00946; ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pojištěnce vyžaduje provést ošetření dříve, lze vykázat s menším odstupem, který nesmí být kratší než 3 měsíce. Za vykazání kódu 00947 se pro účely regulačních omezení tohoto kódu považuje i vykazání kódu 00902. Odbornost 014 podle seznamu výkonů.</p>	268 Kč
00948	<p><u>Zajištění suturou v rámci výkonu extrakce</u></p> <p>Provedení sutury po extrakci stálého zubu, resp. radixu nebo dočasného moláru bez resorpce kořenů v indikovaných případech týkajících se stavění krvácení či jeho prevence u</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. Lze vykázat pouze v kombinaci s kódem 00950. Vykazuje se s diagnózou Z40.9 podle mezinárodní klasifikace nemoci. Odbornosti 014, 015, 605 podle</p>	135 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	pojištěnců na antitrombotické nebo na antiresorpční léčbě a pojištěnců imunosuprimovaných. Bez ohledu na použitý druh materiálu a počet stehů.	seznamu výkonů.	
00949	<u>Běžná extrakce dočasného zubu</u> Extrakce dočasného zubu nebo radixu (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací, sutury a stavění krvácení kompresivní tamponádou.	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. U pojištěnců do dne dosažení 18 let lze vykázat pouze při stvrzení čerpání hrazené služby podpisem zákonného zástupce nebo zletilé doprovázející osoby ve zdravotnické dokumentaci nebo fotodokumentací ve zdravotnické dokumentaci. Odbornosti 014, 015, 605 podle seznamu výkonů.	135 Kč
00950	<u>Extrakce stálého zubu nebo dočasného moláru s neresorbovanými kořeny</u> Extrakce stálého zubu nebo radixu (bez následné chirurgické intervence) včetně případné separace radixů, exkochleace granulací a stavění krvácení kompresivní tamponádou nebo extrakce dočasného moláru s neresorbovanými kořeny.	Lze vykázat 1 / 1 zub. Lokalizace – zub. U pojištěnců od 8 let lze extrakci dočasného moláru s neresorbovanými kořeny vykázat pouze při zdokumentování rentgenovým vyšetřením. Odbornosti 014, 015, 605 podle seznamu výkonů.	350 Kč
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. Odbornosti 014, 605 podle seznamu výkonů.	600 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	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – zub v případě extrakce zubu nebo radixu, či mobilizace 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	1 290 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	temporomandibulárního kloubu nebo antrotomie a podobně.	účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE ⁷⁾ , odbornost 605 podle seznamu výkonů.	
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 školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH, PE ⁷⁾ , odbornosti 015, 605 podle seznamu výkonů.	635 Kč
00954	<u>Periapikální chirurgie</u> Odklopení mukoperiostálního laloku, snesení kosti periapikálně, amputace kořenového hrotu, exkochleace, toileta radixu a kosti, sutura (včetně případného peroperačního plnění), vykazuje se za každý ošetřený radix. Též periapikální exkochleace a exstirpace odontogenní cysty do 1 cm.	Lze vykázat – bez omezení. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 605 podle seznamu výkonů.	425 Kč
00955	<u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí malého rozsahu</u> Provedení menších chirurgických výkonů, například dekapsulace, frenulektomie, odstranění rušivých vlivů vazivových pruhů, podjazyková frenulektomie, excize vlajícího hřebene – za 1 sextant, odstranění léze do 2 cm, sutura rány sliznice nebo kůže do 5 cm nebo sondáž a výplach vývodu slinné žlázy, případně její náplň kontrastní látkou.	Lze vykázat – bez omezení. Nelze vykázat při gingivektomii. Odbornosti 014, 015, 605 podle seznamu výkonů.	455 Kč
00956	<u>Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní a jejího okolí velkého rozsahu</u> Odstranění podjazykové retenční slinné cysty, excize vlajícího hřebene většího rozsahu než 1 sextant, odstranění léze nad 2 cm, orální vestibuloplastika bez štěpu – za každý sextant, sutura rány sliznice nebo kůže nad 5 cm, exstirpace mukokely sliznice dutiny ústní nebo diagnostická excize, sialolitomie, přístrojová sialoendoskopie se zprůchodněním vývodu.	Lze vykázat – bez omezení. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE ⁷⁾ , odbornost 605 podle seznamu výkonů.	905 Kč
00957	<u>Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu</u> Ošetření následků úrazu zubů a alveolu malého rozsahu, včetně replantace, jednoduché fixace plastickým materiálem, popřípadě zkrácenou	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015, 605 podle seznamu výkonů.	455 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	drátěnou dlahou.		
00958	<u>Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu</u> Repozice a fixace zlomenin alveolu horní, dolní čelisti, zlomenin těla a krčku dolní čelisti bez výrazné dislokace (za každou ošetřenou 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 ⁷⁾ , odbornost 605 podle seznamu výkonů.	755 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, 605 podle seznamu výkonů.	155 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 ⁷⁾ , odbornost 605 podle seznamu výkonů.	605 Kč
00961	<u>Ošetření komplikací chirurgických výkonů v dutině ústní</u> Zavedení drénu či tamponády, přiložení plastického obvazu, výplachu rány lokálním léčebným prostředkem, dále stavění pozdního postextrakčního krvácení, revize extrakční rány bez odklopení mukoperiostálního laloku, svalové rehabilitační cvičení a fyzikální terapie.	Lze vykázat 5 / 10 dnů. Odbornosti 014, 015, 605 podle seznamu výkonů.	60 Kč
00962	<u>Konzervativní léčba temporomandibulárních poruch</u> Vyšetření, zdokumentování a konzervativní léčba poruchy temporomandibulárního kloubu (například úprava artikulace, fyzikální terapie, nácvik správného stereotypu otevírání).	Lze vykázat 2 / 1 kalendářní rok. Nelze kombinovat s kódem 00964. Odbornosti 014, 015, 605 podle seznamu výkonů.	305 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, 605 podle seznamu výkonů.	105 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	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 ⁷⁾ , odbornost 605 podle seznamu výkonů.	605 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	mezičelistní fixace, manuální repozice, indikace rehabilitace, cílené podání medikace).		
00968	<u>Stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatochirurgem</u> Stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatochirurgem v ambulanci poskytovatele ambulantních hrazených služeb. Součástí výkonu je vystavení písemné zprávy.	Lze vykázat 1 / 1 den pouze v souvislosti s kódy 00951, 00952, 00953, 00954, 00955, 00956, 00957, 00958, 00960, 00964. Ošetření neregistrovaného pojištěnce na základě písemného doporučení jiného zubního lékaře při neodkladných stavech (při naléhavých stavech i bez doporučení). V souvislosti s léčením jednoho neodkladného stavu lze vykázat pouze 1x. V případě dalšího plánovaného ošetření daného pojištěnce již kód 00968 nelze znovu vykázat. Kód není určen pro ambulance poskytovatelů lůžkových služeb jakékoliv odbornosti. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů CH ⁷⁾ .	1 005 Kč
00970	<u>Sejmutí fixní náhrady</u> Sejmutí fixní náhrady rázovým nástrojem nebo rozbroušením korunky a její deformací, v případě zkrácení mostu odseparování části mostu v místě mezičlenu (v tom případě se lokalizace vykazuje na tento mezičlen).	Lze vykázat 1 / 1 zub / 730 dní. Lokalizace – zub. Nelze vykázat u provizorních náhrad. Odbornosti 014, 015, 605 podle seznamu výkonů.	145 Kč
00971	<u>Provizorní ochranná korunka</u> Adaptace a fixace konfekční korunky k ochraně preparovaného, frangovaného nebo jinak destruovaného zubu, nebo individuální ochranná korunka zhotovená razidlovou metodou v ústech pacienta. Zahrnuje i opakované nasazení.	Lze vykázat 1 / 730 dní. Lokalizace – zub. Odbornosti 014, 015, 605 podle seznamu výkonů.	185 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, 605 podle seznamu výkonů.	60 Kč
00974	<u>Odevzdání stomatologického výrobku</u> Poskytovatel vykazuje při odevzdání stomatologického výrobku (kód slouží pouze pro vykazování zvláště účtovaných léčivých přípravků a stomatologických výrobků (dokladem	Lze vykázat – bez omezení. Odbornosti 014, 015, 605 podle seznamu výkonů.	0 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	03s).		
00976	<p><u>Stomatologické vyšetření a ošetření pojištěnce s poruchou autistického spektra či jinou psychiatrickou diagnózou</u></p> <p>Výkon zohledňuje zvýšenou časovou náročnost v souvislosti se stomatologickým vyšetřením a ošetřením pacienta s poruchou autistického spektra (pervazivní vývojová porucha F84.xx podle mezinárodní klasifikace nemocí) či jinou psychiatrickou diagnózou.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 den.</p> <p>Výkon nelze kombinovat s kódy 00906 a 00907.</p> <p>Lze vykazovat s hrazenými výkony vyšetření a ošetření. Lze vykázat, jen pokud podle doporučení psychiatra jde o pojištěnce neošetřitelného v běžném režimu, a dále u pojištěnců s průkazem autisty (PAS).</p> <p>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 lékařů⁷⁾.</p>	503 Kč
00977	<p><u>Aplikace prefabrikované korunky na dočasný zub</u></p> <p>Prefabrikovaná ocelová plášťová korunka na dočasný molár nebo prefabrikovaná plastová stripová korunka na dočasný řezák nebo dočasný špičák. Výkon zahrnuje tangenciální preparaci, adaptaci a fixaci korunky včetně ceny použitého materiálu a prefabrikátu.</p>	<p>Lze vykázat 1 / 1 zub.</p> <p>Lokalizace – zub.</p> <p>Lze vykázat u defektu na třech nebo více ploškách na zubu s dg. zubního kazu K02 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubu po endodontickém ošetření s dg. K04 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubu po provedené vitální pulpotomii s dg. K02 nebo K04 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u defektů souvisejících s dg. amelogenesis imperfecta K00.4 i K00.5 a dentinogenesis imperfecta K00.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubů po ztrátě tvrdých zubních tkání v důsledku úrazu s dg. S02.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u zubů s prokázanou ztrátou tvrdých zubních tkání v důsledku eroze nebo abraze s dg. K03.0, K03.1, K03.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí.</p> <p>Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE⁷⁾.</p>	605 Kč
00978	<p><u>Sedace nezletilého pojištěnce midazolamem při ambulantním stomatologickém ošetření</u></p> <p>Perorální podání midazolamu pojištěnci od 3 let do dne dosažení 15</p>	<p>Lze vykázat 2 / 365 dní.</p> <p>Lze vykázat pouze v souvislosti s kódy: 00920, 00921, 00922, 00949, 00950, 00951, 00952, 00953 a 00955, 00957, 00959, 00960 a</p>	905 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	let a uložení pojištěnce po ošetření na lůžko v dospávací místnosti. Součástí výkonu jsou monitorace pulzním oxymetrem a měření krevního tlaku v průběhu ošetření i v dospávací místnosti, a dále zajištění případného podání antidota (flumazenil) a kyslíku.	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 ⁷⁾ .	
00979	<u>Sedace nezletilého pojištěnce oxidem dusným při ambulancním stomatologickém ošetření</u> Podání farmakologicky připravené směsi oxidu dusného a kyslíku v poměru 1:1 náustkem nebo obličejovou maskou pojištěnci od 4 let do dne dosažení 15 let, zajištění monitorace pulzním oxymetrem a měření krevního tlaku v průběhu ošetření a zajištění případného podání kyslíku.	Lze vykázat 2 / 365 dní. 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 neošetřitelného v běžném režimu PZL. Odbornost 014 podle seznamu výkonů s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PE ⁷⁾ .	505 Kč
00981	<u>Diagnostika ortodontických anomálií</u> Zahrnuje orientační stomatologické vyšetření, komplexní ortodontické vyšetření, založení zdravotnické dokumentace. Tímto kódem se zahajuje ortodontická léčba a vykazování kódů odbornosti 015 podle seznamu výkonů. 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 a poskytovatele, v případě, že pacient přichází opětovně po více než 2 letech od poslední návštěvy a je nutné nové komplexní vyšetření lze 2 / 1 pojištěnce a poskytovatele. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	654 Kč
00982	<u>Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk</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, v případě rozštěpových vad (diagnózy Q35 až Q38 podle mezinárodní klasifikace nemoci) max. 2 / 1 čelist. Lokalizace – čelist. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	1 411 Kč
00983	<u>Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu</u>	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní čtvrtletí, a to maximálně 16x na pojištěnce, v případě rozštěpových	870 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	Kontrola postupu léčby a úprav na fixním aparátu na jednom i obou zubních obloucích. Vztahuje se na všechny kontroly fixního aparátu v daném čtvrtletí a na kontrolu souběžně používaného snímacího aparátu.	vad (diagnózy Q35 až Q38 podle mezinárodní klasifikace nemocí) lze vykázat bez omezení. Lze vykázat pouze po vykázání kódu 00982 nebo 00994. 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. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	233 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, v případě rozštěpových vad (diagnózy Q35 až Q38 podle mezinárodní klasifikace nemocí) max. 3 / 1 čelist. S časovým odstupem 3 let lze vykázat jedenkrát na čelist v návaznosti na kód 00982 a jedenkrát na čelist v návaznosti kódu 00994. Lokalizace – čelist. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	762 Kč
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. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	243 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. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	63 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. V případě rozštěpových vad (diagnózy Q35 až Q38 podle mezinárodní klasifikace nemocí) lze vykázat bez omezení. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	131 Kč
00989	<u>Analýza ortodontických modelů</u> Vyhodnocení ortodontických modelů	Lze vykázat 1 / 1 kalendářní rok. V případě rozštěpových vad	345 Kč

Kód	Výkon	Regulační omezení	Výše úhrady
	zubních oblouků a přilehlých tkání, včetně případných dalších speciálních měření.	(diagnózy Q35 až Q38 podle mezinárodní klasifikace nemocí) lze vykázat bez omezení. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	
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 pojištění. V případě léčby rozštěpových vad (diagnózy Q35 až Q38 podle mezinárodní klasifikace nemocí) lze vykázat bez omezení. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	517 Kč
00991	<u>Nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku</u> Palatinální nebo linguální expanzní nebo kotevní drátěný oblouk nebo lip-bumper, továrně zhotovené, jejich adaptace a zasazení do zařízení na kroužcích.	Lze vykázat 2 / 1 pojištění. V případě léčby rozštěpových vad (diagnózy Q35 až Q38 podle mezinárodní klasifikace nemocí) lze vykázat bez omezení. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	193 Kč
00992	<u>Nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky</u> Nasazení intra-extraorálního drátěného oblouku (uzdy), nebo bradové peloty a ortodontní čapky či krční pásky nebo obličejové masky typu Delaire, Hickham a podobně včetně poučení o způsobu použití a názorného předvedení.	Lze vykázat 2 / 1 pojištění. V případě léčby rozštěpových vad (diagnózy Q35 až Q38 podle mezinárodní klasifikace nemocí) lze vykázat bez omezení. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	232 Kč
00993	<u>Navázání parciálního oblouku</u> Příprava a navázání částečného drátěného oblouku v rozsahu do 6 zubů do zámků nebo kanyl jako součásti fixního aparátu.	Lze vykázat 4 / 1 kalendářní pololetí na pojištění. V případě léčby rozštěpových vad (diagnózy Q35 až Q38 podle mezinárodní klasifikace nemocí) lze vykázat bez omezení. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	330 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 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 pojištění. Lokalizace – čelist. Odbornost 015 podle seznamu výkonů.	979Kč

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, 0207928, 0207929)

1.3 Tyto hromadně vyráběné léčivé přípravky:

Veklury (0249655 a 0249656)

1.4 Neregistrované léčivé přípravky obsahující léčivé látky:

Bamlanivimab

kombinace Bamlanivimab a Etesevimab

kombinace Casirivimab a Imdevimab



8 591449 102018
ISSN 1211-1244

Vydává a tiskne: Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o., Bartůňkova 4, pošt. schr. 10, 149 01 Praha 415, telefon: 272 927 011, fax: 974 887 395 – **Redakce:** Ministerstvo vnitra, nám. Hrdinů 1634/3, pošt. schr. 155/SB, 140 21 Praha 4, telefon: 974 817 289, fax: 974 816 871 – **Administrace:** písemné objednávky předplatného, změny adres a počtu odebíraných výtisků – Walstead Moraviapress s.r.o., U Póny 3061, 690 02 Břeclav, tel.: 516 205 175, e-mail: sbirky@walstead-moraviapress.com. **Roční předplatné** se stanovuje za dodávku kompletního ročníku včetně rejstříku z předcházejícího roku a je od předplatitelů vybíráno formou záloh ve výši oznámené ve Sbírce zákonů. Závěrečné vyúčtování se provádí po dodání kompletního ročníku na základě počtu skutečně vydaných částek (první záloha na rok 2021 činí 6 000,- Kč) – Vychází podle potřeby – **Distribuce:** Walstead Moraviapress s.r.o., U Póny 3061, 690 02 Břeclav, celoroční předplatné a objednávky jednotlivých částek (dobírky) – 516 205 175, objednávky – knihkupci – 516 205 175, e-mail – sbirky@walstead-moraviapress.com. **Internetová prodejna:** www.sbirkyzakonu.cz – **Drobný prodej – Brno:** Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, Obchodní galerie IBC (2. patro), Příkop 6; **Cheb:** EFREX, s.r.o., Karlova 31; **Chomutov:** DDD Knihkupectví – Antikvariát, Ruská 85; **Kadaň:** Knihařství – Přibíková, J. Švermy 14; **Liberec:** Podještědské knihkupectví, Moskevská 28; **Pardubice:** ABONO s.r.o., Sportovců 1121; **Plzeň:** Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, nám. Českých bratří 8; **Praha 3:** Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, Řipská 23, BMSS START, s.r.o., Olšanská 3; **Praha 4:** Tiskárna Ministerstva vnitra, Bartůňkova 4; **Praha 6:** DOVOZ TISKU SUWECO CZ, s.r.o., Sestupná 153/11; **Praha 10:** MONITOR CZ, s.r.o., Třebohostická 5, tel.: 283 872 605; **Ústí nad Labem:** KARTOON, s.r.o., Klíšská 3392/37 – vazby sbírek tel. a fax: 475 501 773, e-mail: kartoon@kartoon.cz; **Zábřeh:** Mgr. Ivana Patková, Žižkova 45. **Distribuční podmínky předplatného:** jednotlivé částky jsou expedovány neprodleně po dodání z tiskárny. Objednávky nového předplatného jsou vyřizovány do 15 dnů a pravidelné dodávky jsou zahajovány od nejbližší částky po ověření úhrady předplatného nebo jeho zálohy. Částky vyšlé v době od zaeviování předplatného do jeho úhrady jsou doposílány jednorázově. Změny adres a počtu odebíraných výtisků jsou prováděny do 15 dnů. **Reklama:** informace na tel. čísle 516 205 175. **Podávání novinových zásilek** povoleno Českou poštou, s. p., Odštěpný závod Jižní Morava Ředitelství v Brně č. j. P/2-4463/95 ze dne 8. 11. 1995.