

Návrh VZP ČR na úhradu zdravotních služeb poskytovaných poskytovateli lůžkové péče, s výjimkou zdravotních služeb poskytovaných v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných, poskytovatelů vykazujících ošetřovací den č. 00005 podle seznamu výkonů, poskytovatelů zvláštní ambulantní péče a zvláštní lůžkové péče, v roce 2015

1. Úhrada poskytovateli v roce 2015 zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady, úhrada formou paušální úhrady a úhradu za ambulantní péči (dále jen „ambulantní složka úhrady“). Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2014, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané do 30. dubna 2015. Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2015, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané do 30. dubna 2016.
2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady
   1. Výši a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace hospitalizovaných pacientů[[1]](#footnote-1)4) (dále jen „Klasifikace“) do bazí:
3. 0001,
4. 0002,
5. 0501, 0507, 0516, 0511,
6. 0522, 0523, 0524, 0526, 0527, 0528
7. 0802, 0804, 0818,
8. 1101,

uvedených v příloze č. 1 k této dohodě (dále jen „vyjmenované baze“) se sjedná ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady může zahrnovat jiné hrazené služby, než je uvedeno ve větě první; v takovém případě se tato úhrada, stejně jako hrazené služby zařazené podle Klasifikace4) do vyjmenovaných bazí, nezapočítávají do úhrady uvedené v bodě 3.

Nedojde-li k dohodě o výši úhrady individuálně smluvně sjednané složky úhrady mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou do 30. dubna 2015, zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu ve výši vypočtené takto:

kde:

je maximální úhrada poskytovateli v hodnoceném období

 je počet případů u daného poskytovatele ve vyjmenované bazi v hodnoceném období, kde *i* = 1 až n, kde n je počet vyjmenovaných bazí

 je celková úhrada poskytovateli za vyjmenovanou bazi v roce 2014, kde *i* = 1 až n, kde n je počet vyjmenovaných bazí;

 je počet případů u daného poskytovatele ve vyjmenované bazi v roce 2014 kde *i* = 1 až n, kde n je počet vyjmenovaných bazí

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

Celková poskytnutá výše úhrady za všechny vyjmenované baze poskytnutá zdravotní pojišťovnou všem poskytovatelům v souhrnu činí nejméně 85% úhrady vyjmenovaných bazí v roce 2014.

kde:

 je celková úhrada zdravotní pojišťovny všem poskytovatelům v součtu za vyjmenovanou bazi  v roce 2014, kde *i* = 1 až *n*, kde *n* je celkový počet vyjmenovaných bazí. Dolní index *zz* označuje poskytovatele dané zdravotní pojišťovny, *zz* = 1 až *q*, kde *q* je celkový počet poskytovatelů dané zdravotní pojišťovny.

* 1. 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, se stanoví podle poskytovatelem vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného léčivého přípravku, maximálně však ve výši uvedené v bodech 2.2.1, 2.2.2 a 2.2.3:
     1. Pro onemocnění:
        + 1. Fabryho choroba,
          2. Gaucherova choroba,
          3. Niemen-Pickova choroba,
          4. Mukopolysacharidóza I,
          5. Mukopolysacharidóza II,
          6. Mukopolysacharidóza VI,
          7. Pompeho choroba,
          8. Hyperamonemie u dětí s dědičnou poruchou metabolismu urey a glutaminu a
          9. Dědičná tyrozinemie typu I

se stanoví maximální úhrada na jednoho unikátního pojištěnce ve výši 100 % dvanáctinásobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2014, během nichž byla léčba poskytována. Maximální úhrada na unikátního pojištěnce se vypočte takto:

kde:

*i* nabývá hodnot 1 až n, kde n je počet výše uvedených onemocnění

 je maximální úhrada v roce 2015 na jednoho unikátního pojištěnce pro onemocnění *i*

 je celková úhrada v roce 2014 za léčbu onemocnění *i*

 je součet měsíců, po které byla léčba onemocnění *i* poskytována každému jednotlivému pojištěnci s tímto onemocněním v roce 2014



* + 1. Pro onemocnění:
       - 1. revmatoidní artritis,
         2. Bechtěrevova choroba,
         3. psoriatrická artritis,
         4. Crohnova choroba,
         5. colitis ulcerosa,
         6. psoriáza těžká,
         7. roztroušená skleróza,
         8. plicní arteriální hypertenze,
         9. astma,
         10. Parkinsonova choroba a
         11. juvenilní artritida

se stanoví maximální úhrada ve výši 96 % dvanáctinásobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2014, během nichž byla léčba poskytována, vynásobené 105 % počtu unikátních pojištěnců léčených v roce 2014. Maximální úhrada se vypočte takto:

*i* nabývá hodnot 1 až *n*, kde *n* je počet výše uvedených onemocnění

 je maximální úhrada v roce 2015

 je celková úhrada v roce 2014 za léčbu onemocnění *i*

 je součet měsíců, po které byla léčba onemocnění *i* poskytována každému jednotlivému pacientovi s tímto onemocněním v roce 2014

 je počet unikátních pojištěnců léčených v roce 2014 na příslušné onemocnění uvedené v písmenech a) až k)

* + 1. Pro onemocnění neuvedená v bodech 2.2.1 a 2.2.2 se stanoví maximální úhrada ve výši 96 % násobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2014, během nichž byla léčba poskytována, vynásobené 102 % počtu unikátních pojištěnců, kterým byl v roce 2014 léčivý přípravek na některé z onemocnění neuvedených v bodě 2.2.1 nebo v bodě 2.2.2 podán. Maximální úhrada se vypočte takto:

*i* nabývá hodnot 1 až n, kde n je počet onemocnění spadajících do bodu 2.2.3

 je maximální úhrada v roce 2015

*X2014* je násobek průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2014, během nichž byla léčba poskytována

 je celková úhrada v roce 2014 za léčbu onemocnění *i*

 je součet měsíců, po které byla léčba onemocnění *i* poskytována každému jednotlivému pacientovi s tímto onemocněním v roce 2014

 je počet unikátních pojištěnců léčených v roce 2014 na příslušné onemocnění spadající do bodu 2.2.3

* + 1. Úhrada za léčivé přípravky poskytnuté pojištěncům na léčbu 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. Do celkového limitu úhrady stanoveného podle bodů 2.2.1. až 2.2.3. se započítávají i léčivé přípravky předepsané v referenčním období na recept v případě, že v hodnoceném období jsou tyto léčivé přípravky vykazovány jako zvlášť účtované léčivé přípravky a současně pokud v hodnoceném období dále splňují podmínky pro léčivé přípravky označené symbolem „S“ podle vyhlášky č. 376/2011 Sb.

1. Úhrada formou paušální úhrady
2. Úhrada v hospitalizační složce zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 2 k této dohodě.  Paušální úhrada se stanoví ve výši:

Kop2015

kde:

 je celková úhrada za hospitalizační složku, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaného materiálu, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb.

 úhrada náležející poskytovateli za hospitalizační složku v roce 2014, s výjimkou hrazených služeb dle odst. 2.1, bez hodnoty extramurální péče, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaného materiálu, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb.

je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období, oceněná hodnotami bodu platnými v referenčním období, včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

Kpp koeficient změny podílu počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele na celkovém počtu pojištěnců čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele mezi 1. lednem 2015 a 1. lednem 2014, přičemž jednotliví pojištěnci jsou váženi jejich náklady v referenčním období; pokud došlo v referenčním období nebo v roce 2014 ke sloučení dvou či více zdravotních pojišťoven, jde o koeficient změny podílu počtu pojištěnců všech sloučených zdravotních pojišťoven. Tento koeficient se stanoví jako index změny počtu pojištěnců váženého náklady příslušné zdravotní pojišťovny poskytování hrazených služeb mezi 1. lednem 2014 a 1. lednem 2015, přičemž tyto koeficienty změny váženého počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle České republiky jsou uvedeny v příloze č. 3 k této dohodě.

je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

Kop2015 je kompenzace za výpadek regulačních poplatků v roce 2015 ve výši 100 Kč za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný ošetřovací den, s výjimkou ošetřovacího dne propustky (OD 00098, 00099), včetně hrazených služeb dle odst. 2.1

Vyžádanou extramurální péčí se rozumí péče, která je poskytnuta v době hospitalizace, kdy žádající poskytovatel je odlišný od poskytujícího poskytovatele.

1. Úhrada ve výši stanovené v bodu 3.1 náleží poskytovateli, jestliže poskytovatel vykáže a zdravotní pojišťovna uzná počet hospitalizací, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace hospitalizovaných pacientů (dále jen „Klasifikace“), které jsou uvedeny v příloze č. 2 k této dohodě (dále jen „počet hospitalizací“), ukončených v hodnoceném období, ve výši alespoň 100 % poskytovatelem vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného počtu hospitalizací, ukončených v referenčním období, vynásobených koeficientem změny podílu počtu pojištěnců Kpp a zároveň počet hospitalizací, vynásobený Indexy, které jsou uvedeny v příloze č. 2 k této dohodě (dále jen „počet hospitalizací vynásobený Indexy 2015“), ukončených v hodnoceném období, ve výši alespoň 100 % poskytovatelem vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného počtu hospitalizací vynásobeného Indexy 2015, ukončených v referenčním období, vynásobených koeficientem změny podílu počtu pojištěnců Kpp. Pokud poskytovatel nesplní podmínky uvedené ve větě první, bude část úhrady za hospitalizační složku snížena o takový počet procentních bodů, odpovídající vyšší z obou hodnot, o které nebylo dosaženo 100 % příslušné hodnoty. Do počtu hospitalizací se nezapočítávají hospitalizace dle odst. 2.1 a dále hospitalizace, v rámci kterých poskytovatel v hodnoceném období vykáže výkony v režimu jednodenní péče podle seznamu výkonů.
2. Ambulantní složka úhradyzahrnuje úhradu specializované ambulantní zdravotní 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 ve vyjmenovaných odbornostech, zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby a hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v odbornostech 902, 903, 905, 911, 914, 919, 921, 925 a 927 (dále jen „ambulantní péče“) s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje vyšetření pacienta při příjmu k hospitalizaci a při propuštění z hospitalizace.
   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 v příloze č. x.**
   2. Pro specializovanou ambulantní zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů a poskytovatele v odbornostech 903, 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů sehodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. x, přičemž regulační omezení uvedená v části x přílohy č. x se nepoužijí.

4.3 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. x.

* 1. Pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. x.
  2. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 911, 914, 921 a 925 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. x.
  3. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazených podle seznamu výkonů se **hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. x.**
  4. Pro výkony poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby hrazené podle seznamu výkonů se **hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. x.**
  5. Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle § x.
  6. Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby se hradí podle § x.
  7. Maximální úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodů 4.1 až 4.9 se stanoví ve výši:

kde:

 je maximální možná celková úhrada poskytovateli za hrazené služby, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaného materiálu, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb.

 úhrada náležející poskytovateli za ambulantní složku úhrady za rok 2014 s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb.

Kpp koeficient změny podílu počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele na celkovém počtu pojištěnců čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele mezi 1. lednem 2015 a 1. lednem 2014, přičemž jednotliví pojištěnci jsou váženi jejich náklady v referenčním období; pokud došlo v referenčním období nebo v roce 2014 ke sloučení dvou či více zdravotních pojišťoven, jde o koeficient změny podílu počtu pojištěnců všech sloučených zdravotních pojišťoven. Tento koeficient se stanoví jako index změny počtu pojištěnců váženého náklady příslušné zdravotní pojišťovny poskytování hrazených služeb mezi 1. lednem 2014 a 1. lednem 2015, přičemž tyto koeficienty změny váženého počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle České republiky jsou uvedeny v příloze č. 3 k této dohodě.



* 1. Zdravotní pojišťovna nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 4.1 až 4.10 výkony uvedené v bodě 4.12 a dále screeningové výkony 15101 a 15105 podle seznamu výkonů, novorozenecký screening, výkony prediktivní onkologické diagnostiky, výkony mamografického screeningu a screeningu děložního hrdla podle seznamu výkonů.
  2. Pro nasmlouvaný výkon 09563 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč, pro nasmlouvaný výkon 88101 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.

1. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši měsíční předběžné úhrady stanovené v měsíci prosinci 2014, vynásobené koeficientem 1,01 a dále vynásobené koeficientem změny podílu počtu pojištěnců KPp  dle přílohy č. 3 k této dohodě. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.

**Regulační omezení**

1. **Regulační omezení úhrady formou paušální úhrady**
   1. Regulační omezení uvedená v bodě 1.2 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v těchto případech:
2. Pokud zdravotní pojišťovna sdělila poskytovateli do 30. června 2015 hodnotu vyžádané extramurální péče v referenčním období oceněnou hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v referenčním období a
3. Pokud zdravotní pojišťovna oznámila poskytovateli nejpozději týden před započetím revize, jestli se bude jednat o revizi náhodného vzorku případů či o revizi vybraných jednotlivých případů.
   1. 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 hodnotou relativní váhy  u konkrétního poskytovatele, uplatní zdravotní pojišťovna snížení paušální úhrady takto:

(CMpůvodní – CMrevidovaný) x 2 x 29 500

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

## Regulační omezení za služby poskytnuté podle odst. 4.2 této dohody se na poskytovatele aplikují souhrnně za všechny odbornosti, s tím, že unikátní ošetřený pojištěnec je stanovený napříč přes všechny odbornosti definované v odst. 4.2 této dohody, tedy pro specializovanou ambulantní zdravotní péči a poskytovatele v odbornostech 903, 905, 919 a 927.

## Regulační omezení uvedená v bodech 2.3 a 2.4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. června 2015 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:

1. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
2. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, vyjma vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem.

## Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 100 % 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 zdravotní výkon 09513. Do regulačního omezení se nezahrnují léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky schválené revizním lékařem.

* 1. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, vyjma vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, v hodnoceném období vyšší než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, vyjma vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, 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 a referenčním období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném a referenčním období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze zdravotní výkon 09513. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní 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. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2015 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
  2. Při realizaci regulačního omezení podle bodů 2.3 a 2.4 může zdravotní pojišťovna zohlednit změnu struktury ošetřených pojištěnců v hodnoceném oproti referenčnímu období.
  3. V případě, že poskytovatel poskytl v hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci uvedenou v bodech 2.3 a 2.4.

**Příloha č. 1** – Individuální složka úhrady dle odst. 2.1 této dohody

0001

0002

0501, 0507, 0516, 0511

0522, 0523, 0524, 0526, 0527, 0528

0802, 0804, 0818

1101

**Příloha č. 2** – Paušální úhrada dle odst. 3 této dohody

ostatní

**Příloha č. 3** – Koeficienty vážené změny počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven ČR (počty pojištěnců a výpočet Kpp)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Kód** |  | **Název** |  | **Počet pojištěnců k 1.1.2014** | **Saldo odch. a přích.** | **Počet pojištěnců k 1.1.2015** | **Kpp** |  |  |
|  | **ZP** |  | **ZP** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **111** |  | **Všeobecná** |  | **5 977 051** | **-30 891** | **5 946 160** | **0,995** |  |  |
|  | **201** |  | **Vojenská** |  | **694 226** | **10 525** | **704 751** | **1,015** |  |  |
|  | **205** |  | **Česká průmyslová** |  | **1 203 880** | **-360** | **1 203 520** | **1,000** |  |  |
|  | **207** |  | **Oborová** |  | **726 651** | **4 796** | **731 447** | **1,007** |  |  |
|  | **209** |  | **ŠKODA MB** |  | **139 937** | **-161** | **139 776** | **0,999** |  |  |
|  | **211** |  | **Vnitro** |  | **1 237 468** | **15 608** | **1 253 076** | **1,013** |  |  |
|  | **213** |  | **Revírní** |  | **427 808** | **483** | **428 291** | **1,001** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Vysvětlení zkratek:

VZP ČR – Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

VoZP – Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky

ČPZP – Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

OZP – Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

ZPŠ – Zdravotní pojišťovna Škoda

ZP MV ČR – Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky

RBP – Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

1. 4) Sdělení ČSÚ č. xxx/2014 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG). [↑](#footnote-ref-1)