

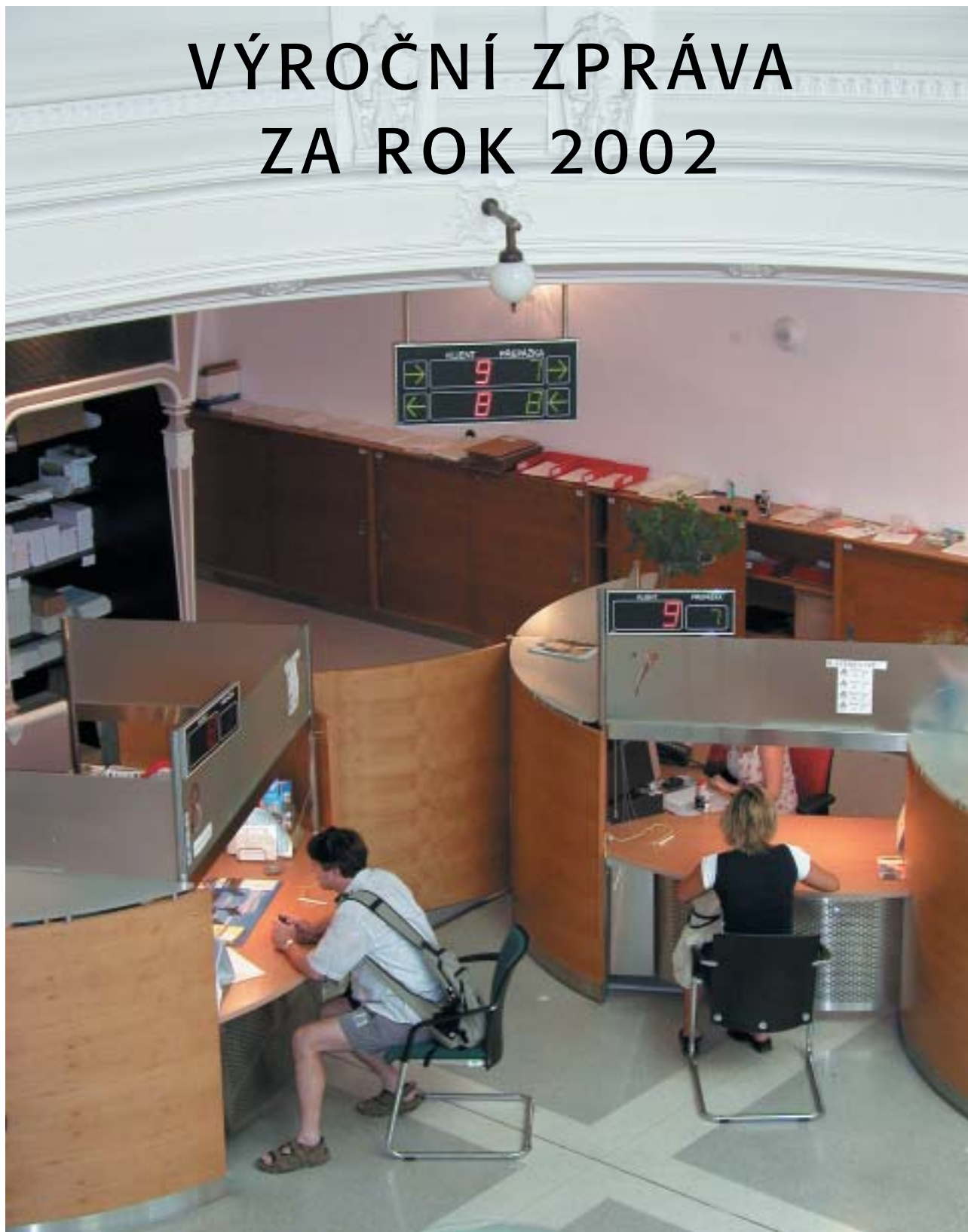


VÝROČNÍ ZPRÁVA
VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY
ČESKÉ REPUBLIKY
ZA ROK
2002



VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

VÝROČNÍ ZPRÁVA ZA ROK 2002



DUBEN 2003

1.	Vstupní údaje	5
2.	Charakteristika vývoje v roce 2002	9
3.	Orgány Pojišťovny	13
	3.1 Správní rada Ústřední pojišťovny	15
	3.2 Dozorčí rada Ústřední pojišťovny	16
	3.3 Rozhodčí orgán Pojišťovny	17
	3.4 Sbor zástupců	18
	3.5 Správní a Dozorčí rady okresních pojišťoven	19
4.	Činnost Pojišťovny	21
	4.1 Organizační struktura	23
	4.2 Informační systém	23
	4.3 Kontrola a kontrolní systém Pojišťovny	25
	4.4 Zabezpečení činností Pojišťovny hmotným a nehmotným majetkem	35
	4.5 Zdravotní politika	36
	4.6 Právní problematika	47
	4.7 Smluvní politika	48
	4.8 Další činnosti a služby	50
5.	Pojištěnci Pojišťovny a jejich pohyb	57
	5.1 Pojištěnci Pojišťovny	59
	5.2 Pohyb pojištěnců Pojišťovny	59
6.	Tvorba a čerpání fondů Pojišťovny	67
	6.1 Základní fond zdravotního pojištění	69
	6.2 Provozní fond	80
	6.3 Fond reprodukce investičního majetku	83
	6.4 Sociální fond	86
	6.5 Rezervní fond Pojišťovny	86
	6.6 Fond prevence	89
	6.7 Ostatní zdaňované činnosti	92
	6.8 Smluvní zdravotní pojištění a připojištění	92
7.	Souhrnný přehled vybraných ukazatelů o činnosti Pojišťovny	95
	7.1 Přehled vybraných ukazatelů	97
	7.2 Doplnující údaje	97
8.	Závěry	101
9.	Přílohy	107
	• Usnesení Sboru zástupců	109
	• Stanovisko Dozorčí rady VZP ČR	110
	• Auditorská zpráva k účetní závěrce a výroční zprávě VZP ČR	111
	• Účetní závěrka	112



VSTUPNÍ ÚDAJE

Výroční zprávu za rok 2002 předkládá:

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY

se sídlem:

Praha 3, Orlická 4/2020

IČO 41197518 DIČ 003-41197518

zřízená zákonem ČNR č. 551/1991 Sb.,

o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, dnem 1. ledna 1992.

Představitelé orgánů Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR:



JUDr. Richard Schwarz
předseda Správní rady
Ústřední pojišťovny VZP ČR



Jana Dvořáková
předsedkyně Dozorčí rady
Ústřední pojišťovny VZP ČR

Statutární zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR:



Ing. Jiřina Musílková
ředitelka VZP ČR



Ing. Jiří Zahradník
prokurista VZP ČR

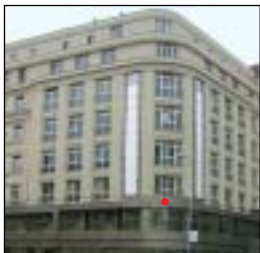
Bankovní spojení:

Československá obchodní banka, a. s.
Na Příkopě 14, Praha 1

GE Capital Bank, a. s.
Vyskočilova 1422/1a, Praha 4

Komerční banka, a. s.
Na Příkopě 33, Praha 1

Kontaktní údaje:



adresa: **Orlická 4/2020, 130 00 Praha 3**

telefon: 00420 221 751 111

fax: 00420 221 754 111

E - mail: jirina.musilkova@vzp.cz

URL: www.vzp.cz



CHARAKTERISTIKA VÝVOJE V ROCE 2002

Rok 2002 zůstane v paměti většiny občanů České republiky zapsán jako rok velké povodně. Důsledky této přírodní katastrofy se nevyhnuly ani Pojišťovně, a to jak přímo (byly zaplaveny některé okresní pojišťovny, které jsou umístěny blízko rozvodných toků), tak i nepřímo – řada plátců pojistného měla potíže s úhradou pojistného, řadě poskytovatelů zdravotní péče vznikly problémy s provozem zařízení. Vzdor vlastním potížím se Pojišťovna snažila pomáhat všude, kde mohla účinně pomoci, a to buď přímo „pracovní silou“ svých zaměstnanců, nebo i finanční pomocí. Dopady důsledků povodní, které se zdály být na první pohled pro vývoj hospodářství České republiky velmi fatálními, však zřejmě z dlouhodobého hlediska budou – podle zachycených náznaků – působit spíše prořívově a budou stimulovat zvýšenou poptávku po potřebách nezbytných k obnově poškozených území.

Hospodaření Pojišťovny a systému veřejného zdravotního pojištění je rozhodujícím způsobem ovlivňováno vývojem hospodářství České republiky. České hospodářství, přes ekonomické potíže světového hospodářství a našich největších obchodních partnerů, procházelo v první části roku 2002 obdobím hospodářského růstu, který v jeho druhé části ztrácel dynamiku. Oslabení celkové ekonomické aktivity vedlo k pozvolnému růstu nezaměstnanosti a nižšímu růstu mezd. A právě tyto makroekonomické veličiny velice silně ovlivnily dosahované příjmy Pojišťovny z pojistného na veřejné zdravotní pojištění.

Při sestavování Zdravotně-pojistného plánu na rok 2002 Pojišťovna vycházela z tehdejších (tj. zářijových) predikcí vývoje hospodářství České republiky, které byly optimističtější, než se vyvíjely ve skutečnosti. Například původní odhad míry nezaměstnanosti ve výši 8,2 % činil koncem roku ve skutečnosti 9,8 %, míra nezaměstnanosti pojištěnců Pojišťovny odhadovaná ve výši 9,9 % pak činila dokonce 10,7 %. Stejně tak i očekávaný nárůst objemu mezd ve výši 6,7 % ve skutečnosti dosáhl pouze 6,4 % růstu.

V roce 2002 Pojišťovna chtěla docílit kvalitativní změny v oblasti orientace na klienta a tím i ve zlepšení trendů pohybu pojištěnců i jejich struktury, neboť nevhodná struktura zdravotních rizik pojištěnců je jedním z klíčových faktorů ovlivňujících nákladovou stránku Základního fondu zdravotního pojištění. Dalším cílem Pojišťovny v roce 2002 bylo pokračování ve zdravotní politice zalo-

žené na takové alokaci finančních prostředků mezi segmenty zdravotní péče, která umožní přiblížení se k moderním evropským a světovým trendům založeným na podpoře významu prevence a preventivní zdravotní péče, na posílení vlivu a rozsahu primární zdravotní péče, na zaměření poskytované zdravotní péče na potřeby populace (tj. nikoliv pouze na individuální potřeby) a na uskutečňování řízeného přesunu nemocných z nemocničních lůžek do péče stacionární či do domácí péče.

Na základě předchozího finančního vývoje Pojišťovna plánovala pro rok 2002 dosažení vyrovnané hospodářské bilance, avšak bez finanční rezervy, která by dostatečně pokrývala měsíční a sezónní výkyvy mezi příjmy a potřebou výdajů.

Počet pojištěnců se v roce 2002 snížil proti roku 2001 o celkem 220 970 osob, tj. o 3,1 %. Oproti plánu tak byl průměrný počet pojištěnců nižší o 50 214 osob. Z uvedeného je zřejmé, že i když Pojišťovna připravila a v závěru roku 2002 realizovala projekt zaměřený na zpomalení úbytku počtu pojištěnců, plán v oblasti počtu pojištěnců v roce 2002 splněn nebyl. Vzhledem k tomu, že se v roce 2002 v portfoliu pojištěnců Pojišťovny znovu zvýšil a prohloubil podíl zdravotních rizik vyžadujících poskytování nákladné zdravotní péče, dopad obou skutečností na výslednou hospodářskou bilanci Pojišťovny je zřejmý. Dopady důsledků adverzního výběru pojištěnců z pojistného kmene existující způsob přerozdělování pojistného na zdravotní pojištění mezi zdravotními pojišťovnami neřeší.

Kombinace vyššího poklesu počtu pojištěnců s horším než předpokládaným makroekonomickým vývojem měla v roce 2002 za následek nižší výběr pojistného na veřejné zdravotní pojištění (nárůst jen o 3,91 % oproti plánovaným 5,7 %).

Naopak čerpání Základního fondu zdravotního pojištění na věcné dávky zdravotní péče oproti roku 2001 stoupl o 9 %, čímž bylo o 3,3 miliardy korun, tj. o necelá 4 % vyšší, než předpokládal Zdravotně pojistný plán na rok 2002. Na překročení a růstu nákladů se podílely v podstatě všechny segmenty zdravotní péče. Oproti roku 2001 vzrostly náklady na péči poskytovanou ambulantními zdravotnickými zařízeními o 10 %, na ústavní péči o 9 %, náklady na léky vydané na recepty o 7 % a náklady na zdravotnické prostředky o 8 %. V přepočtu na jednoho pojištěnce činily náklady na zdravotní péči

v roce 2002 celkem 13 796 Kč, což bylo oproti roku 2001 více o 1452 Kč, v procentuálním vyjádření o 12 %. Pro neplánovaný růst čerpání finančních prostředků v jednotlivých segmentech poskytovatelů nebylo možno v roce 2002 realizovat v plném rozsahu zdravotní politiku Pojišťovny zaměřenou na změnu soudobých trendů v poskytování zdravotní péče.

Hospodaření Pojišťovny bylo v roce 2002 nevyrovnané. Vliv narůstajících nákladů na zdravotní péči se projevoval v průběhu roku 2002 neuhrazenými závazky po lhůtě splatnosti, které postupně rostly. Konečný zůstatek závazků Pojišťovny po lhůtě splatnosti činil k 31. 12. 2002 cca 2,5 miliardy Kč.

Příčiny nepříznivého hospodářského vývoje lze spatřovat jednak v nepříznivém vývoji makroekonomického prostředí, jednak v zásadách státní správy do rozhodování o nastavení cen zdravotní péče, jednak v nedostačném systému kompenzace rizika vyššího čerpání zdravotní péče, kterým je zatížen pojistný kmen Pojišťovny. Tyto skutečnosti vedou ke ztrátě možnosti Pojišťovny úspěšně čelit ostré konkurenci ostatních zdravotních pojišťoven. Možné řešení špatného nastavení kompenzace rizika je však v rukou státní správy.

V roce 2002 Pojišťovna tvořila také fond prevence, který intenzivně užívala ve prospěch svých klientů. Využití finančních prostředků fondu prevence bylo důsledně zaměřeno na podporu a realizaci zdravotních opatření a programů, které zlepšují zdravotní péči především o mladou generaci klientů Pojišťovny a spolupůsobí proti vzniku jejich onemocnění nebo proti zhoršování jejich zdravotního stavu. O čerpání fondu prevence rozhodovaly Správní rada Ústřední pojišťovny a správní rady okresních pojišťoven.

Nemalé úsilí věnovala Pojišťovna těm činnostem, které jí ukládají platné právní předpisy a které ji odlišují od ostatních zdravotních pojišťoven. Mezi tyto činnosti patřilo nejenom vedení registrů pojištěnců, hromadných či individuálních plátců pojistného či zdravotnických zařízení, ale i agendy spojené s vedením zvláštního účtu pro přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami. Zajišťovány byly i náročné činnosti spojené s vedením Kapitačního centra, Informačního centra a Analytické komise dohodovacího řízení, pro které bylo nutno v průběhu roku 2002 soustřeďovat a zpracovávat velké množství dat.

Dlouhodobě prokazovaná a vnímaná spolehlivost Pojišťovny vedla k tomu, že jí bylo i v roce 2002 znovu svěřeno zajišťování agendy Česko-německého fondu budoucnosti, pro který – ve spolupráci s Ministerstvem zahraničních věcí a Koordinační komisí – prováděla výplatu dávek sociální pomoci. V roce 2002 bylo takto vyplaceno 150 milionů Kč.

Závěrem lze konstatovat, že v roce 2002 došlo vlivem uvedených faktorů znovu k situaci, za které se míjí tempo růstu příjmů s tempem růstu čerpání Základního fondu zdravotního pojištění. Tento stav tak znovu navodil nejenom finanční nestabilitu Pojišťovny, ale i velké části poskytovatelů zdravotní péče. Nástroje k řešení příčin nežádoucího vývoje nejsou převážně v rukou Pojišťovny, ta však učiní vše pro to, aby přesvědčila odpovědné instituce, že nastal čas pro využití účinných nástrojů.





ORGÁNY POJIŠŤOVNY

V souladu s platným zněním zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, působily v roce 2002 ustavené orgány Pojišťovny, a to Sbor zástupců, Správní rada Ústřední pojišťovny, Dozorčí rada Ústřední pojišťovny, 77 správních rad okresních pojišťoven a 77 dozorčích rad okresních pojišťoven.

3.1 Správní rada Ústřední pojišťovny

Složení Správní rady Ústřední pojišťovny v roce 2002:

předseda:

JUDr. Richard SCHWARZ

(zástupce zaměstnavatelů pojištěnců)

místopředseda:

Ing. Miloslav VANĚK

(zástupce státu)

radové:

pro ekonomické otázky:

Ing. Jiří NEKOVÁŘ

(zástupce zaměstnavatelů pojištěnců)

zdravotní rada:

MUDr. Dalibor STEJSKAL

(zástupce zaměstnavatelů pojištěnců)

členové:

zástupci státu:

Ing. Katarína BARTÍKOVÁ

Ing. Jarmila FUCHSOVÁ

PhDr. Běla HEJNÁ (do 6. 11. 2002)

Ing. Antonín HLAVÁČEK, CSc.

Jiří HOFMAN (od 7. 11. 2002)

Zdeněk KADLEC (od 7. 11. 2002)

Mgr. Vladimíra KALFUSOVÁ (od 7. 11. 2002)

Ing. Roman KUČERA (do 6. 11. 2002)

Ing. Oldřich LEBL

MUDr. Antonín MALINA (do 6. 11. 2002)

Ing. Ludmila MÜLLEROVÁ (od 7. 11. 2002)

MUDr. Jaroslav SKALICKÝ (do 6. 11. 2002)

Doc. Ing. Jiří VOLF, CSc.

zástupci pojištěnců:

Ing. Bohumír BOBÁK

Jarmila BOHÁČKOVÁ

MUDr. Milan CABRNOCH

MUDr. Rostislav ČEVELA

JUDr. Karel KOS

Doc. Ing. Lubomír MIKŠ, CSc.

MUDr. Vladimír PLAČEK

Ing. Lucie TALMANOVÁ

Ing. Monika TURNOVSKÁ

Ing. Jan VRANÝ

zástupci zaměstnavatelů pojištěnců:

JUDr. Eva BATUNOVÁ

JUDr. Antonín JÍZDNÝ

Ing. František HÝBNER

Ing. Zdeněk LIŠKA

Ing. Jaroslav MICHAL (od 1. 9. 2002)

Karel PFABIGAN

Ing. Antonín SŮVA (do 31. 8. 2002)

Jan WIESNER.

Jednání Správní rady Ústřední pojišťovny se za řízení předsedy JUDr. Richarda Schwarze konalo v roce 2002 celkem 9krát. V následujícím přehledu jsou uvedeny nejdůležitější projednané materiály, kterými se Správní rada Ústřední pojišťovny na svých jednáních zabývala:

25. ledna 2002

- ▲ Výsledky výběrových řízení za II. pololetí 2001
- ▲ Informace o řešení převodu účtů VZP ČR do KB, a. s.
- ▲ Informace o schválených projektech na rok 2002 hrazených z fondu prevence

22. února 2002

- ▲ Řešení stížnosti ČLK na postup OP Jenseník
- ▲ Vyřešení konečného vyúčtování úhrad nemocnicím za I. pololetí 2001
- ▲ Informace o úhradách zdravotní péče na I. pololetí 2002

22. března 2002

- ▲ Řešení zefektivnění činnosti Rozhodčího orgánu VZP ČR
- ▲ Návrh opatření ke zlepšení kvality portfolia klientely VZP ČR
- ▲ Vyhodnocení programu Prevence kolo- rektálního karcinomu

12. dubna 2002

- ▲ Výroční zpráva VZP ČR za rok 2001

24. května 2002

- ▲ Rozdělení hospodářského výsledku smluvního pojištění za rok 2001
- ▲ Informace o opatřeních přijatých k vyúčtování lůžkové péče za II. pololetí 2001
- ▲ Informace o modelaci regulací v I. pololetí 2002 pro ambulantní specialisty
- ▲ Investice

21. června 2002

- ▲ Výsledek výběrového řízení na vrchního ředitele úseku provozně správního a investičního ÚP

- ▲ Informace o vyúčtování lůžkové péče za II. pololetí 2001
- ▲ Východiska pro Zdravotně pojistný plán VZP ČR pro rok 2003
- ▲ Vyhodnocení bonifikačního systému pro praktické lékaře
- ▲ Investice

19. září 2002

- ▲ Zdravotně pojistný plán VZP ČR pro rok 2003

25. října 2002

- ▲ Návrhy opatření k zastavení odchodů pojištěnců VZP ČR
- ▲ Revizní činnost a její výsledky
- ▲ Informace o průběhu realizace projektu Elektronický identifikátor
- ▲ Humanitární pomoc VZP ČR při povodních v srpnu 2002

13. prosince 2002

- ▲ Návrhy opatření k zastavení odchodů pojištěnců VZP ČR
- ▲ Úhrady lůžkovým zařízením ve II. pololetí 2002
- ▲ Investice
- ▲ Informace o schválených projektech hrazených z fondu prevence na rok 2003

Na každé jednání Správní rady byly předkládány pravidelné měsíční materiály, a to např. signální zprávy o aktuálním stavu finanční situace a příjmu pojistného, články z tisku, měsíční plány výběrových řízení a další informativní materiály.

Pro svá rozhodnutí Správní rada využívala, tak jako v letech předchozích, i stanoviska svých odborných komisí, které jsou trvale ustaveny z členů Správní rady, a to například komise ekonomické, zdravotní, investiční, pro informatiku, mzdové, pro fond prevence a dalších.

3.2

Dozorčí rada Ústřední pojišťovny

Složení Dozorčí rady Ústřední pojišťovny v roce 2002:

předseda:

Jana DVOŘÁKOVÁ
(zástupce pojištěnců)

místopředseda:

Alena MAŠKOVÁ
(zástupce zaměstnavatelů pojištěnců)

členové:

zástupci státu:

Ing. Ivan PROKOP
Ing. Zdeněk TOMÁŠEK
MUDr. Michael VÍT

zástupci pojištěnců:

Ing. Jiří STRÍTESKÝ
Jan VIDÍM

zástupci zaměstnavatelů pojištěnců:

Ing. Petr JANŮ
Ing. Stanislav MORAVEC.

Jednání Dozorčí rady se za řízení předsedkyně Jany Dvořákové uskutečnila v roce 2002 celkem 6krát, termíny jednání navazovaly především na zákonné povinnosti orgánů Pojišťovny. Jednání Dozorčí rady se v roce 2002 uskutečnila ve dnech 28. ledna, 25. března, 15. dubna, 17. června, 23. září a 16. prosince.

Dozorčí rada na svých zasedáních především řešila:

- ▲ plnění úkolů vyplývajících ze Stanov VZP ČR
- ▲ stanovisko Dozorčí rady k Výroční zprávě VZP ČR za rok 2001
- ▲ stanovisko k Zdravotně pojistnému plánu VZP ČR pro rok 2003
- ▲ vlastní kontrolní činnost
- ▲ projednání zprávy o činnosti a úkolech plněných odborem hlavního kontrolora VZP ČR za každé kalendářní čtvrtletí včetně výsledků vnějších kontrol, přijetí a plnění nápravných opatření ze strany vedení VZP
- ▲ zprávy o výsledku kontrol, provedených členy Dozorčí rady
- ▲ vyhodnocení ročních zpráv o činnosti Dozorčích rad okresních pojišťoven VZP ČR za rok 2001
- ▲ realizaci odborného semináře pro zástupce Dozorčích rad OP
- ▲ projednání situace v úhradách zdravotní péče zdravotnickým zařízením
- ▲ obsazení členů Dozorčí rady v Rozhodčím orgánu VZP ČR.

Trvale byla sledována činnost Správní rady Ústřední pojišťovny účastí předsedkyně Dozorčí rady na jejích jednáních. Na všech svých jednáních byla Dozorčí rada průběžně seznamována s aktuální situací ve VZP ČR a byla informována o jednáních Správní rady Ústřední pojišťovny. Průběžně byly řešeny stížnosti a podněty podané Dozorčí radě v koordinaci s odborem hlavního kontrolora a ředitelkou VZP ČR.

3.3 Rozhodčí orgán Pojišťovny

Rozhodčí orgán Pojišťovny (dále jen Rozhodčí orgán) je orgán, který na základě zákonného zmocnění rozhoduje o řádných a mimořádných opravných prostředcích proti platebním výměrům vydaným okresními pojišťovnami ve správním řízení. Dále je ze zákona zmocněn odstraňovat tvrdosti, které by se vyskytly při vyměřování penále, pokut a přírážek k pojistnému.

Rozhodčí orgán pracoval v roce 2002 v následujícím složení:

předseda:

JUDr. Marie HIRSCHOVÁ
zástupce VZP ČR

místopředseda:

Mgr. Běla PLACHÁ
zástupce MPSV ČR

členové:

za Správní radu VZP ČR:

Karel PFABIGAN
Ing. Jan VRANÝ
MUDr. Katarína BARTÍKOVÁ

za Dozorčí radu VZP ČR:

Ing. Zdeněk TOMÁŠEK
Alena MAŠKOVÁ
Ing. Stanislav MORAVEC
(od 1. 1. 2002 do 31. 1. 2002,
od 1. 3. 2002 do 31. 3. 2002,
od 1. 6. 2002 do 30. 6. 2002,
od 1. 11. 2002 do 30. 11. 2002)
Jan VIDÍM
(od 1. 2. 2002 do 28. 2. 2002,
od 1. 12. 2002 do 31. 12. 2002)
Ing. Petr JANŮ
(od 1. 4. 2002 do 30. 4. 2002,
od 1. 8. 2002 do 31. 8. 2002)
Ing. Ivan PROKOP
(od 1. 5. 2002 do 31. 5. 2002,
od 1. 9. 2002 do 30. 9. 2002)
Ing. Jiří STRÍTESKÝ
(od 1. 7. 2002 do 31. 7. 2002)
MUDr. Michael VÍT
(od 1. 10. 2002 do 31. 10. 2002)

za Ministerstvo zdravotnictví:

Ing. Miroslava ŠTASTNÁ, CSc.

za Ministerstvo financí:

Ing. Marie HERANOVÁ

za Ministerstvo práce a sociálních věcí:

Mgr. Běla PLACHÁ.

Rozhodčí orgán se v roce 2002 sešel k 33 celodenním pracovním jednáním, na kterých s konečnou platností projednal 7465 podání plátců pojistného proti platebním výměrům týkajícím se:

- ▲ pokut a přírážek k pojistnému
- ▲ pravděpodobné výše pojistného
- ▲ sporných případů placení pojistného a penále
- ▲ sporných případů vrácení přeplatku na pojistném a snížení záloh na pojistné
- ▲ odstraňování tvrdostí, které by se vyskytly při vyměřování pokut, penále a přírážek k pojistnému.

Nejvíce projednaných podání plátců pojistného bylo proti platebním výměrům na penále (6205), proti platebním výměrům na dlužné pojistné (667) a proti platebním výměrům na pokuty za nesplnění povinností plátců pojistného (402). Rozhodčí orgán projednával každý případ samostatně, u každého zkoumal oprávněnost vydání platebního výměru a zákonnost postupu okresní pojišťovny.

Plátcí ve svých podáních ve většině případů nezpochybňují nárok Pojišťovny na vyměřené pohledávky, ale namítají druhotnou platební neschopnost (hromadní plátcí pojistného), nepříznivou finanční a sociální situaci (individuální plátcí pojistného) a stále ještě neznalost právní úpravy na úseku veřejného zdravotního pojištění. Tyto námitky nemohl Rozhodčí orgán v rámci odvolacího řízení akceptovat, neboť platná právní úprava ukládá zdravotním pojišťovnám povinnost dlužné pojistné a penále vymáhat. Tyto námitky však byly posuzovány z hlediska použití institutu odstranění tvrdosti.

Zákonem č. 176/2002 Sb. došlo s účinností od 1. 7. 2002 k rozdělení rozhodovací pravomoci ve věcech řízení o prominutí penále mezi Rozhodčí orgán a okresní pojišťovny. Rozhodčí orgán může odstraňovat tvrdosti, které by se vyskytly při uložení pokuty, vyměření přírážky k pojistnému nebo předepsání penále, jehož výše přesahuje 20 000 Kč. Okresní pojišťovny mohou odstraňovat tvrdosti, které by se vyskytly při předepsání penále, jehož výše nepřesahuje 20 000 Kč. Podmínkou pro vydání rozhodnutí o odstranění tvrdosti je úhrada dlužného pojistného.

V roce 2002 Rozhodčí orgán rozhodoval o odstranění tvrdosti v 3440 případech a prominul celkem 155 897 tis. Kč. Z toho bylo 1585 žádostí o prominutí penále vyřízeno na základě Generálního rozhodnutí Rozhodčího orgánu, které bylo vydáno k řešení nárůstu počtu podání do přijetí novely zákona. Okresní pojišťovny vydaly od 1. 7. 2002

celkem 12 816 rozhodnutí a prominuto bylo 23 952 tis. Kč.

Pravomocná rozhodnutí Rozhodčího orgánu ve věcech pojistného, penále a přírůžek k pojistnému, vydaná ve správním řízení, jsou přezkoumatelná soudem dle zákona č. 99/1963 Sb., Občanský soudní řád. K přezkoumání rozhodnutí je příslušný Městský soud v Praze. Proti rozhodnutím Rozhodčího orgánu bylo v roce 2002 podáno plátcí po-

jistného celkem 14 žalob. Soud v tomto období rozhodl s konečnou platností o 6 žalobách, z nichž byly 4 žaloby plátců pojistného zamítnuty a řízení zastaveno, ve 2 případech bylo rozhodnutí zrušeno a věc byla vrácena k novému projednání.

Veřejný ochránce práv řešil z podnětu plátců pojistného 3 podněty k přezkoumání zákonnosti postupu Rozhodčího orgánu. Tyto podněty byly jako nedůvodné odloženy.

Tabulka č. 1 – Počet podání k Rozhodčímu orgánu a počet vyřízených případů

Rok	Počet došlých podání	Počet jednání RO	Počet projednaných podání	Rozhodnuté částky v tis. Kč
1997	3 587	24	2 842	207 183
1998	6 102	34	3 971	230 734
1999	8 717	35	5 580	321 214
2000	11 955	36	6 348	363 415
2001	15 095	36	* 7 322	227 552
2002	10 562	33	** 7 465	201 085

* z toho 1 298 podání vyřízeno na základě Generálního rozhodnutí rozhodčího orgánu

** z toho 1 585 podání vyřízeno na základě Generálního rozhodnutí rozhodčího orgánu

Z tabulky č. 1 vyplývá, že v roce 2002 došlo oproti roku 2001 k poklesu počtu nových podání o 4533 případy. Tento jev souvisí s přijetím zákona č. 176/2002 Sb.,

kterým došlo s účinností od 1. 7. 2002 k přenesení rozhodovací pravomoci v řízení o prominutí penále do 20 000 Kč na okresní pojišťovny.

Tabulka č. 2 – Počty rozhodnutí Rozhodčího orgánu vydaných v roce 2002

Rozhodnutí ve věcech	Rozhodnutí		Částka	
	počet	index 2002/2001	předepsaná v tis. Kč	výsledná v tis. Kč
penále	6 205	1,04	373 741	175 539
dlužného pojistného	667	0,99	33 972	23 736
pravděpodobné výše pojistného	6	1,20	225	35
vrácení přeplatku na pojistném	10	1,10	159	130
pokut za nepředložení dokladů ke kontrole	113	1,40	1 897	560
pokut za nepředložení Přehledů OSVČ a zaměstnavatelů	402	0,75	2 214	824
pokut za nesplnění oznamovací povinnosti	48	1,60	325	140
přírůžek k pojistnému	12	1,09	291	120
pokut za nezaslání kopie Záznamu o pracovním úrazu	2	–	5	1
Celkem	7 465	1,00	412 829	201 085

3.4 Sbor zástupců

Sbor zástupců byl v roce 2002 složen z 30 členů Správní rady Ústřední pojišťovny, 77 zástupců správních rad okresních pojišťoven a z jednoho zástupce ředitelství Ústřední pojišťovny. V roce 2002 se konala dvě zasedání Sboru zástupců, a to dne 25. dubna 2002

a dne 7. října 2002, obě zasedání řídil předsedající JUDr. Richard Schwarz, předseda Správní rady Ústřední pojišťovny.

Na zasedání Sboru zástupců dne 25. dubna 2002 byla projednána předložená Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2001, která byla po diskusi všemi přítomnými schválena. Dále Sbor zástupců vzal na vědomí zprávu o řešení zefektivnění činnosti Rozhodčího orgánu VZP

ČR a návrh opatření ke zlepšení struktury klientely.

Zasedání Sboru zástupců dne 7. října 2002 po diskusi schválilo nadpoloviční většinou Zdravotně pojistný plán Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky na rok 2003.

3.5 Správní a Dozorčí rady okresních pojišťoven

V souladu se zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, jsou nadále při okresních pojišťovnách ustaveny Správní a Dozorčí rady. Správní rady mají v každé OP zákonem stanovený počet členů 9, z toho je 5 zástupců pojiš-

těnců a 4 zástupci zaměstnavatelů pojištěnců. Dozorčí rady mají v každé OP zákonem stanovený počet 5 členů, z toho jsou 3 zástupci pojištěnců a 2 zástupci zaměstnavatelů pojištěnců.

Ve všech Správních radách okresních pojišťoven pracovalo v roce 2002 **679 členů**, jednání všech Správních rad okresních pojišťoven se uskutečnila celkem 505krát, tj. průměrně 6,5krát za rok v jedné okresní pojišťovně. Ke konci roku nebylo v okresních orgánech obsazeno 7 míst zástupců pojištěnců a 7 míst zástupců zaměstnavatelů pojištěnců.

Ve všech Dozorčích radách okresních pojišťoven pracovalo v roce 2002 **378 členů**, jednání všech Dozorčích rad okresních pojišťoven se uskutečnila celkem 401krát, tj. průměrně 5,2krát za rok v jedné okresní pojišťovně. Ke konci roku nebyla v orgánech obsazena 4 místa zástupců pojištěnců a 3 místa zástupců zaměstnavatelů pojištěnců.

Přehled počtu jednání Správních rad	Přehled počtu jednání Dozorčích rad
13krát za rok u 1 okresní pojišťovny	12krát za rok u 2 okresních pojišťoven
12krát za rok u 2 okresních pojišťoven	11krát za rok u 1 okresní pojišťovny
11krát za rok u 5 okresních pojišťoven	10krát za rok u 4 okresních pojišťoven
10krát za rok u 9 okresních pojišťoven	9krát za rok u 5 okresních pojišťoven
9krát za rok u 4 okresních pojišťoven	8krát za rok u 2 okresních pojišťoven
8krát za rok u 3 okresních pojišťoven	7krát za rok u 5 okresních pojišťoven
7krát za rok u 6 okresních pojišťoven	6krát za rok u 9 okresních pojišťoven
6krát za rok u 11 okresních pojišťoven	5krát za rok u 10 okresních pojišťoven
5krát za rok u 16 okresních pojišťoven	4krát za rok u 24 okresních pojišťoven
4krát za rok u 16 okresních pojišťoven	3krát za rok u 3 okresních pojišťoven
3krát za rok u 3 okresních pojišťoven	2krát za rok u 9 okresních pojišťoven
2krát za rok u 1 okresní pojišťovny	1krát za rok u 3 okresních pojišťoven

Správní rady okresních pojišťoven v roce 2002 se na svých jednáních zabývaly zejména následující problematikou:

- ▲ plátcí pojistného, výběrem pojistného, vymáháním dlužného pojistného,
- ▲ hospodařením OP, smluvními vztahy s poskytovateli zdravotní péče,
- ▲ plněním vnitřního rozpočtu OP, platební schopností, stavem pohledávek a závazků,
- ▲ rozhodováním o čerpání finančních prostředků fondu prevence,
- ▲ zaváděním programu Klient, opatřením ke stabilizaci pojištěnců, propagací a reklamou,

- ▲ smluvní zdravotní politikou, revizí a vykazováním zdravotní péče, kvalitou a dostupností zdravotní péče v okrese, problematikou výběrových řízení,
- ▲ komerčními aktivitami a jejich efektivitou,
- ▲ hodnocením činnosti, výsledky hospodaření a účetní závěrkou,
- ▲ sledováním nových zákonných norem, ochranou osobních dat,
- ▲ v okresech postižených záplavami řešením opatření k zajištění činnosti a aktivní spoluprací s postiženými spoluobčany,
- ▲ projednáním Výroční zprávy VZP ČR za rok 2001 a Zdravotně pojistného plánu VZP ČR pro rok 2003.

Dozorčí rady okresních pojišťoven v roce 2002 se na svých jednáních zabývaly především následující problematikou:

- ▲ kontrolou hospodaření okresní pojišťovny, kontrolou plnění stanoveného rozpočtu,
- ▲ kontrolou výběru pojistného, řešením vymáhání pohledávek, kontrolou splacení nedoplatků pojistného, kontrolou platební kázně firem a OSVČ,
- ▲ kontrolou plnění Zdravotně pojistného plánu,
- ▲ kontrolami smluvních vztahů (nájemní a pronájemní smlouvy, dohody o provedení práce atd.),
- ▲ kontrolami financování zdravotní péče, smluvních ujednání, platební schopnosti, stavu závazků a pohledávek,
- ▲ návrhy na zlepšení činnosti v oblasti komunikace s klienty, návrhy na řešení stabilizace pojištěnců VZP ČR a zvýšení jejich počtu, zaváděním programu Klient,
- ▲ výsledky kontrolní činnosti, výsledky dosaženými při výběru pojistného,
- ▲ kontrolou využití prostředků fondu prevence,
- ▲ kontrolou ordinačních hodin u smluvních partnerů,
- ▲ dohledem nad dodržováním právních a vnitřních předpisů,
- ▲ řešením stížností pojištěnců a zdravotnických zařízení,
- ▲ ochranou osobních dat, kontrolou pokladen a zajištění provozu OP (organizační řád, požární a poplachové směrnice, kniha úrazů atd.),
- ▲ v okresech postižených srpnovými záplavami řešením zajištění provozu a kontrolou přijatých opatření, spoluprací s postiženými subjekty (plátcí, poskytovatelé, pojištěnci),
- ▲ projednáním Výroční zprávy VZP ČR za rok 2001 a Zdravotně pojistného plánu VZP ČR pro rok 2003.

4. část



ČINNOST POJIŠŤOVNY

4.1 Organizační struktura

4.1.1 Ústřední pojišťovna

Strukturu Ústřední pojišťovny tvoří v souladu s Organizačním řádem VZP ČR tyto útvary: úsek ředitele, úsek prokuristy, úsek ekonomický, úsek zdravotní péče, úsek informačního systému, úsek provozně správní a investiční, právní úsek a úsek pojistného a péče o klienty. V roce 2002 byly provedeny organizační změny v právním úseku, byl nově zřízen odbor interního auditu a došlo k dalším organizačním úpravám organizačního řádu, majícím za úkol vytvořit podmínky pro provádění finanční kontroly na základě zákona o finanční kontrole.

4.1.2 Ředitelství Ústřední pojišťovny

Členy ředitelství Ústřední pojišťovny v roce 2002 byli:

Ing. Jiřina MUSÍLKOVÁ ředitelka VZP ČR
Ing. Jiří ZAHRAVNÍK prokurista VZP ČR
Ing. Vratislav MATYS

vrchní ředitel ekonomického úseku
MUDr. Antonín PEČENKA

vrchní ředitel úseku zdravotní péče
JUDr. Karel HLAVÁČEK

vrchní ředitel právního úseku.

4.1.3 Okresní pojišťovny VZP ČR

V souladu se zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, a platným Organizačním řádem VZP ČR jsou zřízeny okresní pojišťovny v 77 okresech. K přiblížení služeb Pojišťovny klientům, plátcům pojistného a poskytovatelům zdravotní péče zřídily okresní pojišťovny jako svá další pracoviště úřadovny.

Okresní pojišťovny a úřadovny provádějí veřejné zdravotní pojištění na území příslušného okresu a plní úkoly v rozsahu pravomocí daných jim zákonem č. 551/1991 Sb., Organizačním řádem VZP ČR a vnitřními organizačními a řídicími předpisy Pojišťovny.

I v roce 2002 spolupracovali s orgány krajů v rámci probíhající reformy veřejné správy zmocnění pro krajskou problematiku

a jejich zástupci určení vedením VZP ČR z řad ředitelů okresních pojišťoven.

Mezi hlavní úkoly okresních pojišťoven v roce 2002 patřilo i nadále:

- ▲ zajištění maximálního výběru pojistného a důsledné vymáhání dlužného pojistného,
- ▲ provádění kontrol plátců pojistného,
- ▲ úhrada zdravotní péče poskytované pojištěncům smluvními zdravotnickými zařízeními,
- ▲ kontrola poskytování zdravotní péče smluvními zdravotnickými zařízeními v jejím objemu a kvalitě a kontrola oprávněnosti vyúčtování této péče ve lhůtách splatnosti dle uzavřených smluv a minimalizace závazků po lhůtě splatnosti,
- ▲ provádění revize zdravotní péče,
- ▲ jednání s poskytovateli zdravotní péče o smluvních vztazích, zejména o dodatkách ke Smlouvám o poskytování a úhradě zdravotní péče, zejména realizace změn v systémech úhrad a regulačních mechanismů.

Ostatní aktivity:

Na základě zákona o veřejném zdravotním pojištění a příslušného povolení Ministerstva financí ČR provádí VZP ČR smluvní zdravotní pojištění, a to pro osoby, které nejsou pojištěny podle tohoto zákona, a dále pro pojištěnce ke krytí zdravotní péče přesahující rámec hrazené péče včetně léčení v cizině (cestovní zdravotní připojištění).

4.2 Informační systém

Informační systém Pojišťovny zajišťoval i v roce 2002 významnou podporu všem činnostem, k nimž je Pojišťovna ze zákona zmocněna nebo oprávněna. Jde o následující základní činnosti:

- ▲ příjem, kontrolu, ocenění a úhradu poskytované zdravotní péče,
- ▲ výběr a kontrolu výběru pojistného,
- ▲ vedení Centrálního registru pojištěnců,
- ▲ správu Informačního centra zdravotního pojištění.

Důležitým úkolem Pojišťovny je také zabezpečení chodu Kapitačního centra a dalších významných činností.

V roce 2002 dále pokračoval převod aplikací informačního systému do grafického prostředí v architektuře klient/server s cílem finální realizace třívrstvé architektury.

Kompletní převod bude dokončen v roce 2003. Během roku 2002 byly do aplikace OP VZP implementovány další významné úlohy v grafickém rozhraní: veškeré úlohy výdajové části aplikace (registr zdravotnických zařízení a smluv, zpracování číselníků, zpracování dávek vykázané zdravotní péče, úlohy pro regulaci úhrad za vykázanou zdravotní péči), další úlohy pro revizní lékaře SLSTORNO a DRL, do plošného provozu byly uvedeny úlohy „Účetnictví OP VZP“, „Finance“ a úloha „Náhrady za lékařskou péči“. U úlohy „Účetnictví“ byl v rámci převodu do grafického prostředí realizován i kompletní redesign funkcionality a datového modelu tak, aby odpovídal požadavkům ve smyslu legislativních úprav. Koncem roku 2002 byly pro OP VZP uvolněny do provozu v grafickém prostředí i úlohy Ad_Hoc. Současně probíhaly přípravné práce pro poslední etapu převodu úloh aplikace VZPP2 (část registru pojištěnců a výběru pojistného), jejichž nasazení se předpokládá v 1. pololetí 2003.

Počátkem roku 2002 byl dokončen a do rutinního provozu uveden projekt „Ozdravenská péče“. V rámci tohoto projektu bylo provedeno úplné převedení stávajícího zpracování této agendy z PC databáze Clarion do standardního centralizovaného zpracování v databázi Oracle v aplikaci informačního systému, již s využitím třívrstvé architektury.

V prostředí třívrstvé architektury byl připraven a realizován i projekt NAIP, jehož cílem byla centrální příprava dat o smluvních zdravotnických zařízeních a o OP VZP pro zveřejnění na Internetu s možností vyhledávání.

Ve druhé polovině roku 2002 byl dále připraven a realizován projekt „Webová komunikace s lékaři“. Cílem tohoto projektu bylo rozšíření stávající Extranetové aplikace VZP o možnost odeslání dávek výkonů a dávek registrací do VZP prostřednictvím Internetu. V první etapě je tato služba určena pro segment praktických lékařů, předpokládá se však její rozšíření i pro další segmenty zejména v oblasti ambulantní péče.

Na základě vyhodnocení pilotního provozu byl rozšířen projekt internetových pracovišť určených pro veřejnost (tzv. internetové koutky).

Jedním z dalších významných úkolů bylo pokračování převodu aplikací na ÚP do grafického prostředí ve třívrstvé architektuře. Výsledkem je převod aplikací „Informační centrum zdravotního pojištění“ (dále ICZP) a „Standardní regulační mechanismy“. V průběhu roku 2002 probíhal pilotní provoz aplikace „ICZP – okresní pojišťovna“ v třívrstvé architektuře a byla testována apli-

kace „ICZP – ústřední pojišťovna“. V jejím rámci je nutno v roce 2003 dořešit problém generování dopisů zdravotnickým zařízením ve formátu PDF. Ve třívrstvé architektuře vznikly v roce 2002 také tři nové aplikace:

- ▲ „Internetová prezentace smluvních zdravotnických zařízení“,

- ▲ „Bonifikačně-regulační mechanismy“,

- ▲ „Maximální úhrada.“

Poslední dvě zmíněné aplikace byly společně s aplikací „Standardní regulační mechanismy“ zařazeny do jednotné databáze.

Bonifikační systém pro praktické lékaře, který byl zkoušen v průběhu roku 2001, byl v roce 2002 výrazně přepracován tak, aby zohledňoval věkovou strukturu pojištěnců Pojišťovny, kteří jsou registrováni v konkrétním zdravotnickém zařízení u praktického lékaře, a kromě toho ještě i zvýhodňoval tzv. „dobrou praxi“ (praktický lékař provádějící preventivní prohlídky). Aplikace byla rozšířena na všechny skupiny nákladů, takže v současné době umožňuje vyhodnocovat nejen 15 skupin nákladů zahrnutých do bonifikačního systému, ale i dalších 10 skupin. Poskytuje údaje o celkových nákladech podle věkových skupin i na neregistrované pojištěnce Pojišťovny a rovněž shromažďuje podrobné informace o zdravotní péči poskytované všem registrovaným pojištěncům vyhodnocovaného zdravotnického zařízení. Nová aplikace byla použita pro vyhodnocení 2. pololetí 2001, 1. pololetí 2002 a bude použita i pro 2. pololetí 2002. Pro další období se připravuje významná modifikace této aplikace.

V průběhu roku 2002 byly opět – jako každoročně – změněny postupy pro financování zdravotnických zařízení v ambulantní sféře, zejména pro uplatnění regulačních mechanismů, takže používání dosavadní aplikace pro jejich výpočet muselo být ukončeno a byla vypracována aplikace nová. Vzhledem k nejasnostem v příslušné vyhlášce Ministerstva zdravotnictví bylo až v červenci 2002 rozhodnuto neuplatňovat regulační mechanismy u ambulantních zdravotnických zařízení v 1. pololetí 2002 (s výjimkou maximální úhrady) a vyhodnocovací postupy pro 2. pololetí 2002 byly oproti 1. pololetí opět změněny, takže výsledný efekt nebyl vůči vynaloženým nákladům a značnému úsilí Pojišťovny adekvátní. Aplikace regulačních mechanismů pro praktické lékaře nebyla v roce 2002 ovlivňována legislativními změnami a byla průběžně upravována podle provozních zkušeností.

Ve výdajové části aplikace informačního systému se dále v roce 2002 rozšířila funkčnost úlohy „Financování lůžkových zdravotnických zařízení“ při jejím současném pře-

vedení do grafického prostředí. S ohledem na zvýšení vypovídacích možností a využitelnost dokumentačních souborů pokračovala další analýza této úlohy pro další navazující etapy řešení.

Podobným způsobem byla překlopena do grafické verze úloha „Číselníky, Smlouvy, Administrace“. Koncem roku proběhla analýza pro zadání nové funkčně rozšířené verze.

Převod do grafického prostředí vytvořil potřebu sjednocení a nové revize prakticky všech výstupních sestav se zřetelem na jejich grafickou podobu i obsah. Výsledky této globální analýzy se promítly prakticky do všech úloh realizovaných v průběhu roku 2002.

Pro potřeby vytvoření aplikace „Komerční produkty“ byly v průběhu roku provedeny analytické práce, které byly ukončeny specifikací zadání úlohy s jednotlivými moduly „Cestovní zdravotní připojištění“, „Nadstandardní připojištění v případě hospitalizace“ a „Připojištění v oblasti stomatologie“.

Během roku 2002 byla dále řešena problematika mezinárodních smluv, kde bylo nutno v analýze respektovat znění již uzavřených dvoustranných smluv i pravidla platná v EU. Řešení bylo rozloženo do několika etap, které budou realizovány v průběhu roku 2003.

Informační systém se dále podílel na realizaci programu udržení klientů zejména zpracováním souborů pro monitorování podílu pojištěnců Pojišťovny na trhu a pro oslovení klientů Pojišťovny a smluvních partnerů.

V rámci modernizace hardwarového vybavení Pojišťovny bylo v roce 2002 pořízeno 1484 koncových stanic, což v této oblasti znamenalo významné posílení. Dále byla zvýšena propustnost WAN sítě, což v budoucnu umožní nasazení moderních technologií v informačním systému Pojišťovny.

V roce 2002 začaly přípravné práce na projektu „Migrace NT infrastruktury“, jehož cílem je přechod NT infrastruktury na platformu MS Windows 2000 a změna systému elektronické pošty HP OpenMail na MS Exchange. Celý projekt bude realizován v průběhu roku 2003.

Hardwarové zajištění Pojišťovny bylo v průběhu roku 2002 dále zmodernizováno nákupy HP-UX serverů a jejich komponent pro OP i ÚP.

Podstatné posílení hardwarového vybavení ÚP znamenalo zvýšení rychlosti zpracování jednotlivých úloh využívajících Centrální datový sklad. Tím bylo dosaženo zpracování daných úloh v požadovaných termínech a následně bylo možno dokončit některé úlohy z minulého období.

První větší akcí bylo vybavení ÚP pro plánovanou migraci aplikace „Centrální datový sklad“ do nového prostředí (HP-UX 11i) se současným zvýšením jeho průchodnosti a dostupnosti. Byl instalován základ sítě SAN (Storage Area Network) v ÚP na technologii FibreChannel. Další podstatnou modernizační techniku v ÚP bylo zakoupení výkonného unixového serveru SuperDome pro práci centrálního datového skladu v reálném čase. Šlo o hlavní investici v oblasti unixových serverů v roce 2002. Výkon serveru SuperDome umožňuje bezproblémový chod Centrálního datového skladu a je možné zvládnout i další aplikace ÚP pro migraci do prostředí HP-UX 11i.

Nasazení tohoto serveru s využitím SAN a programu TimeFinder pro efektivní využití diskového pole umožnilo, že úloha „Centrální datový sklad“ pracuje v reálném čase a dostupnost systému je o nejméně jeden řád vyšší než před těmito úpravami.

V závěru roku 2002 byly zakoupeny menší unixové servery rp5430 do některých OP jako náhrada již zastaralých serverů třídy G a H pro zajištění přechodu do nového prostředí a zprovoznění grafické verze aplikací informačního systému VZP ČR.

4.3 Kontrola a kontrolní systém Pojišťovny

4.3.1

Vnější a vnitřní kontrola činností a hospodaření Pojišťovny

Různé typy vnějších kontrolních mechanismů, které působí na činnost Pojišťovny, jsou upraveny zákony a vlastní kontrolu podle nich vykonávají příslušná ministerstva a Nejvyšší kontrolní úřad (dále jen NKÚ). Dohled nad činnostmi Pojišťovny je také realizován formou schvalovacích procesů, které provádějí v rámci svých zákonných pravomocí orgány státní správy reprezentované ministerstvy zdravotnictví a financí, vláda, Poslanecká sněmovna a Senát Parlamentu ČR. Této formě kontroly podléhá zejména návrh Zdravotně pojistného plánu, účetní závěrka a Výroční zpráva. Tyto dokumenty obsahují základní skutečnosti vztahující se k hospodaření a činnosti Pojišťovny a některé z nich jsou na základě zákonem stanovené povinnosti ještě ověřeny externím audi-

torem. Kontrolní prostředí napomáhající prosazování zájmů pojištěnců, jejich zaměstnavatelů a státu vytvářejí členové orgánů Ústřední pojišťovny a okresních pojišťoven. Specifickým způsobem se na kontrole podílely také sdělovací prostředky, odborná a laická veřejnost.

Po více než roce a půl byl v závěru roku 2002 zveřejněn Kontrolní závěr NKÚ z kontroly ukončené počátkem března 2001. Převážná část zjištěných nedostatků byla odstraněna ještě v průběhu této kontroly, tedy v roce 2000, a několik zbývajících do konce roku 2001. **Dále v roce 2002 proběhlo 5 tematicky zaměřených kontrol provedených orgány státní správy.**

Jednalo se zejména o 2. a 3. část kontroly Ministerstva zdravotnictví zaměřenou na použití prostředků získaných postoupením části pohledávek VZP za plátcí pojistného Konsolidační bance Praha (později České konsolidační agentuře). Kontrola byla ukončena zpracováním výsledného protokolu MZ č. 4/2001, ve kterém bylo konstatováno, že celkem VZP ČR úspěšně uplatnila 1040 pohledávek v celkové částce 3 760 623 733 Kč. Dále, že všechny takto získané finanční prostředky byly použity neprodleně pro poskytovatele zdravotní péče na úhradu závazků po lhůtě splatnosti.

Další kontrolu v tomto roce provedlo opět Ministerstvo zdravotnictví. Týkala se dodržování smluvních vztahů se zdravotnickými zařízeními v 1. a 2. pololetí roku 2002. Výběr kontrolovaných smluv se zdravotnickými zařízeními byl směřován do Plzeňského kraje, konkrétně do oblasti Domažlic a okolí. Výsledek této kontroly bude projednán počátkem roku 2003.

V roce 2002 pokračovala kontrola Úřadu pro ochranu osobních údajů započatá v roce 2001, jejímž předmětem bylo dodržování povinností stanovených zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů..., ve znění pozdějších předpisů. V Kontrolním protokolu, ve kterém byly shrnuty výsledky 14 dílčích kontrolních šetření, tento úřad konstatoval, že v Pojišťovně nebylo nalezeno porušení povinností stanovených výše uvedeným zákonem při správě a ochraně osobních údajů a Pojišťovně nebyla uložena žádná nápravná opatření.

Ministerstvo financí jako orgán státního dozoru v pojišťovnictví provedlo v roce 2002 kontrolu komerčního zdravotního pojištění a připojištění. Jejím předmětem bylo hospodaření Pojišťovny v roce 2000 až 2002 v této oblasti, vlastní výkon pojišťování a postup při likvidaci pojistných událostí. Kontrola bude ukončena projednáním Kontrolního protokolu počátkem roku 2003.

4.3.2

Vnitřní kontrola činností a hospodaření Pojišťovny

Vnitřní kontrolní systém Pojišťovny je upraven podle zákona č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole, a jeho prováděcí vyhlášky č. 64/2002 Sb. (dále jen zákon a vyhláška), obsahuje tedy tři základní segmenty. Jsou jimi schvalovací a rozhodovací procesy orgánů Pojišťovny a okresních pojišťoven, kontrolní činnost vedoucích zaměstnanců a odborných útvarů a činnost specializovaného „odboru hlavního kontrolora“, který zejména plní funkci následné a průřezové finanční kontroly ve smyslu ustanovení výše uvedeného zákona.

V roce 2002 odbor hlavního kontrolora zabezpečoval úkoly uložené vedením Pojišťovny v souladu se svou působností dle Organizačního řádu. Bylo provedeno 7 komplexních finančních kontrol a 6 cílených kontrol okresních pojišťoven. Dále byly provedeny 4 obsáhlé tematické kontroly.

Do obsahu komplexních finančních kontrol okresních pojišťoven byly zapracovány požadavky zákona a zejména vyhlášky, která se zabývá vlastním výkonem kontroly. Úzkou spoluprací s vedením Pojišťovny a odbornými útvary byly vytipovány rizikové faktory jednotlivých činností, na které se kontrola zaměřila. Tím byl posílen systémový přístup ke kontrole a zajištěna i její zvýšená efektivnost. Při zpracování programu kontrol a kontrolních postupů byl využit i obsah stížností a podnětů pojištěnců a poznatky z vnějších kontrol, dále byl prověřován postup při plnění nápravných opatření. Ke kontrolním nálezům byla přijata adresná a termínovaná nápravná opatření.

Vzhledem k tomu, že Pojišťovna je povinná od června 2000 při zajišťování svého vnitřního provozu postupovat podle zákona č. 199/1994 Sb., o zadávání veřejných zakázek, v platném znění, byla provedena kontrola této nové činnosti. Zejména se zaměřila na dodržování zákonem stanovených postupů a transparentnosti dokumentace.

Kontrola investičních akcí a vybraných oprav nemovitostí ukončených v roce 2001 byla pojata komplexně, tedy obdobným způsobem, jakým postupují vnější kontrolní orgány. Stejně tak na závěry z vnějších kontrol navázalo prověření postupů a výsledků inventarizací provedených k 31. 12. 2001. Při kontrole hospodaření Fondu prevence zaměřené na akci „Mořský koník“ za roky 2000 a 2001 byla průřezově prověřena realizace ozdravných pobytů dětí, včetně smluvních vztahů a správnosti účtování.

Řada cílených kontrol vyplynula ze stížností pojištěnců a zdravotnických zařízení. Zejména poznatky pojištěnců jsou velmi přínosné v této oblasti kontrolní činnosti.

4.3.3 Interní audit

V souladu s § 28 až 31 zákona č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole, byl v roce 2002 ustanoven ve VZP ČR odbor interního auditu. Odbor je zařazen do úseku ředitelky VZP ČR. Sestává se ze tří auditorů a administrativní pracovníce a byl zřízen jako součást vnitřního kontrolního systému VZP ČR pro provádění ujišťovacích a konzultačních prací ve smyslu zákona. Zřízení tohoto odboru bylo zakotveno v Organizačním řádu VZP ČR. Pro stanovení odpovědnosti, povinností a pravomocí odboru a k zajištění řádného výkonu interního auditu byl vydán Statut odboru interního auditu a Metodický pokyn pro výkon interního auditu ve VZP ČR. Rozsah činností odboru byl navržen ve Střednědobém plánu odboru interního auditu. Pro rok 2002 byl tento plán promítnut v Plánu odboru interního auditu Ústřední pojišťovny VZP ČR na období do 31. 12. 2002.

V roce 2002 se Odbor interního auditu zaměřil na tvorbu základních vnitřních předpisů nutných pro činnost odboru, vzdělávání jednotlivých auditorů, konzultační činnost v rámci VZP ČR a přípravu na provádění vlastních auditních šetření. Celkem bylo sestaveno 6 konzultačních prací. Na provedení auditů kontrolních zjištění OHK a odpisu pohledávek za plátci pojistného byla provedena konzultační, studijní a analytická příprava.

4.3.4 Vyřizování stížností, podání a podnětů

Spisová agenda doručená na odbor hlavního kontrolora v roce 2002 evidovala celkem 228 spisů. Její členění bylo uspořádáno v návaznosti na obsah písemností a v souladu s potřebami Pojišťovny do čtyř skupin tvořených stížnostmi, podáními, podněty a ostatními spisy.

Ve srovnání s rokem 2001 byl zaznamenán pokles zaslaných stížností i podání, ale naopak nepatrný nárůst podnětů a spisů zařazených do kategorie dotazů a žádostí o informace nebo zařízení kontaktu s lékařem apod., které jsou sledovány jako ostatní spisy. Podnětné byly zejména ty dopisy, kterými pojištěnec upozorňoval na nesrov-

nalosti ve vyúčtované zdravotní péči, kterou porovnal s jemu známou skutečností. Na jejich základě byly v řadě případů zahájeny cílené revize ve zdravotnických zařízeních.

Ve svých dopisech si pojištěnci často stěžovali na zdravotní péči poskytovanou smluvními lékaři, zejména na nedodržování ordinačních dnů nebo ordinační doby, ale i na nedostatek pochopení jejich problémů ze strany lékařů. Poměrně obsáhlá část agendy stížností se týká zejména úrovně poskytované komplexní lázeňské léčby v oblasti služeb, kterými je kvalita ubytování a stravování.

Dopisy zasílané zdravotnickými zařízeními, smluvními i nesmluvními partnery Pojišťovny, byly směřovány převážně do oblasti smluvních vztahů. Je z nich mnohdy zřejmé i určité roztrpčení těch, kteří z různých důvodů neuspěli ve výběrovém řízení vůči těm úspěšným, nebo v případech, kdy smluvní vztah nebyl upraven podle představ stěžovatele. Často jim byla doporučena (a z jejich strany využita) možnost smírného řízení.

Další oblastí, která byla předmětem stížností, je nesouhlas samotných plátců pojistného nebo jejich daňových poradců s vyúčtováním pojistného, uložením penále nebo pokut za nesplnění zákonem stanovených povinností. Tyto stížnosti se i několikrát opakují a pokud nelze jejich požadavku vyhovět, obrazejí se pisatelé na různé orgány a instituce. Využívali též ve velké míře možnosti odvolat se k Rozhodčímu orgánu Pojišťovny, případně na okresní pojišťovny.

Spisy, jejichž problematika se jevila jako velice závažná, byly řešeny nejen standardním postupem v souladu s vnitřními předpisy Pojišťovny, ale staly se podnětem k provedení tematických kontrol, případně revizí v příslušných zdravotnických zařízeních.

V Pojišťovně je řádnému a včasnému vyřizování této části její spisové agendy trvale věnována velká pozornost. Je považována za nedílnou součást práce s klienty a partnery a výjimkou nejsou ani případy, kdy byla nutná záležitost vyřízena během několika hodin.

Tabulka č. 3 – Přehled o podílu hlavních kategorií pisatelů stížností, podání, podnětů a ostatních písemností (v %) a o jejich celkovém počtu

Pisatel	2000	2001	2002
Pojištěnec	46,7	48,2	38,6
Zdravotnické zařízení	20,5	12,6	18,4
Zaměstnanec VZP	5,9	2,0	3,5
Plátce pojistného	10,0	19,4	20,2
Ostatní	16,9	17,8	19,3
Celkový počet	478	247	228

4.3.5

Kontrola plátců pojistného**Používaný systém kontrol**

Kontroly placení pojistného byly v roce 2002 prováděny několika způsoby a na různých úrovních, v závislosti na použitých kontrolovaných dokladech a na stanovené metodice kontroly.

Základem kontrolní činnosti Pojišťovny bylo využívání zvláštních úloh zabudovaných v informačním systému, určených k vyhledávání plátců, u kterých nebyly dodrženy zákonem stanovené termíny splatnosti, případně výše jejich plateb pojistného neodpovídala počtu zaměstnanců a průměrné mzdě v dané oblasti a dané činnosti plátce. Tímto způsobem byli vytipováni plátcí, kteří neplatili pojistné vůbec, nebo měli neočekávané výkyvy v platbách, či výše jejich plateb neodpovídala předpokladu. Na takto vytipované plátce byla pak zaměřena konkrétní kontrolní činnost Pojišťovny, vedle pravidelných kontrol prováděných podle plánu kontrol. Kontrola vyhledáváním podezřelých plátců pomocí informačního systému zpravidla předcházela fyzické kontrole u zaměstnavatelů. Protože u zaměstnavatelů nebylo možno za období do června 1998 zjistit pohledávky na pojistném jinak než kontrolou, bylo dalším úkolem kontrol zjišťování takových neznámých nepromlčených pohledávek. Počínaje červencem 1998 odevzdávají zaměstnavatelé na základě zákona současně s platbou pojistného **přehled o úhrnném pojistném** a o úhrnu vyměřovacích základů. Dalším kritériem pro výběr plátců k fyzické kontrole bylo tedy i neodevzdání takových přehledů ani po výzvě.

Kontroly placení pojistného u individuálních plátců, to je u osob samostatně výdělečně činných (OSVČ), u kterých měsíční pohledávky na pojistné vyplývají z ročních **přehledů**, odevzdávaných Pojišťovně po podání daňového přiznání, a u osob bez zdanitelných příjmů (OBZP), kde pohledávky vyplývají přímo ze zákona, byly prováděny převážně formou vyúčtování plateb pojistného na základě údajů získaných z informačního systému. V případech, které to z různých důvodů vyžadovaly, např. když OSVČ neodevzdaly přehledy nebo byly zjištěny rozdíly v údajích uvedených v přehledu a v daňovém přiznání odevzdaném správcí daně, byly u OSVČ provedeny kontroly účetních dokladů.

Stěžejní a samozřejmě také nejdůležitější kontrolní činností Pojišťovny byla kontrola placení pojistného podle § 22 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné

zdravotní pojištění, prováděná fyzickou kontrolou dokladů u plátců pojistného. Specializovanými kontrolními pracovníky okresních pojišťoven Pojišťovny bylo v roce 2002 v rámci kontrolní činnosti provedeno:

▲ **58 057 kontrol placení pojistného** na veřejné zdravotní pojištění a plnění ostatních povinností plátců pojistného, z toho bylo provedeno:

▲ **54 883 kontrol u hromadných plátců pojistného**, jejichž evidenční počet k 31. 12. 2002 činil 215 894,

▲ **3174 kontrol přímo u individuálních plátců pojistného (OSVČ)**, jichž bylo k 31. 12. 2002 evidováno 710 976.

Vyhodnocení způsobu zpracování měsíčních přehledů zaměstnavatelů

předávaných podle § 25 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších úprav.

V roce 1998 byla přijata legislativní změna, která od platby pojistného za červenec 1998 uložila zaměstnavatelům povinnost předkládat pravidelně měsíčně **přehledy o úhrnu vyměřovacích základů, úhrnné výši pojistného a o počtu zaměstnanců pojištěných u příslušné zdravotní pojišťovny**. Zákon současně pamatuje i na situaci, kdy plátce takový přehled neodevzdá, a dává pro tento účel zdravotním pojišťovnám možnost stanovit rozhodnutím ve správním řízení tzv. **pravděpodobnou výši pojistného** s možností penalizace. Důsledkem této změny je skutečnost, že zdravotní pojišťovna zná pohledávku za plátcem – zaměstnavatelem, aniž by provedla kontrolu. Uvedená legislativní změna však v žádném případě význam kontrol nesnížila, jejich úkolem je nyní ověřit, zda plátce v přehledu uvedl správné údaje. Kontroly se mohou na jedné straně zjednodušit, ale současně i zintenzívnit. Bohužel ještě po určitou dobu (nejméně jeden rok) bude nezbytnou součástí kontroly stanovení pohledávek za zaměstnavatelem za měsíce před červnem 1998.

Počet provedených kontrol se každoročně zvyšuje. **V roce 2002** bylo provedeno celkem **58 057 kontrol**, což je ve srovnání s rokem 2001 o 7319 více, a to představuje **zvýšení o 14,4 %**. Toto zvýšení je důsledkem jak zlepšené organizace kontrolní činnosti, tak i nárůstu pracovníků pro kontroly plátců a vymáhání pojistného. Současně je však třeba říci, že ani po zvýšení počtu kontrolorů nelze zajistit kontrolu naprosto všech hromadných plátců pojistného v intervalu do 4 až 5 roků. **Důraz** je proto stále

kladen na kontrolu hromadných plátců, kterých bylo v roce 2002 zkontrolováno o 8255 více než v roce 2001, což představuje **zvýšení o 17,7 %.**

Při kontrolách prováděných v roce 2002 byl zjištěn v **20 617 případech** dluh na **pojistném**, a v **28 012 případech** bylo vyčísleno **penále**. Ve stejném období **se také zvýšil počet kontrol bez zjištění jakéhokoliv dluhu**, což svědčí o tom, že plátců si na placení pojistného zvykají a OP VZP se již nezaměřují jen na problematické plátce. **Počet případů vyčísleného penále je vyšší než počet dluhů na pojistném** z toho důvodu, že penále se počítá nejen za dluh na pojistném, ale i za zpoždění v platbě pojistného – pojistné mohlo být uhrazeno, ale protože bylo uhrazeno po termínu splatnosti, bylo vyčísleno penále. Nejčastější kontrolní zjištění v roce 2002, obdobně jako v předchozích letech, se týkala neplacení pojistného nebo prodlení v platbách pojistného, jejichž příčinou byla platební nekázeň, i když v některých případech způsobená druhotnou platební neschopností. Jen v menším rozsahu se zjištěné nedostatky týkaly chybného stanovení vyměřovacích základů a výpočtu pojistného. Další kontrolami zjištěné nedostatky se týkaly porušení oznamovací povinnosti plátců pojistného

a povinnosti zasílání záznamů o pracovních úrazech.

Výsledky kontrol vedly k následnému **vymáhání dlužného pojistného, případně penále**. Jestliže plátců dlužné pojistné nebo penále neuhradil sám na základě provedené kontroly nebo po obdržení vyúčtování pojistného, vystavovaly okresní pojišťovny ve správním řízení **platební výměry**. Pomocí platebních výměrů ve správním řízení ukládaly okresní pojišťovny také **pokuty** za porušení oznamovací povinnosti, za nepředložení dokladů ke kontrole, za nepředložení ročních přehledů o úhrnu záloh, příjmech a výdajích OSVČ, za nepředložení měsíčních přehledů zaměstnavatelů, nebo za porušení povinnosti zaměstnavatele zasílat Pojišťovně záznam o pracovním úrazu. Počet vystavených platebních výměrů na dlužné pojistné, penále a pokuty se každoročně zvyšuje. **V roce 2002 vystavily OP VZP celkem 133 633 platebních výměrů** (dále jen PV), z toho bylo 54 238 PV na dlužné pojistné, 68 412 PV na penále a 10 983 PV na pokuty. Oproti roku 2001 došlo ke zvýšení počtu vystavených PV o 5966, **což představuje zvýšení o 4,7 %.**

Přehled o částkách pojistného, penále a pokut, předepsaných platebními výměry v roce 2002, poskytuje tabulka č. 4.

Tabulka č. 4 – Částky pojistného, penále a pokut, předepsané platebními výměry a uhrazené v roce 2002

Platební výměry		Předepsáno (v tis. Kč)	Uhrazeno	
			(v tis. Kč)	(%)
ř. č.	A	B	C	D
1	Dlužné pojistné	1 893 474	1 060 918	56,0 %
2	Penále	2 392 809	229 084	9,6 %
3	Pokuty	47 797	37 187	77,8 %
4	Celkem	4 334 080	1 327 189	30,6 %

Z tabulky je vidět, že na platebních výměrech na dlužné pojistné, penále a pokuty (bez přírážek k pojistnému) bylo **předepsáno 4,3 miliardy Kč, uhrazeno bylo 1,3 miliardy Kč**, to je **30,6 %** z předepsaných platebních výměrů. Zřetelně se projevila změna zákona, která od poloviny roku 2002 umožnila dlužníkům uhrazovat nejprve dlužné pojistné a teprve potom dlužné penále. To mělo za následek **nižší procento úhrady platebních výměrů na penále.**

Přírážky k pojistnému

Okresní pojišťovny využívaly v roce 2002 také možnosti vyměření přírážky k pojistnému zaměstnavatelům, u nichž došlo v roce 2001

k opakovanému výskytu pracovních úrazů nebo nemocí z povolání ze stejných příčin (podle § 44 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění). Platebními výměry ve správním řízení byly **vyměřeny přírážky** k pojistnému v celkové výši **1 918 474 Kč**. Za celý rok 2002 bylo na přírážkách k pojistnému **uhrazeno 1 856 150 Kč.**

Odpisy pojistného a penále

V roce 2002 byly prováděny odpisy zcela nedobytných pohledávek za plátců podle § 26c zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších úprav. Odpisy pojistného a penále jsou uvedeny v tabulce č. 5.

Tabulka č. 5 – Odpisy pojistného a penále v roce 2002

Odpisy		Pojistné		Penále		Pokuty a přir.		Celkem
		odpis	proml.	odpis	proml.	odpis	proml.	
		v tisících Kč						
ř. č.	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Zaměstnavatelé	34 148	7 579	201 871	65 262	3 169	475	
2	Samoplátcí	21 558	20 457					
3	Celkem odpisy	55 705		201 871		3 169		260 745
4	Celkem promlčení		28 036		65 262		475	93 773
5	Celkem odp. a promlč.	83 741		267 133		3 645		354 519
6	Veřejná podpora			18 861				18 861
7	Celkem	83 741		285 995		3 645		373 380

Důvodů k odpisům pojistného bylo několik – zánik plátce, výmaz plátce z rejstříku, úmrtí plátce, případně promlčení pohledávky neuhrazené do uplynutí doby pěti let. U penále i pokut platí obdobné důvody jako u pojistného, navíc přistupuje rozhodnutí Rozhodčího orgánu o zmírnění tvrdosti, a u pokut ještě uplynutí tříleté prekluzní doby od uplynutí skutečnosti, za kterou se pokuta ukládá. U prominutého penále musí Pojišťovna sledovat, kdy prominutím vzniká tzv. veřejná podpora.

Úpravy platných právních předpisů

- ▲ Parlament schválil v roce 2002 změnu zákona, podle které Rozhodčí orgán rozhoduje o odstraňování tvrdosti u pokut a přírůžek a u penále nad 20 000 Kč. U penále do 20 000 Kč rozhoduje o odstranění tvrdosti přímo okresní pojišťovna VZP a dokonce bez zahájení správního řízení.
- ▲ Další významnou změnou zákona bylo zjednodušení mechanismu sledování osob bez zdanitelných příjmů, které jsou povinny platit měsíční pojistné až tehdy, pokud za ně není plátcem pojistného zaměstnavatel, či stát, nebo neplatí pojistné jako OSVČ, **po celý kalendářní měsíc**.
- ▲ Rovněž tak byla přijata úprava, která zjednodušila doručování písemností, což by mělo omezit spekulativní chování dlužníků, kteří se dosud bránili postihu tím, že nepřebírali poštovní zásilky od Pojišťovny.

Systém výběru pojistného a kontrolu jeho placení ztěžovaly v roce 2002 některé v praxi zjišťované nedostatky platných právních předpisů, týkající se pojistného na veřejné zdravotní pojištění (zejména zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění):

- ▲ **Právní úprava** celé oblasti výběru pojistného je **komplikovaná**, což klade značné

nároky na pochopení jak pro pojištěnce a plátce pojistného, tak pro pracovníky Pojišťovny. Důsledkem tohoto stavu je pak velká složitost a komplikovanost postupů využívaných při sledování a počítačovém zpracování agendy výběru pojistného, i při styku s pojištěncem, případně plátcem pojistného. Zvláště komplikovaná jsou pravidla pro posuzování, které příjmy se zahrnují a které nezahrnují do vyměřovacího základu pro výpočet pojistného zaměstnanců. Zbytečnou složitost by zde bylo možno odstranit například přímou vazbou na daňový základ zaměstnance.

- ▲ **Odpočty za platbu pojistného státem** u zaměstnanců a OSVČ, za které je plátcem pojistného i stát, nesmírně **komplikují provádění zpětných úprav** ve zdravotním pojištění a následně i v daních. K takovým zpětným úpravám, například ke zpětnému přiznání důchodu i za několik let, dochází v praxi velice často.
- ▲ Obdobně je tomu i s **doplatky pojistného** do minimální výše pojistného u zaměstnanců.
- ▲ Do budoucna by bylo účelné zavedení takové zákonné úpravy systému vymáhání, která by zohledňovala neefektivnost vymáhání pohledávek nižších než cca 2000 Kč ve správním řízení, kdy náklady na vymáhání jsou vyšší než vlastní vymáhaná částka. V současnosti je Pojišťovna ze zákona povinna vymáhat částky pojistného přesahující 50 Kč a penále přesahující za rok 100 Kč.
- ▲ Bylo by účelné provést zákonnou změnu, která by omezila stále více se objevující případy zneužití systému veřejného zdravotního pojištění osobami bez trvalého pobytu v ČR. Přesný mechanismus, jak k tomu dochází, zde nebudeme uvádět, mohlo by se to stát návodem pro další zájemce o takové jednání. Materiál je v Pojišťovně k dispozici.

4.3.6 Revizní činnost

Revizní činnost jako odbornou medicínskou kontrolu, regulaci (schvalování a povolování) a posuzování zajišťovalo na okresních pojišťovnách **ke konci roku 2002 celkem 852 revizních pracovníků** (o 37 méně než v roce 2001), tj. revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví způsobilých k revizní činnosti (dále odborný revizní pracovník). Z toho bylo:

- ▲ 207 kmenových revizních lékařů¹ (228 v roce 2001);
- ▲ 92 odborných revizních pracovníků – asistentů revizního lékaře² (90 v roce 2001); s nimi při řešení problémů v jednotlivých medicínských oborech spolupracovalo:
 - ▲ 494 revizních lékařů – specialistů v jednotlivých medicínských oborech (518 v roce 2001), kteří pracují na velmi malý úvazek, nebo na dohodu a
 - ▲ 26 odborných revizních pracovníků – specialistů (26 v roce 2001), z toho 13 vysokoškoláků (např. logopedie) a 13 středoškoláků (např. domácí péče);
- ▲ 33 revizních farmaceutů při kontrolách lékáren.

V roce 2002 došlo ke snížení celkového počtu revizních pracovníků.

Za metodického vedení a ve většině případů i za přímé účasti pracovníků Odboru revize zdravotní péče Ústřední pojišťovny (dále ORZP) bylo realizováno celkem **15 výběrových řízení na funkci kmenových revizních lékařů** okresních pojišťoven, na jejichž základě bylo přijato do pracovního poměru celkem 24 nových kmenových lékařů. ORZP zorganizoval v roce 2002 na půdě Ústřední pojišťovny, s cílem rozšířit počty a spektrum stávajících revizních lékařů – specialistů pro potřeby okresních pojišťoven, 2 výběrová řízení na funkce revizních lékařů – specialistů. Z celkem 25 uchazečů jich 20 uspělo.

Bez ohledu na datum konání výběrového řízení nastoupilo v roce 2002 do Pojišťovny a následně bylo do 3letého firemního vzdělávání zařazeno celkem 21 kmenových revizních lékařů. Naproti tomu pracovní po-

měr ukončilo 10 kmenových revizních lékařů zařazených do 3letého firemního vzdělávání a 3 lékaři přešli do funkce revizních lékařů – specialistů. V rámci firemního vzdělávání se 11 kmenových revizních lékařů zúčastnilo povinných 5denních stáží na Úseku zdravotní péče Ústřední pojišťovny. Následných 28 stáží zajistily okresní pojišťovny v počtech:

OP VZP Praha-město	9
OP VZP Plzeň-jih	3
OP VZP Plzeň-město	4
OP VZP Hodonín	4
OP VZP Olomouc	8

Odborné vzdělávání revizních pracovníků Pojišťovny v revizním lékařství, ale i v dalších medicínských oborech, bylo v roce 2002 realizováno nejen formou školení v rámci Pojišťovny a v dalších k tomu určených organizacích (IPVZ Praha, IDVPZ Brno), ale i formou seminářů, pracovních dnů, sympozií a sjezdů odborných společností, ať už v rámci ČLS či mimo ni. V roce 2002 tak bylo dosaženo účasti na 1094 odborných vzdělávacích akcích. Na zajištění těchto akcí se podílely:

- ▲ ze 32 % ORZP Ústřední pojišťovny;
- ▲ z 21 % subkatedra revizního lékařství Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví;
- ▲ z 9 % odborná společnost revizního lékařství České lékařské společnosti JEP;
- ▲ ze 38 % ostatní instituce (ČLK, zdravotnická zařízení, okresní úřady, apod.).

V roce 2002 vydal ORZP **5 čísel již 10. ročníku Informačního bulletinu revizních lékařů VZP ČR** pro zajištění informovanosti a dodržování jednotných postupů revizních lékařů Pojišťovny.

Ve vzdělávacích aktivitách byl kladen důraz na:

- ▲ metodiku revizní činnosti;
- ▲ kazuistiky z revizní činnosti, které mají výjimečný edukační význam a
- ▲ nově i na problematiku komunikace. Vzdělávací úlohu plní i intranetové stránky ORZP Ústřední pojišťovny, které byly vytvořeny referátem analýz revizní činnosti.

¹ Kmenový revizní lékař je zaměstnancem Pojišťovny na pracovní úvazek minimálně 0,8, provádějící revizní činnosti v rozsahu daném právními předpisy a dle smluvně dohodnutých či Ministerstvem zdravotnictví stanovených pravidel, a to bez ohledu na původní lékařskou specializaci. V případě potřeby využívá spolupráce s revizními pracovníky (lékaři i nelékaři) specialisty v jednotlivých oborech.

² Tito středoškolsky vzdělaní zdravotničtí pracovníci se společně s revizními lékaři přímo podílejí na revizní činnosti, včetně provádění potřebných šetření ve zdravotnických zařízeních a/nebo s pojištěnci.

I v roce 2002 bylo zajišťováno **metodické vedení revizní činnosti okresních pojišťoven** ORZP Ústřední pojišťovny. K datu 31. 12. 2002 pracovalo na ORZP Ústřední pojišťovny celkem 9 lékařů na plný pracovní úvazek. S nimi spolupracovalo při metodickém vedení revizní činnosti okresních pojišťoven, formou konzultací a/nebo odborných stanovisek (i pro další útvary Úseku zdravotní péče Ústřední pojišťovny) 22 revizních lékařů – specialistů a 4 odborní (středoškolsky a vysokoškolsky vzdělání) revizní pracovníci – specialisté celkem ve 24 odbornostech (pracovně právní vztah – dohody o činnosti nebo o provedení práce).

V rámci dohledu nad úrovní revizní činnosti okresních pojišťoven provedli pracovníci ORZP Ústřední pojišťovny v průběhu roku 2002 celkem **15 kontrolních návštěv**. Z těchto kontrol jsou vyhotovené protokoly, uložené na ORZP, obsahující konkrétní popis zjištěných nedostatků, včetně termínů určených k jejich odstranění. Tyto protokoly jsou zpracovávány na místě kontroly a vždy byla ředitelům příslušných okresních pojišťoven navržena nápravná opatření.

Revizní skupiny ORZP Ústřední pojišťovny provedly v roce 2002 samostatně celkem **22 revizí**. Ve 13 případech se jednalo o plánované revize interních či chirurgických oborů nemocnic (rozsah revizí v souladu MP č. 34/2000). Ve 3 případech se jednalo o cílené revize agentur domácí péče, ve 2 případech o rozsáhlou cílenou revizi ambulantního rehabilitačního pracoviště a dětské psychiatrické léčebny z podnětu Odboru hlavního kontrolora Ústřední pojišťovny a ředitelky Pojišťovny. Všechny revize byly spojené se šetřením ve zdravotnickém zařízení, kdy vyúčtovaná zdravotní péče byla porovnána se záznamy ve zdravotnické dokumentaci. Ve 4 případech se jednalo o cílenou revizi Oddělení chronické intenzivní a resuscitační péče (OCHRIP) u 2 pracovišť zařazených do Projektu OCHRIP VZP ČR. Tyto 4 revize byly pouze referenční a neměly na pracoviště přímý ekonomický dopad.

Celkem byla na základě provedených revizí jako nesprávně a/nebo neoprávněně vykázaná a uhrazená zdravotnická péče odmítnuta úhrada ve výši 5 208 540 bodů a 1 102 429 Kč.

Průměrně bylo na základě 1 revize provedené pracovníky ORZP Ústřední pojišťovny odečteno 306 385 bodů a 64 848 Kč.

Efektivnost revizí provedených revizními skupinami ORZP ÚP VZP se projevila především ve čtyřech základních rovinách:

1. v preventivním dopadu, spočívajícím zejména ve skutečnosti, že revizi provádějí, včetně šetření v lůžkovém zařízení, pracovníci z Ústřední pojišťovny, kteří nemají žádné místní vazby;
2. v jednotném postupu revizních pracovníků vůči zjištěným skutečnostem ve smluvních zdravotnických zařízeních;
3. v přímém ekonomickém efektu ve vztahu k revidovaným skutečnostem;
4. v edukaci revizních pracovníků okresních pojišťoven.

Okresní pojišťovny pravidelně předávaly ORZP Ústřední pojišťovny **statistické čtvrtletní přehledy o činnosti revizních lékařů a odborných revizních pracovníků**. Metodika pro vykazování a předávání těchto údajů byla v roce 2001 nově přepracována tak, aby vedla k výraznému usnadnění práce okresních pojišťoven. Od roku 2002 statisticky Pojišťovna samostatně sleduje, vedle „revizí“, také „kontroly“ (tj. kontroly pouze z IS – informačního systému), prováděné programem SLSTORNO.

Sumarizace revizních činností na okresních pojišťovnách za rok 2002 je shrnuta v tabulce č. 6 – Souhrnný přehled o revizní činnosti Pojišťovny v roce 2002, v tabulce č. 7 – Regulační část revizní činnosti – schvalování a povolování, v tabulce č. 8 – Expertní část revizní činnosti – posuzovací činnost v roce 2002 a v tabulce č. 9 – Kontrolní část revizní činnosti – revize a kontroly v roce 2002.

Celkový efekt revizí a kontrol provedených za rok 2002 (vyplývající ze souhrnu čtvrtletních přehledů, které zpracovaly a zaslaly na ORZP Ústřední pojišťovny okresní pojišťovny v roce 2002) je následující:

- ▲ suma bodových hodnot odmítnutých nebo změněných zdravotních výkonů činila celkem 401 575 698 bodů³;
- ▲ hodnota dalších odmítnutých účtovaných položek (ZUM, ZULP, stomatologické výkony, preskripce) činila 147 363 773 Kč.

³ Celkový ekonomický efekt nelze z těchto údajů sumárně vyjádřit v korunách vzhledem k rozdílným způsobům úhrad jednotlivým zdravotnickým zařízením.

Tabulka č. 6 – Souhrnný přehled o revizní činnosti Pojišťovny v roce 2002

Položka	I. Q	II. Q	III. Q	IV. Q	Celkem
A	B	C	D	E	F
Počet uzavřených revizí a kontrol celkem	6 150	6 305	5 504	5 406	23 365
Schvalování léků, PZT a výkonů	73 754	63 444	68 086	70 160	275 444
Povolování péče v dětských léčebnách	1 664	1 128	402	562	3 756
Povolování ozdravovenské péče	3 195	1 660	458	1 226	6 539
Povolování lázeňské péče	31 836	38 818	22 781	11 569	105 004
Povolování výjimek *	30 000	17 638	16 588	10 990	75 216
Počet provedených posouzení	44 868	37 020	32 835	34 361	149 084
Celkem	191 467	166 013	146 654	134 274	638 408

* povolovací činnost dle právního předpisu a jeho konkrétní části (zákon č. 48/1997 Sb. , § 16)

Tabulka č. 7 – Regulační část revizní činnosti – schvalování, povolování a potvrzování v roce 2002

Vyjádření		Z počtu	v %	Neschváleno	v %
ř. č.	A	B	C	D	E
1	k vázaným položkám („Z“, „X“)	275 444	59,11	7 126	2,59
	z toho: léčiva	160 686	34,49	3 748	2,33
	PZT	105 230	22,58	2 882	2,74
	výkony	9 528	2,04	496	5,21
2	k žádostem o povolení plné úhrady*	75 216	16,14	1 148	1,53
	z toho: léčiva	68 388	14,68	822	1,20
	PZT	5 931	1,27	294	4,96
	výkony	897	0,19	32	3,57
3	k lázeňským návrhům	105 004	22,54	1 513	1,44
	z toho: komplexní láz. péče	88 980	19,10	1 172	1,32
	příspěvková láz. péče	16 024	3,44	341	2,13
4	k návrhům do dětských OLÚ	3 756	0,81	55	1,46
5	k návrhům do ozdravoven	6 539	1,40	103	1,58
6	Celkem	465 959	100,00	9 945	2,13

* dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

Tabulka č. 8 – Expertní část revizní činnosti – posuzovací činnost v roce 2002

Posuzovací činnost	I. Q	II. Q	III. Q	IV. Q	Celkem
A	B	C	D	E	F
Soubory výkonů do přílohy č. 2 smlouvy	3 459	3 477	4 402	4 279	15 617
Škody způsobené třetí osobou	7 167	5 980	5 222	5 458	23 827
Individuální účty pojištěnců	849	750	364	430	2 393
Smluvní pojištění (smluv a vyúčtování)	22 430	20 865	17 175	18 218	78 688
Nutná a neodkladná péče v cizině	632	630	1 116	856	3 234
Věcné, technické a personální zajištění	936	938	746	717	3 337
Mořský koník	5 875	949	322	0	7 146
Námítky SZZ k regulacím	853	652	564	278	2 347
Ostatní posouzení	2 667	2 779	2 924	4 125	12 495
Počet posouzení celkem	44 868	37 020	32 835	34 361	149 084

Z nástrojů informačního systému byl pro potřeby kontroly výdajové složky veřejného zdravotního pojištění v roce 2002 revizními pracovníky, stejně jako v minulých letech, využíván modul informačního systému Pojišťovny „Deník revizního lékaře“ (dále DRL), umožňující mnohem přesnější evidenci a kontrolu schválených položek (léčiv, prostředků zdravotnické techniky, výkonů zdravotní péče) a vydaných povolení k úhra-

dám. DRL a další softwarové produkty informačního systému pro revizní činnost (VZPP3, SLSTORNO, NBSTORNO), které umožňují jednotným způsobem provedení kontroly a revize dokladů vyúčtování poskytnuté zdravotní péče a vytvoření jednotného protokolu včetně vedení evidence a statistiky, byly v tomto roce zásadně novelizovány s cílem zjednodušení jejich obsluhy. Na dalších úpravách nástrojů informačního systé-

Tabulka č. 9 – Kontrolní část revizní činnosti – revize a kontroly v roce 2002

Počet revizí a kontrol	I. Q	II. Q	III. Q	IV. Q	Celkem
A	B	C	D	E	F
Počet revizí					
plánovaných	1 890	1 885	1 364	1 618	6 757
cílených	1 690	1 717	925	763	5 095
celkem	3 580	3 602	2 289	2 381	11 852
Počet kontrol	2 570	2 703	3 215	3 025	11 513
Počet revizí a kontrol celkem	6 150	6 305	5 504	5 406	23 365
Námítky proti RZ a KZ					
uznané částečně	89	84	75	66	314
uznané plně	71	90	125	108	394
neuznané	92	134	100	92	418
Celkový počet podaných námitek	252	308	300	266	1 126

mu pro potřeby kontrolní a revizní činnosti ORZP Ústřední pojišťovny průběžně a kontinuálně spolupracuje s pracovníky Úseku informačního systému Ústřední pojišťovny.

Z revizí smluvních zdravotnických zařízení provedených v roce 2002 revizními pracovníky Ústřední pojišťovny a okresních pojišťoven vyplynulo, že:

- ▲ lékaři předepisovali léčivé přípravky na recept nebo PZT na poukaz u hospitalizovaných pacientů, přestože úhrada těchto léčivých přípravků během hospitalizace je zajištěna platbou lékového paušálu;
- ▲ v rozporu s platnou vyhláškou Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále jen Seznam výkonů), byla vykazována lékaři klinická vyšetření spolu se zdravotními výkony, které nesou označení „Q“, což kombinaci s klinickými vyšetřeními zakazuje;
- ▲ u hospitalizovaných pacientů byly vykazovány zdravotní výkony agregované do výkonů ošetřovacího dne (na standardních lůžkách: nestatimová laboratorní biochemická vyšetření, UZ vyšetření, EKG, vizita vykázaná jako cílené vyšetření, v den přijetí k hospitalizaci nemocnice vykazuje veškerá provedená biochemická vyšetření v rámci ambulance, apod., na lůžkách JIP: výkony aplikace krve či krevních derivátů, i. v. injekce, EKG, enterální výživa, apod.);
- ▲ vykazování ZUM a ZULP k výkonům zdravotní péče, kde to Seznamem zdravotních výkonů není povoleno (např. k výkonu diagnostické laparoskopie je vykazován ZUM jako u výkonu laparoskopické operace, což Seznam zdravotních výkonů neumožňuje);
- ▲ vykázané kategorie pacientů neodpovídaly záznamům ve zdravotnické dokumentaci;

- ▲ lékaři vykazovali zdravotní výkony, jejichž obsah dle zápisu v dokumentaci nebyl naplněn;
- ▲ ve zdravotnické dokumentaci pojištěnců, mnohdy obtížně čitelné, byly nedostatečné záznamy o poskytnuté zdravotní péči, nebo tyto záznamy úplně chyběly;
- ▲ lékaři lůžkových zdravotnických zařízení přijímali pacienty k ústavní léčbě v rozporu s ustanoveními zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (ze záznamů ve zdravotnické dokumentaci nevyplývaly zdravotní důvody k přijetí do ústavní péče a proč nemohla být zdravotní péče poskytována ambulantně);
- ▲ zdravotnická zařízení, která mají nasmlouvané vedle výkonů ošetřovacích dnů na odděleních JIP a ARO s nižším TISS skóre i výkony OD s vyšším či nejvyšším TISS skóre, často vykazují výhradně drahé výkony ošetřovacích dní i přesto, že zdravotní stav a poskytnutá péče dle záznamů v dokumentaci k jejich vykázaní neoprávněje;
- ▲ lékaři pracovišť následné lůžkové péče přijímali pacienty k hospitalizaci, třebaže zdravotní důvody indikující jejich přijetí nebyly v záznamech ve zdravotnické dokumentaci nalezeny a jednalo se o přijetí pacientů do zdravotnického zařízení ze sociálních důvodů. Jen zcela výjimečně při tom zdravotnická zařízení žádají o statut sociálních hospitalizací dle zákona č. 100/1998 Sb., o sociálním zabezpečení. Stejně tak pokud v průběhu hospitalizace pominou důvody k ústavní péči, zůstávají pacienti ze sociálních důvodů na lůžku, ale není žádáno o přiznání statutu sociální hospitalizace, a tak je jejich pobyt hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
- ▲ návrhy na lázeňskou léčbu v řadě případů neobsahovaly všechny předepsané údaje,

navrhující lékaři nerespektovali platnou, smluvně závaznou Metodiku pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR a Indikační seznam lázeňské péče a nebrali zřetel na kontraindikace lázeňské léčby, což ztěžovalo posuzování návrhů revizními lékaři;

- ▲ u výkonů rehabilitační péče, pokud jsou provedeny ve frekvenci vyšší než 1x, stanoví Seznam zdravotních výkonů, že mohou být vykázány pouze tolikrát, kolikrát byl naplněn čas jejich provedení, a proto čas zahájení a ukončení musí být uveden ve zdravotnické dokumentaci. Tyto časy v dokumentaci prakticky vždy chyběly, a proto byly výkony uznávány k úhradě pouze v počtu 1x;
- ▲ u příkazů ke zdravotnímu transportu je velmi často porušována smluvně závazná Metodika VZP ČR pro pořizování a předávání dokladů, příkazy jsou vyplňovány neúplně, ve zdravotnické dokumentaci chybí záznam o jejich vystavení, jako důvod k vystavení je uváděno např. „propuštění“, „ad vyšetření“, což samo o sobě není zdravotní indikací k transportu.

4.4 Zabezpečení činnosti Pojišťovny hmotným a nehmotným majetkem

I v roce 2002 vyvolávaly neustálé změny vnějších podmínek a stálý rozvoj informačních technologií tlak na zabezpečení a výstavbu informačního systému.

V rámci modernizace hardwarového vybavení Pojišťovny bylo v roce 2002 pořízeno 1484 koncových stanic, což v této oblasti znamenalo významné posílení. Hardwarové zajištění Pojišťovny bylo v průběhu roku 2002 dále zmodernizováno nákupy HP-UX serverů a jejich komponent pro OP i ÚP. Podstatné posílení hardwarového vybavení ÚP znamenalo zvýšení rychlosti zpracování jednotlivých úloh využívajících Centrální datový sklad. Tím bylo dosaženo zpracování daných úloh v požadovaných termínech a následně bylo možno dokončit některé úlohy z minulého období.

První větší akcí bylo vybavení ÚP pro plánovanou migraci aplikace „Centrální datový sklad“ do nového prostředí (HP-UX 11i) se

současným zvýšením jeho průchodnosti a dostupnosti. Byl instalován základ sítě SAN (Storage Area Network) v ÚP na technologii FibreChannel. Další podstatnou modernizační techniky v ÚP bylo zakoupení výkonného unixového serveru SuperDome pro práci Centrálního datového skladu v reálném čase. Šlo o hlavní investici v oblasti unixových serverů v roce 2002. Výkon serveru SuperDome umožňuje bezproblémový chod Centrálního datového skladu a je možné zvládnout i další aplikace ÚP pro migraci do prostředí HP-UX 11i.

Byla zvýšena propustnost WAN sítě, což v budoucnu umožní nasazení moderních technologií v informačním systému Pojišťovny.

V roce 2002 začaly přípravné práce na projektu „Migrace NT infrastruktury“, jehož cílem je přechod NT infrastruktury na platformu MS Windows 2000 a změna systému elektronické pošty HP OpenMail na MS Exchange. Celý projekt bude realizován v průběhu roku 2003.

Pro zabezpečení činnosti okresních pojišťoven Cheb, Domažlice a Jičín byly v průběhu roku 2002 zakoupeny pozemky, pro okresní pojišťovnu Zlín byl zakoupen objekt k rekonstrukci.

K 31. 12. 2002 sídlily ve vlastních objektech, které byly získány koupí nebo vlastní výstavbou, okresní pojišťovny:

Beroun	Blansko	Brno-město
Brno-venkov	Břeclav	Č. Budějovice
Děčín	Frýdek-Místek	Havlíčkův Brod
Hradec Králové	Chomutov	Chrudim
Jablonec n. Nisou	Jeseník	Jihlava
Jindřichův Hradec	Kladno	Kolín
Kroměříž	Kutná Hora	Liberec
Louny	Mělník	Most
Náchod	Nymburk	Olomouc
Opava	Ostrava	Pelhřimov
Písek	Plzeň-sever	Prachatice
Praha-město	Praha-východ	Prostějov
Přerov	Příbram	Rakovník
Rokycany	Rychnov n. Kn.	Semily
Sokolov	Teplice	Třebíč
Uherské Hradiště	Ústí n. Labem	Ústí n. Orlicí
Vsetín	Vyškov	Znojmo
Žďár n. Sázavou	ÚP VZP ČR Praha	

K 31. 12. 2002 sídlily v pronajatých objektech okresní pojišťovny:

Česká Lípa	Český Krumlov	Hodonín
Cheb	Klatovy	Litoměřice
Plzeň-jih	Plzeň-město	Praha-západ
Šumperk	Tábor	Tachov
Zlín		

K 31. 12. 2002 užívaly objekty na základě smluv o převodu práva hospodaření okresní pojišťovny:

Benešov	Bruntál	Česká Lípa
Domažlice	Jičín	Karviná
Karlovy Vary	Mladá Boleslav	Nový Jičín
Trutnov	Pardubice	Strakonice
Svitavy		

Majetek i činnosti Pojišťovny jsou pojištěny tzv. centrálním pojištěním majetku. V roce 2002 bylo evidováno 87 škodních událostí. Výše škody činila cca 2 500 000 Kč.

4.5

Zdravotní politika

Zdravotní politika Pojišťovny byla v roce 2002 realizována především v přípravných fázích dohodovacích řízení a dále ve výběrových řízeních na zajištění poskytování ambulantní a ústavní zdravotní péče pojištěncům. Řízení se konala před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče podle příslušných ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, buď na návrh Pojišťovny nebo na návrh zdravotnického zařízení, které je oprávněno poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru.

Dohodovací řízení probíhala podle ustanovení § 17 odst. 5) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, k hodnotám bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále „DŘ k cenám“).

Dohodovací řízení podle ustanovení § 17 odst. 4) zákona č. 48/1997 Sb. k Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále „DŘ k Seznamu“), se v roce 2002 neuskutečnilo.

S účinností od 1. dubna roku 2002 došlo vyhláškou MZ ČR č. 101/2002 Sb. k novele vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Od poslední novely uplynuly téměř dva roky. Po celé tyto dva roky Pracovní skupina č. 2 k Dohodovacímu řízení k Seznamu zdravotních výkonů jednala o nových výkonech či o změnách již stávajících výkonů. Pracovní skupina DŘ k Seznamu se sešla v roce 2002 celkem 9krát. V polovině prosince roku 2002 byly příslušné materiály odevzdány svolavateli dohodovacího řízení, které se má uskutečnit v březnu roku 2003. Zástupci VZP ČR mají v této skupině nezastupitelnou roli. Řídili všechna jed-

nání a organizačně zajišťovali jejich průběh, soustřeďovali návrhy a připomínky zástupců autorských odborností, připravovali frekvenční analýzy výkonů a modelaci dopadů navrhovaných změn do výdajů za zdravotní péči hrazenou z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Souhrnně vzniklo 78 nových výkonů ve 23 odbornostech a dále pak vznikly 4 nové kódy ošetřovacích dnů. Nejvíce nových výkonů vzniklo v laboratorních odbornostech. Nové ošetřovací dny jsou určeny pro lůžka spinálních jednotek (akutní a chronická) a pro lůžka porodnické péče.

V novele Seznamu zdravotních výkonů také došlo ke změně u podmínek vykazování výkonů klinických vyšetření. Lékař se specializací I. stupně s délkou celkové praxe do 6 let v oboru vykazuje výkony klinických vyšetření lékaře se specializací I. stupně (klinické vyšetření 1). Lékař s vyšší specializací (specializací II. stupně nebo nástavbovou specializací) nebo lékař se specializací I. stupně s délkou celkové praxe nad 6 let (kde délkou celkové praxe nad 6 let se rozumí výkon lékařského povolání po dosažení specializace I. stupně) vykazuje výkony klinických vyšetření lékaře s vyšší atestací (klinické vyšetření 2).

Kromě výše uvedeného došlo k zásadní změně, která má nemalý dopad na výdaje z veřejného zdravotního pojištění. Novela totiž obsahuje u vybraných výkonů nárůst bodového hodnocení zvýšením přímých nákladů a dále pak u všech výkonů (včetně všech ošetřovacích dnů) nárůst bodového hodnocení režijních nákladů o 10 %. Současně je ve vyhlášce stanoveno, že režijní náklady musí být vždy k 1. 7. navýšeny, a to ve výši indexu spotřebitelských cen, který je vyhlášován Českým statistickým úřadem. Pro rok 2002 byl tento meziroční nárůst 4,7 %. Tyto úpravy režie, které navíc nebyly schváleny DŘ k Seznamu, podstatným způsobem navýšily výdaje na zdravotní péči v roce 2002.

V roce 2002 pokračovala, i po personální změně členů komise VZP ČR, účast zástupců Pojišťovny v činnosti „**Komise pro posuzování rozmístění přístrojů vybrané zdravotnické techniky**“ – dle Smlouvy o spolupráci uzavřené mezi MZ ČR a VZP ČR. Komise jednala celkem 10krát. Mezi nákladnou, tzv. vybranou zdravotnickou techniku (dále „VZT“) patří:

- ▲ počítačový tomograf (CT),
- ▲ magnetická rezonance (MR),
- ▲ angiografický komplet,
- ▲ terapeutický ozařovač,

- ▲ rtg simulátor,
- ▲ plánovací systém 3D pro radioterapii,
- ▲ skiagrafický komplet s velkou rozlišovací schopností,
- ▲ gamakamera,
- ▲ kamera pro PET (pozitivní emisní tomografie),
- ▲ lithotryptor neinvazivní na principu rázové vlny,
- ▲ hyperbarická komora,
- ▲ mammografický přístroj,
- ▲ hemodialyzační lůžko + hemodialyzační monitor,
- ▲ rtg dvoufotonový celotělový,
- ▲ kostní denzitometr,
- ▲ laser pro transmyokardiální revaskularizaci (TMLR).

V roce 2002 byl k zabezpečení jednotného postupu při posuzování rozmístění přístrojů VZT Příkazem ministra zdravotnictví změněn a doplněn Statut a jednací řád Komise.

Komise projednávala žádosti zdravotnických zařízení o souhlas s umístěním, obměnou přístrojů VZT na základě vyžádaných údajů a v souladu s kritérii rozmístění přístrojů VZT, která zohledňují spádovost, odbornost, efektivitu využití, indikační kritéria, provozní dobu, dopady žádostí na výdaje z prostředků veřejného zdravotního pojištění atd. Kritéria byla aktualizována a byl projednán návrh typového vybavení nemocnic diagnostickou a léčebnou zdravotnickou technikou. Definitivní podoba byla publikována ve Věstníku MZ ČR, částka 13/2002, bod. 15. – „Standard doporučeného typového vybavení nemocnic diagnostickou a léčebnou zdravotnickou technikou“. Detailní informace o množství a rozmístění VZT jsou k dispozici v Ústavu zdravotnických informací a statistiky, se kterým Pojišťovna spolupracuje na metodice sběru dat.

Způsoby a výše úhrad pro jednotlivé segmenty poskytovatelů zdravotní péče a pro obě pololetí roku 2002 byly projednávány v **DŘ k cenám. V 1. pololetí roku 2002** došlo v rámci DŘ k cenám k dohodě (o hodnotách bodu a výši úhrad za zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění) se zástupci poskytovatelů v segmentech:

- ▲ praktičtí lékaři pro dospělé a praktičtí lékaři pro děti a dorost,
- ▲ zubní lékaři,
- ▲ lázeňské péče.

Výsledky DŘ k cenám, kde došlo k dohodě, byly vyhlášeny jako závazné pro zdravotnická zařízení a pro zdravotní pojišťovny ve Věstníku MZ ČR, částka 13 z prosince 2001.

K dohodě (o hodnotách bodu a výši úhrad za zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění) nedošlo v segmentech:

- ▲ ústavní péče včetně odborných léčebných ústavů, léčeben dlouhodobě nemocných a zdravotnických zařízení vykazujících péči na ošetrovatelských lůžkách,
- ▲ ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících specializovanou ambulantní zdravotní péči, včetně ambulantních zařízení poskytujících hemodialyzační péči,
- ▲ ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících domácí zdravotní péči,
- ▲ ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících zdravotní péči komplementu – laboratoře, radiodiagnostika,
- ▲ zdravotnické záchranné služby, dopravní zdravotní služby a lékařské služby první pomoci,
- ▲ ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících fyzioterapii.

Výše úhrady zdravotní péče byla proto stanovena vyhláškou MZ ČR č. 458/2001 Sb. Cena bodu zůstala stejná jako v 1. pololetí 2001.

V rámci **DŘ k cenám pro 2. pololetí roku 2002** došlo k dohodě se zástupci poskytovatelů v segmentech:

- ▲ praktičtí lékaři pro dospělé a praktičtí lékaři pro děti a dorost,
- ▲ zubní lékaři,
- ▲ ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících specializovanou ambulantní zdravotní péči, včetně dialýzy,
- ▲ ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících domácí zdravotní péči,
- ▲ ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících zdravotní péči komplementu – laboratoře, radiodiagnostika,
- ▲ zdravotnické záchranné služby, dopravní zdravotní služby a lékařské služby první pomoci,
- ▲ ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících fyzioterapii,
- ▲ lázeňské péče.

Výsledky DŘ byly vyhlášeny ve Věstníku MZ ČR, částka 6 z června 2002.

Pro nedohodu v segmentu ústavní péče, včetně odborných léčebných ústavů, léčeben dlouhodobě nemocných a zdravotnických

zařízení vykazujících péči na ošetrovatelských lůžkách, stanovilo výši úhrad (včetně regulačních omezení) na základě zmocnění daného novelou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou č. 251/2002 Sb. Cena bodu stanovená pro 1. pololetí roku 2001 zůstala v platnosti i pro 2. pololetí roku 2002.

Stručný přehled vývoje a používaných mechanismů úhrad za poskytovanou zdravotní péči v jednotlivých pololetích roku 2002 a v členění dle jednotlivých segmentů zdravotní péče lze vysledovat z tabulky č. 10.

Komentář k jednotlivým segmentům zdravotní péče je uveden za těmito tabulkami.

Tabulka č. 10 – Mechanismy úhrad zdravotnickým zařízením

I. pololetí 2002	II. pololetí 2002
PRAKTIČTÍ LÉKAŘI	
1) KKVP 30 Kč nepravidelná péče a výkony nad rámec kapacity – 0,87 Kč/bod bonifikační systém praktických lékařů 2) Výkonová platba hodnota bodu 0,46 Kč limit času nositele výkonu 12 hod./kal. den max. úhrada do 100 % POÚ celková úhrada do výše tzv. maximální úhrady 3) KKVP s dorovnáním – „malé praxe“ dorovnání do 90 % KKVP podmínka: méně JRP než 70 % celostátního průměru bonifikační systém praktických lékařů	1) KKVP 31 Kč nepravidelná péče a výkony nad rámec kapacity – 0,87 Kč/bod bonifikační systém praktických lékařů 2) Výkonová platba hodnota bodu 0,46 Kč limit času nositele výkonu 12 hod./kal. den max. úhrada do 100 % POÚ celková úhrada do výše tzv. maximální úhrady 3) KKVP s dorovnáním – „malé praxe“ dorovnání do 90 % KKVP podmínka: méně JRP než 70 % celostátního průměru bonifikační systém praktických lékařů
AMBULANTNÍ SPECIALISTÉ	
Výkonová platba hodnota bodu 1,00 Kč limit času nositele výkonu 12 hod./kal. den předběžná úhrada ve výši 106 % POÚ celková úhrada do výše tzv. maximální úhrady MAXU_ZZ = součet MAXU za všechny odbornosti nasmlouvané tímto ZZ MAXU_ODB = PUP_ODB * PRUHR_ODB průměrná úhrada za odbornost pro zaběhlá ZZ se stanoví jako maximum ze: – 108 % celorepublikové průměrné úhrady na jednoho ošetřeného pojištěnce nebo – průměrné úhrady na 1 ošetřeného pojištěnce v dané odbornosti v daném ZZ vypočtená z referenčního období	Výkonová platba hodnota bodu 1,02 Kč limit času nositele výkonu 12 hod./kal. den předběžná úhrada ve výši 106 % POÚ celková úhrada do výše tzv. maximální úhrady MAXU_ZZ = součet MAXU za všechny odbornosti nasmlouvané tímto ZZ MAXU_ODB = PUP_ODB * PRUHR_ODB * IN omezení maximální úhradou se nepoužije, pokud ZZ v ref. období neexistovalo, nebo ošetřilo nevýznamný počet pojištěnců

Pokračování tab. č. 10 na str. 39

Pokračování tab. č. 10

I. pololetí 2002	II. pololetí 2002
AMBULANTNÍ HEMODIALÝZA	
Výkonová platba hodnota bodu 1,00 Kč limit času nositele výkonu 12 hod./kal. den předběžná úhrada 106 % POÚ režijní náklady ve výši 4 body/min.	Výkonová platba hodnota bodu 1,00 Kč limit času nositele výkonu 12 hod./kal. den předběžná úhrada 106 % POÚ režijní náklady ve výši 4 body/min.
HOME CARE	
1) Výkonová platba – 1. varianta hodnota bodu 0,46 Kč limit času nositele výkonu 12 hod./kal. den předběžná úhrada ve výši 106 % POÚ režijní náklady odb. 925 – 1,00 bod/min.	1) Výkonová platba – 1. varianta zdravotní péče 7 dní v týdnu hodnota bodu 1,00 Kč limit času nositele výkonu 8 hod./kal. den režijní náklady odb. 925 – 1,60 bod/min.
2) Výkonová platba – 2. varianta zdravotní péče 7 dní v týdnu hodnota bodu 1,00 Kč limit času nositele výkonu 8 hod./kal. den předběžná úhrada ve výši 106 % POÚ režijní náklady odb. 925 – 1,00 bod/min.	2) Výkonová platba – 2. varianta zdravotní péče méně než 7 dní v týdnu hodnota bodu 1,00 Kč limit času nositele výkonu 8 hod./prac. den režijní náklady odb. 925 – 1,60 bod/min.
3) Výkonová platba – 3. varianta zdravotní péče méně než 7 dní v týdnu hodnota bodu 1,00 Kč limit času nositele výkonu 8 hod./prac. den předběžná úhrada ve výši 106 % POÚ režijní náklady odb. 925 – 1,00 bod/min.	
FYZIOTERAPIE	
Výkonová platba hodnota bodu 0,90 Kč limit času nositele výkonu 10 hod./prac. den předběžná úhrada 106 % POÚ	Výkonová platba hodnota bodu 0,92 Kč limit času nositele výkonu 10 hod./prac. den režijní náklady výkonů 21217, 21223, 21315, 21317: 3,20 bodu/min.
LABORATOŘE – odb. 222, 801–805, 807, 812–822	
1) Paušální sazba předběžná úhrada ve výši součinu 106 % POÚ pokud je:	1) Paušální sazba předběžná úhrada ve výši součinu 105 % POÚ pokud je:
a) počet bodů 97–103 % RPB PS = součinu 106 % POÚ b) počet bodů menší než 97 % RPB PS = součinu 106 % POÚ, který je úměrně krácen o %, o které nebyl naplněn v 1. Q. 2002 počet bodů za poskytnutou péči v 1. Q. 2001 c) počet bodů větší než 103 % RPB PS = součinu 106 % POÚ, který je úměrně navýšen o %, o které byl překročen v 1. Q. 2002 počet bodů za poskytnutou péči v 1. Q. 2001	a) počet bodů 97–103 % RPB PS = součinu 105 % POÚ b) počet bodů menší než 97 % RPB PS = součinu 105 % POÚ, který je úměrně krácen o %, o které nebyl naplněn ve 2. Q. 2002 počet bodů za poskytnutou péči ve 2. Q. 2001 c) počet bodů větší než 103 % RPB PS = součinu 105 % POÚ, který je úměrně navýšen o %, o které byl překročen ve 2. Q. 2002 počet bodů za poskytnutou péči ve 2. Q. 2001
2) Výkonová platba hodnota bodu 0,82 Kč	2) Výkonová platba hodnota bodu 0,85 Kč

Pokračování tab. č. 10 na str. 40

I. pololetí 2002	II. pololetí 2002
RTG – odb. 809	
1) Paušální sazba předběžná úhrada ve výši součinu 106 % POÚ pokud je: a) počet bodů 97–103 % RPB PS = součinu 106 % POÚ b) počet bodů menší než 97 % RPB PS = součinu 106 % POÚ, který je úměrně krácen o %, o které nebyl naplněn v 1. Q. 2002 počet bodů za poskytnutou péči v 1. Q. 2001 c) počet bodů větší než 103 % RPB PS = součinu 106 % POÚ, který je úměrně navýšen o %, o které byl překročen v 1. Q. 2002 počet bodů za poskytnutou péči v 1. Q. 2001 2) Výkonová platba hodnota bodu 1,00 Kč	1) Paušální sazba předběžná úhrada ve výši součinu 105 % POÚ pokud je: a) počet bodů 97–103 % RPB PS = součinu 105 % POÚ b) počet bodů menší než 97 % RPB PS = součinu 105 % POÚ, který je úměrně krácen o %, o které nebyl naplněn ve 2. Q. 2002 počet bodů za poskytnutou péči ve 2. Q. 2001 c) počet bodů větší než 103 % RPB PS = součinu 105 % POÚ, který je úměrně navýšen o %, o které byl překročen ve 2. Q. 2002 počet bodů za poskytnutou péči ve 2. Q. 2001 2) Výkonová platba hodnota bodu 1,01 Kč
STOMATOLOGICKÁ PÉČE	
Úhrada dle sazeb zveřejněných v částce 13/2001 Věstníku MZ ČR	Úhrada dle sazeb zveřejněných v částce 6/2002 Věstníku MZ ČR
ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA – odb. 709	
1) Paušální sazba PS = součinu 106 % POÚ a IZPP předběžná úhrada 106 % POÚ 2) Výkonová platba hodnota bodu 0,97 Kč	1) Paušální sazba PS = součinu 106 % POÚ a IZPP předběžná úhrada 106 % POÚ 2) Výkonová platba hodnota bodu 0,99 Kč
DOPRAVA RANĚNÝCH, NEMOCNÝCH A RODIČEK – odb. 989	
Výkonová platba hodnota bodu 0,86 Kč	Výkonová platba hodnota bodu 0,87 Kč
LSPP – odb. 003	
Výkonová platba hodnota bodu 0,80 Kč	Výkonová platba hodnota bodu 0,87 Kč
NEMOCNICE	
Kombinace paušální sazby a položek hrazených nad rámec paušálních sazeb paušální sazba se počítá pro jednotlivé druhy zdravotní péče – akutní lůžková, ambulantní a jiná péče, zdravotní doprava podmínka úhrady: nejméně 89 % bodů/1 unikát. pojištěnce a 90 % ZUMů a ZULPů/1 unikát. pojištěnce	Kombinace paušální sazby a položek hrazených nad rámec paušálních sazeb paušální sazba se počítá pro jednotlivé druhy zdravotní péče – akutní lůžková, ambulantní a jiná péče, zdravotní doprava podmínka úhrady: nejméně 89 % bodů/1 unikát. pojištěnce a 90 % ZUMů a ZULPů/1 unikát. pojištěnce

Pokračování tab. č. 10

I. pololetí 2002	II. pololetí 2002
OLÚ	
Kombinovaná platba a) lůžková péče – výkonová platba (za OD) hodnota bodu 1,00 Kč navýšení lékového paušálu oproti 1. pololetí 2001 o 10 Kč b) ambulantní a jiná péče, zdravotní doprava – paušální sazba úhrada = součin RPS a PUP	Výkonová platba hodnota bodu 1,00 Kč navýšení lékového paušálu oproti 2. pololetí 2001 o 10 Kč
LDN	
Výkonová platba (za OD) hodnota bodu 1,00 Kč navýšení režie k OD oproti 1. pololetí 2001 o 60 bodů navýšení lékového paušálu oproti 1. pololetí 2001 o 5,00 Kč	Výkonová platba (za OD) hodnota bodu 1,00 Kč navýšení režie k OD oproti 2. pololetí 2001 o 60 bodů navýšení lékového paušálu oproti 2. pololetí 2001 o 5,00 Kč
LÁZNĚ A OZDRAVOVNY	
věcně usměrňovaná cena	věcně usměrňovaná cena

JRP	jednicový registrovaný pojištěnec
POÚ	porovnávací objem úhrady – je roven úhradě za odpovídající kalendářní čtvrtletí minulého kalendářního roku
RPB	referenční počet bodů
PS	paušální sazba
IZPP	index změny počtu pojištěnců, který je definován jako poměr počtu unicitních čísel pojištěnců v daném čtvrtletí 2002 ku počtu pojištěnců ve stejném čtvrtletí 2001
PUP	počet unikátních pojištěnců
RPS	referenční paušální sazby za lůžkovou nebo ambulantní nebo jinou péči nebo zdravotní dopravu vztahované na 1 unikátního pojištěnce
MAXU	maximální úhrada
MAXU_ZZ	maximální úhrada pro zdravotnické zařízení
MAXU_ODB	maximální úhrada za příslušnou odbornost
PUP_ODB	počet unikátních pojištěnců za odbornost
PRUHR_ODB	průměrná úhrada na jednoho ošetřeného pojištěnce v dané odbornosti
IN	index nárůstu úhrad

Praktičtí lékaři

Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost byla v roce 2002 hrazena převážně formou „kombinované kapitačně výkonové platby“ (dále jen „KKVP“). Smluvním partnerům byly nabízeny všechny způsoby úhrad v souladu s Věstníkem MZ ČR pro dané období.

Výše kapitační platby činila **v 1. pololetí roku 2002 30 Kč** na měsíc na jednoho registrovaného pojištěnce, **ve 2. pololetí roku 2002 31 Kč**.

Hodnota bodu za výkony hrazené mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce byla **po celý rok 2002 0,87 Kč**.

V průběhu roku 2002 byly u praktických lékařů používány a sledovány regulační mechanismy:

- ▲ regulační mechanismus za předepsané léky a PZT pro registrované pojištěnce se zohledněním věkových skupin
- ▲ regulační mechanismus na poměr úhrady za ošetřené neregistrované pojištěnce ku registrovaným pojištěncům
- ▲ regulační mechanismus pro ošetřené neregistrované pojištěnce se zohledněním věkových skupin na poskytnuté zdravotní výkony, předepsané léky a PZT a na vyžádanou zdravotní péči v odbornostech 222, 801-805, 807, 809, 812-822

- ▲ standardní regulační mechanismus uplatňovaný ve zdravotnických zařízeních, jehož základem je srovnání zdravotnických zařízení mezi sebou pomocí průměrných hodnot.

Komise pro přidělování statutu tzv. „malé praxe“ projednávala přiznání doplatku pro ekonomicky nevýhodně umístěné, ale přitom nezbytné praxe – k 31. 12. 2002 byl přiznán doplatek 21 lékařům.

Ambulantní specialisté

V 1. pololetí 2002 byla hodnota bodu pro ambulantní specializovanou péči poskytovanou v ambulantních zdravotnických zařízeních stanovena Vyhláškou MZ ČR č. 458/2001 Sb. na 1 Kč za bod. Od 2. pololetí roku 2002, kdy došlo v DŘ k dohodě o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, byla specializovaná ambulantní péče hrazena dle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a hodnota bodu navýšena na 1,02 Kč, s omezením maximální úhradou v návaznosti na počet unikátních pojištěnců. Byly uplatněny následující regulační mechanismy:

- ▲ regulace nákladů na předepsaná léčiva a PZT a za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801-805, 809, 812-822 vztažená:
 - k průměrné hodnotě ambulantních zdravotnických zařízení dosažené v referenčním období
 - k celostátní průměrné úhradě na 1 unikátního ošetřeného pojištěnce dané věkové skupiny v dané odbornosti za aktuální období.

Danému ambulantnímu zdravotnickému zařízení byla pak uplatněna menší z uvedených dvou regulačních srážek vypočtených pro toto ambulantní zdravotnické zařízení.

Laboratoře, RTG

Po celý rok 2002 byly v segmentu komplementu nabízeny dvě smluvní varianty úhrady, a to buď paušální sazbou, nebo úhradou za provedené výkony podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve vazbě na splnění podmínek pro danou variantu úhrady. Výše čtvrtletní paušální sazby se stanovila v 1. pololetí roku 2002 ve výši 106 % a ve 2. pololetí roku 2002 ve výši 105 % porovnávacího objemu úhrady za péči poskytnutou a uznanou zdravotními pojišťovnami v referenčním období. Výkonová úhrada byla v celém roce realizována tam, kde v důsledku výrazně kolísavého objemu poskytované zdravotní péče nebylo možno objektivně stanovit paušální sazbu.

Home care

V 1. pololetí roku 2002 byla domácí zdravotní péče hrazena podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami úhradou za poskytnuté zdravotní výkony

- a) do limitu času nositele výkonu 12 hodin na kalendářní den, nebo
- b) dle typu provozu zdravotnického zařízení do limitu času nositele výkonu 8 hodin, byla-li zdravotní péče poskytována 7 dní v týdnu, nebo do limitu času nositele výkonu 8 hodin na pracovní den, nebyla-li zdravotní péče poskytována 7 dní v týdnu.

Obě varianty byly smluvním partnerům nabízeny ve vazbě na splnění podmínek.

Pro 2. pololetí 2002 nebyla dojednána varianta úhrady s omezením času nositele výkonu na 12 hodin za kalendářní den. Byly proto nabízeny v souladu s Věstníkem MZ ČR pouze varianty úhrad s omezením času nositele výkonu na 8 hodin (tj. podle bodu b).

Fyzioterapie

V 1. pololetí 2002 byla péče hrazena výkonovým způsobem do limitu času nositele výkonu 10 hodin na pracovní den při hodnotě bodu 0,90 Kč. Hodnota bodu pro 2. pololetí roku 2002 byla oproti 1. pololetí roku 2002 navýšena o 0,02 Kč, a to na 0,92 Kč. Ve 2. pololetí roku 2002 bylo u 4 vodoléčebných výkonů možné na smluvním základě navýšit úhradu režijních nákladů na 3,20 bodů za jednu minutu času výkonu.

Stomatologická péče

V tomto segmentu pokračovala úhrada dle sazebníku „Úhrada standardní stomatologické péče“. S účinností od 2. pololetí roku 2002 byl do „Úhrady standardní stomatologické péče“ zařazen nový výkon – „Stomatologické ošetření lékařem s osvědčením ČSK“, který má být podporou pro zvýšení kvality poskytované péče. Tento kód je proplácen těm stomatologům, kteří splnili podmínky pro vydání jednoho ze tří druhů osvědčení, která vydává Česká stomatologická komora s platností na tři roky. Koncem roku 2002 vlastnilo osvědčení cca 4000 stomatologů.

Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická zařízení provozující zdravotnickou záchrannou službu byla v roce 2002 financována systémem paušální nebo výkonové úhrady. Obě varianty byly smluvním partnerům nabízeny ve vazbě na splnění podmínek podle Věstníku MZ ČR. Paušální úhrada pro 1. i 2. pololetí roku 2002 byla oproti 1. a 2. pololetí roku 2001 navýšena o 6 %. U obou pololetí byla pau-

šální úhrada přepočítávána indexem změny počtu ošetřených pojištěnců v daném zdravotnickém zařízení. Hodnota bodu u výkonového způsobu úhrady dle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění, činila v 1. pololetí 0,97 Kč a ve 2. pololetí 0,99 Kč.

Doprava raněných, nemocných a rodiček

Doprava raněných, nemocných a rodiček byla v 1. i v 2. pololetí roku 2002 hrazena pouze výkonovým způsobem podle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., v platném znění. Hodnota bodu činila v 1. pololetí 0,86 Kč a ve 2. pololetí 0,87 Kč. Mimo dopravy raněných, nemocných a rodiček spadá do zdravotnické dopravy doprava zdravotnických pracovníků v rámci návštěvní služby, proplácení nákladů za cesty soukromým vozidlem a náklady spojené s převozy zemřelých v případech, kdy je nezbytné provedení zdravotní pitvy.

Lékařská služba první pomoci

Zdravotnická zařízení provozující LSPP byla hrazena v 1. i ve 2. pololetí roku 2002 výkonovým způsobem podle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., v platném znění. Hodnota bodu činila v 1. pololetí 0,80 Kč, ve 2. pololetí 0,87 Kč.

Lůžková zdravotnická zařízení poskytující akutní lůžkovou péči

Zdravotní péče poskytovaná v nemocnicích v 1. i 2. pololetí 2002 byla hrazena převážně formou kombinace paušální sazby na 1 unikátního ošetřeného pojištěnce pro jednotlivé druhy péče (lůžková, ambulantní, zdravotní doprava a péče vyžádaná jiným ZZ) a položek hrazených nad rámec paušálních sazeb (v souladu s vyhláškami MZ č. 458/2001 Sb. a č. 251/2002 Sb.).

Konečná výše úhrady pak byla závislá na výsledku

- ▲ kontrolního mechanismu na objem poskytnuté péče,
- ▲ regulačního mechanismu na počet unikátních ošetřených pojištěnců, založeného na porovnání daného a referenčního období
- ▲ regulačního mechanismu na objem předepsaných léčiv a ZP.

Ve výjimečných případech (neexistence referenčního období apod.) byla úhrada realizována buď regulovaným výkonovým způsobem s hodnotou bodu 0,89 Kč, nebo globální paušální sazbou s nastavenými pod-

mínkami pro poskytnutí definovaného objemu zdravotní péče.

Konečná výše úhrady pak byla po vyhodnocení příslušného pololetí navýšena z titulu nárůstu výběru pojistného v roce 2002 ve srovnání s rokem 2001 dle příslušných ustanovení předmětných vyhlášek, tj. dle § 14 vyhlášky MZ č. 458/2001 Sb. pro 1. pololetí 2002 a dle § 7 vyhlášky č. 251/2002 Sb. pro 2. pololetí 2002. (Poznámka: Navýšení za 2. pololetí 2002 bude realizováno až v roce 2003.)

Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN)

Zdravotní péče poskytovaná v léčebnách dlouhodobě nemocných byla v 1. i 2. pololetí 2002 hrazena výkonovým způsobem s hodnotou bodu 1 Kč.

Režie k OD byla v 1. i 2. pololetí 2002 navýšena o 60 bodů ve srovnání s nasmlouvanou reží k OD pro 1. pololetí 2001, resp. 2. pololetí 2001.

Výše lékového paušálu byla v 1. i 2. pololetí 2002 navýšena o 5 Kč ve srovnání s 1. pololetím 2001, resp. s 2. pololetím 2001.

Konečná výše úhrady pak byla po vyhodnocení příslušného pololetí navýšena z titulu nárůstu výběru pojistného v roce 2002 ve srovnání s rokem 2001 dle příslušných ustanovení předmětných vyhlášek, tj. dle § 14 vyhlášky MZ č. 458/2001 Sb. pro 1. pololetí 2002 a dle § 7 vyhlášky č. 251/2002 Sb. pro 2. pololetí 2002. (Poznámka: Navýšení za 2. pololetí 2002 bude realizováno až v roce 2003.)

Odborné léčebné ústavy (OLÚ)

V 1. pololetí 2002 byla úhrada realizována kombinovaným způsobem platby, při kterém byla lůžková péče hrazena výkonově s hodnotou bodu 1 Kč a ambulantní péče, zdravotní doprava a zdravotní péče vyžádaná jiným ZZ formou paušální sazby na 1 unikátního ošetřeného pojištěnce.

Bodová hodnota OD byla pro jednotlivé OLÚ upravena tak, aby při poskytnutí stejného objemu zdravotní péče v daném OLÚ a v daném období ve srovnání s 1. pololetím 2001 obdržel OLÚ úhradu ve výši 106 %.

Ve 2. pololetí 2002 byla úhrada realizována výkonovým způsobem s hodnotou bodu 1 Kč. Bodová hodnota OD byla zvýšena o 60 bodů oproti bodové hodnotě použité při výpočtu úhrady za zdravotní péči poskytnutou ve 2. pololetí 2001.

V 1. i 2. pololetí 2002 byl nedílnou součástí úhrad i regulační mechanismus na objem předepsaných léčiv a ZP.

Konečná výše úhrady pak byla po vyhodnocení příslušného pololetí navýšena z titulu ná-

růstu výběru pojistného v roce 2002 ve srovnání s rokem 2001 dle příslušných ustanovení předmětných vyhlášek, tj. dle § 14 vyhlášky MZ č. 458/2001 Sb. pro 1. pololetí 2002 a dle § 7 vyhlášky č. 251/2002 Sb. pro 2. pololetí 2002. (Poznámka: Navýšení za 2. pololetí 2002 bude realizováno až v roce 2003.)

Zdravotní péče poskytovaná na ošetrovatelských lůžkách

Zdravotní péče poskytovaná na ošetrovatelských lůžkách v 1. i 2. pololetí 2002 byla hrazena výkonovým způsobem s hodnotou bodu 1 Kč.

Režie k OD byla v 1. i 2. pololetí 2002 navýšena o 60 bodů ve srovnání s nasmlouvanou reží k OD pro 1. pololetí 2001, resp. 2. pololetí 2001.

Výše lékového paušálu byla v 1. i 2. pololetí 2002 navýšena o 5 Kč ve srovnání s 1. pololetím 2001, resp. s 2. pololetím 2001.

Konečná výše úhrady pak byla po vyhodnocení příslušného pololetí navýšena z titulu nárůstu výběru pojistného v roce 2002 ve srovnání s rokem 2001 dle příslušných ustanovení předmětných vyhlášek, tj. dle § 14 vyhlášky MZ č. 458/2001 Sb. pro 1. pololetí 2002 a dle § 7 vyhlášky č. 251/2002 Sb. pro 2. pololetí 2002. (Poznámka: Navýšení za 2. pololetí 2002 bude realizováno až v roce 2003.)

V segmentech akutní lůžkové péče, léčeben dlouhodobě nemocných, odborných léčebných ústavů a péče poskytované na ošetrovatelských lůžkách umožňovaly vyhlášky MZ ČR nabídnout smluvním zařízením i jiné způsoby úhrady, pokud ovšem budou znamenat, že celková výše úhrady bude vyšší než úhrada stanovená jako základní. Pojišťovna proto nemohla využít této možnosti, aniž by dále zhoršila výsledek hospodaření Základního fondu. Stejně tak nenabízela takové formy úhrady, které byly podmíněny kolísavým způsobem úhrady nebo objemem poskytnuté péče v rozsahu 300 tis. Kč za kalendářní čtvrtletí, protože tyto podmínky nebyly smluvními zdravotnickými zařízeními naplněny.

Navýšení za 2. pololetí 2002 u lůžkových zdravotnických zařízení, které bude realizováno v roce 2003 (§ 7, odst. 1, vyhlášky MZ č. 251/2002 Sb.) dosáhne předpokládané částky cca 50–100 mil. Kč.

Lázeňská a ozdravenská péče

Čerpání celkových finančních prostředků v roce 2002 ve výši 1930 mil. Kč (tj. částka zahrnující i rozléčené pacienty) ovlivnila v segmentu lázeňské péče zejména realizace výsledků závěru Projektu Lázně I. – „Standardizace cen lázeňské péče a revize Indikačního seznamu lázeňské péče“, kdy

k 1. lednu 2002 vešly v platnost novým způsobem stanovené ceny komplexní lázeňské péče, a to standardizované ceny léčení (ostatní složky ceny komplexní lázeňské péče, tj. cena ubytování a stravování byly standardizovány již od 1. ledna 2001). Změna v konstrukci cen léčení spočívá v definování cen ve shodné výši pro všechny poskytovatele zabývající se léčením shodného spektra indikačních podskupin s tím, že cena za používaný přírodní léčivý zdroj byla propočtena dle poskytovatelů, a tak se dospělo k individuální ceně léčení jednotlivých lázeňských organizací. Pokles celkově odléčených pojištěnců oproti roku 2001 byl způsoben několika faktory. Zejména úbytkem pojištěnců VZP ČR, dále pak návrhovou a revizní činností a též obchodní politikou smluvních lázeňských organizací.

K 31. prosinci 2002 byl smluvní vztah uzavřen s 53 lázeňskými organizacemi, z toho 5 smluvních partnerů poskytovalo péči ve Slovenské republice.

Ozdravenskou péči k 31. prosinci 2002 poskytovalo 9 smluvních partnerů ve 14 ozdravovnách. Čerpání finančních prostředků na tuto péči bylo ovlivněno návrhovou a revizní činností lékařů a určitý vliv se projevil i následkem povodňové situace.

Přehled o počtu odléčených pacientů komplexní a příspěvkové lázeňské péče dospělých, dětí a dorostu, kteří absolvovali léčbu na základě Návrhu na lázeňskou péči, a přehled o vynaložených nákladech na lázeňskou zdravotní péči dle hlavních indikačních skupin a druhů lázeňské péče je uveden v tabulce č. 11.

Vynaložené náklady na poskytnutou ozdravenskou péči jsou uvedeny v tabulce č. 20a Náklady na zdravotní péči dle jednotlivých segmentů.

Navýšení úhrad smluvním zdravotnickým zařízením vyplývající z aplikace ustanovení § 14 odst. 1 vyhlášky MZ č. 458/2001 Sb. za 1. pololetí 2002 činilo 465 mil. Kč.

Léčivé přípravky a zdravotnické prostředky

V průběhu roku 2002 nebyla provedena žádná zásadní legislativní změna, která by umožnila podstatným způsobem ovlivnit způsob používání léčiv a zdravotnických prostředků, jak ve smyslu racionální preskripce, tak i vývoje celkových nákladů na léčiva.

V roce 2002 byla stejně jako v roce 2001 Pojišťovna zastoupena dvěma členy v Kategorizační komisi MZ ČR a jedním zástupcem

Tabulka č. 11 – Náklady lázeňské péče dle hlavních indikačních skupin onemocnění a druhů lázeňské péče (komplexní, příspěvková) v roce 2002

Indikační skupina			Počet pacientů 2001	Počet pacientů 2002	Počet pac. v % 2002	Index 02/01	Náklady v tis. Kč 2001	Náklady v tis. Kč 2002	Podíl nákl. v % 2002	Index 02/01
ř. č.		A	B	C	D	E	F	G	H	I
Komplexní lázeňská péče – dospělí pacienti										
1	VII	Nemoci pohybového ústrojí	32 763	32 837	44,53	1,00	622 355	666 848	44,60	1,07
2	II	Nemoci oběhového ústrojí	12 539	12 585	17,06	1,00	233 277	254 769	17,04	1,09
3	VI	Nemoci nervové	9 945	10 109	13,71	1,02	207 800	219 833	14,70	1,06
4	V	Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	6 244	5 920	8,03	0,95	137 034	137 120	9,17	1,00
5	XI	Nemoci ženské	2 752	2 802	3,80	1,02	53 796	59 731	3,99	1,11
6	IV	Nemoci z poruch vým. látkové a žláz s vn. sekr.	2 476	2 578	3,50	1,04	29 099	32 034	2,14	1,10
7	III	Nemoci trávicího ústrojí	2 320	2 210	3,00	0,95	34 351	36 736	2,46	1,07
8	I	Nemoci onkologické	1 548	1 591	2,16	1,03	24 115	28 858	1,93	1,20
9	X	Nemoci kožní	937	1 058	1,43	1,13	19 551	22 401	1,50	1,15
10	IX	Duševní poruchy	921	1 057	1,43	1,15	18 220	20 928	1,40	1,15
11	VIII	Nemoci močového ústrojí	1 171	1 002	1,36	0,86	18 444	15 893	1,06	0,86
12		Celkem	73 616	73 749	100,00	1,00	1 398 042	1 495 151	100,00	1,07
Příspěvková lázeňská péče – dospělí pacienti										
1	VII	Nemoci pohybového ústrojí	11 080	10 379	73,02	0,94	71 402	81 081	72,47	1,14
2	II	Nemoci oběhového ústrojí	1 384	1 194	8,40	0,86	10 367	10 723	9,58	1,03
3	V	Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	726	677	4,76	0,93	4 704	4 892	4,37	1,04
4	III	Nemoci trávicího ústrojí	757	634	4,46	0,84	4 268	4 532	4,05	1,06
5	VI	Nemoci nervové	642	595	4,19	0,93	4 629	4 913	4,39	1,06
6	IV	Nemoci z poruch vým. látkové a žláz s vn. sekr.	207	201	1,41	0,97	1 243	1 408	1,26	1,13
7	IX	Duševní poruchy	163	145	1,02	0,89	1 009	955	0,85	0,95
8	I	Nemoci onkologické	142	138	0,97	0,97	845	1 175	1,05	1,39
9	XI	Nemoci ženské	141	106	0,75	0,75	1 194	1 062	0,95	0,89
10	VIII	Nemoci močového ústrojí	122	99	0,70	0,81	809	681	0,61	0,84
11	X	Nemoci kožní	31	46	0,32	1,48	254	453	0,40	1,78
12		Celkem	15 395	14 214	100,00	0,92	100 724	111 875	100,00	1,11
Komplexní lázeňská péče – děti a dorost										
1	XXV	Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	4 122	3 795	37,53	0,92	119 924	117 282	36,67	0,98
2	XXVI	Nemoci nervové	2 179	1 917	18,96	0,88	76 948	78 035	24,40	1,01
3	XXXI	Nemoci gynekologické	1 444	1 189	11,76	0,82	27 806	27 409	8,57	0,99
4	XXVII	Nemoci pohybového ústrojí	1 329	1 172	11,59	0,88	38 197	40 139	12,55	1,05
5	XXIV	Nemoci z poruch vým. látkové a žláz s vn. sekr.	967	921	9,11	0,95	21 834	26 022	8,14	1,19
6	XXVIII	Nemoci ledvin a cest močových	433	456	4,51	1,05	10 582	12 417	3,88	1,17
7	XXX	Nemoci kožní	379	320	3,16	0,84	10 436	9 684	3,03	0,93
8	XXIII	Nemoci trávicího ústrojí	296	222	2,20	0,75	5 561	5 141	1,61	0,92
9	XXII	Nemoci oběhového ústrojí	112	101	1,00	0,90	2 649	2 965	0,93	1,12
10	XXI	Nemoci onkologické	18	18	0,18	1,00	761	728	0,23	0,96
11	XXIX	Nemoci duševní	2	2	0,02	1,00	42	28	0,01	0,67
12		Celkem	11 281	10 113	100,00	0,90	314 740	319 850	100,00	1,02
Příspěvková lázeňská péče – děti a dorost										
1	XXVI	Nemoci nervové	11	23	42,59	2,09	107	384	52,32	3,59
2	XXVII	Nemoci pohybového ústrojí	7	20	37,04	2,86	66	270	36,78	4,09
3	XXV	Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	2	10	18,52	5,00	13	73	9,95	5,62
4	XXX	Nemoci kožní		1	1,85			7	0,95	
5		Celkem	20	54	100,00	2,70	186	734	100,00	3,95
Úhrnem			100 312	98 130		0,98	1 813 692	1 927 610		1,06

v Koordinační radě. **Zástupci Pojišťovny v Kategorizační komisi** pokračovali v úsilí:

- ▲ o zavádění srovnatelných úhrad (tzv. referenční úhrada) pro léky se stejným nebo podobným účinkem,
- ▲ o hrazení stejných nebo podobných léčebných postupů ve srovnatelné výši a za stejných podmínek,
- ▲ o to, aby se zavedením generických preparátů na trh byly podstatným způsobem snižovány jejich ceny při zachování plné úhrady léčiv nebo rozumného doplatku s ohledem na charakter léčiva,
- ▲ o to, aby uvádění nových léčiv bylo skutečným přínosem pro pacienty a nedělo se bez ohledu na dosavadní terapeutické postupy a bez zvážení farmakoekonomických hledisek.

Za významný krok lze považovat změnu provedenou ve skupině léčivých přípravků pro astmatiky. V této skupině byl zrušen schvalovací proces revizním lékařem a nahrazen stanovením přísných indikačních omezení. Přesto, že se jedná o velmi nákladnou skupinu léčivých přípravků, tento krok ovlivní v pozitivním smyslu dostupnost léků, zejména pro dětské pacienty a současně ovlivní kvalitu a délku jejich života.

Zástupci Pojišťovny přijímali některé výstupy ze závěrečných usnesení Kategorizační komise s obavami, neboť zejména hospodářské důsledky těchto změn nebyly pro Pojišťovnu příznivé.

V roce 2002 nadále pokračovalo úsilí o zajištění jednotného postupu všech okresních pojišťoven u léčiv, jejichž předepsání vyžaduje schválení revizním lékařem nebo kde je potřeba zajistit dostupnost léku za jiných podmínek, než určuje vyhláška MZ ČR. Vypracovaná doporučení byla poskytována i ostatním zdravotním pojišťovnám.

Pojišťovna pokračovala v roce 2002 v **jednání o tzv. „dohodnutých nejvyšších cenách“** (DNC) s výrobcí a dodavateli léčiv. Sjednané dohodnuté nejvyšší ceny nejenže přinášejí významnou úsporu hlavně u léků předepisovaných na recepty (snížení úhrady) a pro pacienty (žádné nebo nižší poplatky), ale také ovlivňují cenovou úroveň léků nakupovaných nemocnicemi i léků volně prodejných. Touto trvalou snahou byly sníženy ceny léčiv o částku přesahující 1 mld. Kč.

V roce 2002 pokračovala Pojišťovna také v zajišťování centrálních nákupů vybraných nákladných léčiv pro léčbu několika druhů závažných onemocnění. Tato léčba je soustředěna ve vybraných odborných centrech, převážně umístěných ve fakultních a dalších velkých nemocnicích. Náklady na tyto nákupy činily v roce 2002 940 mil. Kč. Úspora dí-

ky realizaci nákupů tímto způsobem činí cca 300 mil. Kč.

Erythropoetinem bylo léčeno cca 3500 pacientů na hemodialyzačních střediscích, cca 300 dětí s fenylketonurií a 70 dětí s dědičnými metabolickými chorobami bylo léčeno dietetiky a dalšími preparáty. Léčba deficitu růstu byla pomocí růstových hormonů zajištěna pro cca 300 dětských pacientů, pokračovala i léčba dospělých pacientů po operacích hypofýzy (201 klient Pojišťovny). Dále Pojišťovna hradila léčbu předčasné puberty u cca 60 dětských pojištěnců Pojišťovny. Velmi nákladné je léčení již 9 pacientů s Gaucherovou chorobou, kde náklady na jednoho pacienta představují částku 4-5 mil. Kč. Byl rozšířen počet pacientů léčených interferony pro diagnózu roztroušená mozkomíšni skleróza. Koncem roku bylo pro tuto diagnózu léčeno již 1100 pojištěnců a velká část z léčených pacientů je díky léčbě těmito drahými léky schopna normální pracovní činnosti a jen malá část jich je v částečném nebo úplném invalidním důchodu. Od začátku roku byl centrální nákup rozšířen o lék Remicade, určený pro léčbu cca 150 pacientů s revmatoidní artritidou ve vybraných centrech, a dále o nákup erythropoetinu pro léčbu vybraných onkologických a hematologických diagnóz. Tyto dvě nové položky v centrálních nákupech byly pro Pojišťovnu jedním z možných ekonomicky výhodnějších způsobů naplnění ustanovení vyhlášek MZ ČR č. 458/2001 Sb. a č. 251/2002 Sb.

Významnou činností Pojišťovny bylo i v roce 2002 **zpracování Číselníků VZP ČR:**

- ▲ Hromadně vyráběných léčivých přípravků (HVLP)
- ▲ Individuálně vyráběných léčivých přípravků (IVLP)
- ▲ Prostředků zdravotnické techniky (PZT)
- ▲ Stomatologických výrobků (STOMAG).

Číselníky přinášejí základní informace pro zdravotnická zařízení, distributory a zprostředkované i pro pojištěnce o sortimentu, úhradách a cenách léčiv a PZT na českém trhu. Pojišťovna se trvale snaží podávat prostřednictvím číselníků informace komplexní a včasné. Závislost Pojišťovny na dodání podkladů pro zpracování od jiných subjektů vedla i v roce 2002 zejména u Číselníku HVLP k opožděnému vydávání v tištěné formě. Veškeré informace uvedené v Číselnících jsou pro všechny uživatele Internetu přístupné na webových stránkách Pojišťovny (<http://www.vzp.cz>).

Číselník HVLP obsahuje informace o léčivých přípravcích utříděné podle ATC skupin (tzn. podle účinné látky) i v abecedním pořadí podle názvů přípravků. V jednotlivých ATC skupinách jsou přípravky seřazeny od nejlev-

nějšího k nejdražšímu, zvlášť jsou označeny plně hrazené přípravky a přípravky s dohodnutou nejvyšší cenou. Rozdílem mezi úhradou a orientační cenou je dán maximální možný doplatek pacienta v lékárně. Uváděné údaje umožňují lékaři zvolit vhodný přípravek i s určitou ekonomickou rozvahou (větší balení určená pro chronickou léčbu jsou levnější při přepočtu na denní náklady, generické přípravky bývají většinou bez doplatku oproti originálním atd.) a podat pacientovi informaci o plném hrazení nebo o maximálně možném doplatku.

V roce 2002 pokračovalo – na základě platných smluv mezi Pojišťovnou a registry dárců kostní dřene – **hrazení nákladů spojených s vyhledáváním a dodáním krvevorných buněk od nepříbuzných dárců**. Vyhledávání probíhalo jak v zahraničí, tak i mezi registrovanými dárci v ČR. Nadále probíhalo vyhledávání pro 11 pacientů, u kterých byla žádost podána v roce 2000. K 35 pacientům, u kterých nebyl v průběhu roku 2001 nalezen vhodný dárc, přibýlo v roce 2002 dalších 94 nových pacientů s indikací pro nepříbuzenskou transplantaci krvevorných buněk. Celkový počet pacientů tak dosáhl čísla 140.

Úspěšně se podařilo nalézt, odebrat a dodat krvevorné buňky pro 56 pacientů. 41 vhodných dárců bylo nalezeno v zahraničí, 15 dárců v registrech ČR.

V roce 2002 se výše finančních nákladů vynaložených na **stomatologické výrobky** pohybovala zhruba ve stejné výši jako v předcházejícím roce, protože zůstala zachována cenová hladina kalkulovaných cen za plně hrazené stomatologické výrobky. Zlepšení péče o orální zdraví je motivováno formou bonifikace, individuálně řešené pro jednotlivé věkové kategorie populace.

Po celý rok 2002 pokračovaly ve své činnosti **komise pro přidělování elektrických vozíků** a myoelektrických protéz, kochleárních implantátů a sluchadel a komise pro implantaci neuromodulačních systémů léčby bolesti. Práce v komisích je zaměřena na odborné posouzení oprávněnosti vynakládání finančních prostředků na PZT.

V roce 2002 ve zdravotnických prostředcích na poukaz zůstaly největší nákladovou skupinou absorpční pomůcky pro inkontinenci. Nadále převažuje trend předepisování nákladnějších pomůcek (plenkových kalhotek) v neprospěch vložných plen.

V sortimentu výrobků zvlášť účtovaného materiálu (ZUM) byly vynaloženy největší náklady opět na skupiny zahrnující kardiostimulátory, defibrilátory, elektrody a chlopně a na skupinu prostředků pro intenzivní a invazivní kardiologii. Vzhledem k tomu, že

převážná část zdravotnických pomůcek zařazených v těchto skupinách je hrazena nad rámec paušální sazby, lze předpokládat růst nákladů na tyto skupiny.

4.6 Právní problematika

Také v roce 2002 vymáhala Pojišťovna **náhradu škody** na těch, kteří zaviněným protiprávním jednáním způsobili, že musela vynaložit náklady na péči hrazenou ze zdravotního pojištění (§ 55 zák. č. 48/1997 Sb. v platném znění). Bylo vydáno 12 038 výzev na uhrazení celkové částky 269 609 482 Kč. Protože někteří povinní odmítají dobrovolnou úhradu, bylo podáno 1196 žalob v občanskoprávním řízení o náhradu škody ve výši 19 286 362 Kč. Ve 3674 případech se Pojišťovna připojila jako poškozený k probíhajícímu trestnímu řízení s návrhy na úhradu celkem 51 110 917 Kč.

V občanskoprávních sporech bylo v 411 případech Pojišťovně přisouzeno 2 660 335 Kč, v trestních řízeních bylo vydáno 427 adhezních rozhodnutí na částku 8 146 994 Kč.

Povinné osoby uhradily v r. 2002 celkem 202 650 325 Kč. Z toho částka 1 194 653 Kč byla získána z 849 probíhajících exekucí a částka 81 204 Kč pak ze 73 opakovaných exekucí.

V agendě vymáhání dlužného pojistného, penále, pokut a přírážek k pojistnému zahájila Pojišťovna v r. 2002 75 136 správních řízení. Bylo podáno 136 080 návrhů na výkon rozhodnutí (z toho 26 587 opakovaně) na pohledávky v celkové výši 3 126 227 780 Kč. Úhrady ze správního řízení a vymáhání činily 1 352 643 942 Kč.

V roce 2002 podala Pojišťovna soudům 207 návrhů na **prohlášení konkurzu na plátce pojistného**, kteří dlužili 237 917 358 Kč. V 1717 případech se pak VZP přihlásila jako věřitel v již zahájeném konkurzním řízení s celkovými nároky ve výši 1 226 629 720 Kč.

Proti plátcům pojistného bylo **zahájeno 559 trestních řízení** pro trestný čin neodvedení pojistného na zdravotní pojištění. Přitom ve 162 případech bylo toto trestní řízení zahájeno přímo na podnět Pojišťovny.

Institut smířčího jednání jako možnost řešení smluvních sporů mimosoudní cestou našel opodstatnění i v roce 2002. V roce 2002 bylo poskytovateli zdravotní péče podáno celkem 28 návrhů na projednání sporu ve smířčím jednání, což je stejný počet jako v předchozím roce. Na základě podaných návrhů se uskutečnilo 22 smířčích jednání, z toho dvě v roce 2003. V pěti případech se smířčí jednání nekonala, větší-

nou z důvodu vzetí návrhu na projednání sporu zpět. Jedno smírčí jednání dosud neproběhlo.

Největší počet smírčích jednání se týkal ne-souhlasu poskytovatelů zdravotní péče se závěry revizních zpráv a s uplatněním regulací podle § 41 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Z celkového počtu usku-tečněných smírčích jednání jich 15 skončilo dohodou a v 7 případech k dohodě nedošlo.

Pro účely projednávání sporů ve smírčím jednání zpracovala Pojišťovna již v roce 2001 návrh „Jednacího řádu smírčího jednání“, který vychází z vyhlášky č. 457/2000 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy. Návrh byl v uplynulém roce několikrát upravován na základě obdržených připomínek k němu. Účinnosti nabyl od 1. 4. 2003.

Rok 2002 znamenal pro Pojišťovnu **nárůst nové agendy**, týkající se realizace nově uzavíraných smluv o sociálním zabezpečení, jejichž součástí je vzájemné poskytování zdravotní péče pojištěncům při jejich pobytu na území druhého smluvního státu. K dřívějším smlouvám se Slovenskem, Chorvatskem, Lucemburskem a Rakouskem přibýly smlouvy s Německem, Izraelem a Jugoslávií. Především smlouva se Spolkovou republikou Německo a speciální úprava, týkající se příhraničních pracovníků (pendlerů), znamenala pro naše okresní pojišťovny mimořádné zatížení. Stovky pendlerů se odhlásily z titulu zaměstnání v Německu z veřejného zdravotního pojištění a zaregistrovaly se u Pojišťovny jako u „výpomocné instituce“, která musí hradit veškerou zdravotní péči, která je jim v ČR poskytována, a čtvrtletně ji přeučtovávat prostřednictvím Centra mezistátních úhrad příslušné nemocenské pokladně ve Spolkové republice Německo. Problémy se vyskytly i v realizaci smlouvy se Slovenskem, kde nebyly slovenskou stranou stanoveny ceny nutné a neodkladné péče v lůžkových zařízeních, takže docházelo k neúměrně vysoké fakturaci ze strany slovenských nemocnic.

Velmi se osvědčila **činnost Centra mezi-státních úhrad**, které jako sdružení právnických osob založily zdravotní pojišťovny v roce 2001. Centrum mezistátních úhrad kromě přeučtování péče mezi zdravotními pojišťovnami a zahraničním zabezpečilo informovanost pojištěnců i zdravotnických zařízení, spolupracovalo se sdělovacími prostředky, podílelo se na přípravě uzavírání nových smluv i správních ujednání k nim, sjednalo a uzavřelo dohody se zahraničními styčnými místy k praktické realizaci smluv, zabezpečilo překlady a tisk formulářů používaných s jednotlivými státy a zásadním způsobem se podílí na přípravě na vstup do Evropské unie.

Do přípravy na vstup do Evropské unie se intenzivně zapojila i Pojišťovna. Byl ukončen **projekt Phare** – Implementace koordinač-

ních Nařízení EU (nařízení 1408/71 a 574/72) a zapojili jsme se do twinningového projektu EU Phare Testování připravenosti na zavedení práva sociálního zabezpečení ES. Kromě práce v řídicím a koordinačním výboru se 20 pracovníků Pojišťovny účastní přímého testování zkušebních případů. Pro potřeby všech okresních pojišťoven byly zabezpečeny studijní materiály, příslušná nařízení i formuláře.

4.7 Smluvní politika

V roce 2002 byly se zdravotnickými zařízeními uzavírány smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, jejichž znění bylo ve vazbě na vyhlášku MZ č. 457/2000 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, dohodnuto se zastupci devíti segmentů poskytovatelů zdravotní péče. Jedná se o individuální smlouvy se zdravotnickými zařízeními:

1. poskytovacími zdravotní péči praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost,
2. poskytovacími ambulantní specializovanou péči a péči ženských lékařů (odbornost 603–604), s výjimkou zdravotnických zařízení poskytujících fyzioterapii (odbornost 902–918), ergoterapii a klinickou logopedii,
3. poskytovacími ambulantní péči zubních lékařů,
4. poskytovacími zdravotní péči v nemocnicích, odborných léčebných ústavech, odborných dětských léčebnách a ozdravovnách a léčebnách dlouhodobě nemocných,
5. poskytovacími diagnostickou péči (odbornosti 222, 801–805, 807, 812–823, 809),
6. poskytovacími domácí zdravotní péči, fyzioterapii (odbornost 902–918), ergoterapii a klinickou logopedii,
7. poskytovacími zdravotnickou záchrannou službu a dopravu,
8. lékárenské péče,
9. poskytovacími lázeňskou péči.

Smlouvy se staly významným nástrojem se sjednocení závazkových vztahů. Pro poskytovatele zdravotní péče se shodným či srovnatelným plněním vytvářejí rovné podmínky, což napomáhá dalšímu zkvalitňování a stabilizaci smluvních vztahů mezi zdravotnickými zařízeními a Pojišťovnou. V roce 2002 byly uzavírány příslušné smlouvy jen se zdravotnickými zařízeními nově vstupujícími do smluvního vztahu s Pojišťovnou, neboť s účinností od 1. 7. 2001 byly smlouvy se stávajícími smluvními zdravotnickými zařízeními uzavřeny převážně na období pěti let.

V návaznosti na smlouvy uzavřené se zdravotnickými zařízeními a vzhledem k nabytí

účinnosti zákona č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a změně některých souvisejících zákonů, který upravuje požadavky na výrobu, schvalování, předepisování, výdej, používání, servis aj. zdravotnických prostředků, bylo nutné upravit právní režim smluv uzavřených s dodavateli zdravotnických prostředků. Se zastupci těchto jiných subjektů bylo dohodnuto znění smluv, obsahujících obdobné podmínky, jaká mají zdravotnická zařízení.

K realizaci smluvních vztahů s jinými smluvními subjekty byly dohodnuty následující smlouvy:

1. Smlouva o dodání, úhradě a provádění cirkulace zdravotnických prostředků,
2. Smlouva o dodání a úhradě individuálně vyráběných léčebných a ortopedicko protetických pomůcek,
3. Smlouva o poskytování a úhradě brýlí a optických pomůcek,

4. Smlouva o poskytování a úhradě sluchadel včetně příslušenství,
5. Smlouva o dodání a úhradě zdravotnických prostředků.

Aktualizována byla i smlouva o úhradě za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, tzv. zvláštní smlouva, uzavíraná s lékaři v souladu s § 17 zákona č. 48/1997 Sb.

Komentář k tabulce 12 Výroční zprávy

Ambulantní zdravotnická zařízení

Do kategorie ambulantní specialisté jsou zařazeny i odbornosti vysokoškoláků nelékařů.

Do kategorie ostatních ambulantních pracovišť jsou zařazeny i odbornosti středoškoláků neuvedené jinde.

Nejsou zde zahrnuty příjmové ambulance (příloha CB).

Tabulka č. 12 – Soustava smluvních zdravotnických zařízení Pojišťovny

Kategorie smluvních zdravotnických zařízení	Počet ZZ k 31. 12. 2002
Ambulantní zdravotnická zařízení (ZZ)*	33 638
z toho:	
Praktický lékař pro dospělé (odb. 001)	5 549
Praktický lékař pro děti a dorost (odb. 002)	2 420
Praktický zubní lékař (odb. 014–015, 019)	6 392
Odborní lékaři celkem	15 250
Home care (odb. 925)	567
Rehabilitační ZZ (odb. 902 a 918)	1 439
ZZ komplementu (odb. 222, 801–805, 809, 812–823)	1 996
Ostatní ambulantní pracoviště	25
Lůžková ZZ celkem **	287
z toho:	
Nemocnice	169
OLÚ (kromě LDN a ZZ vykaz. výhradně kód OD 00005)	45
v tom: psychiatrické	15
rehabilitační	8
TRN	4
ostatní	18
LDN (samost. ZZ vykaz. kód OD 00024)	46
v tom: samostatná ZZ vykaz. výhradně kód OD 00005	0
LDN začleněné v rámci jiného ZZ	82
ZZ vykaz. kód 00005 – ošetrovatelská lůžka	58
v tom: samostatná ZZ	15
začleněná v rámci jiného ZZ	43
Lázně **	53
Ozdravovny**	9
Dopravní zdravotní služba *	554
Záchraná služba (odb. 709)	176
Lékárny a výdejny zdravotnických prostředků **	2 095
OSTATNÍ smluvní ZZ	30

* smluvní ZZ jsou definována IČP

** smluvní ZZ jsou definována IČO

MT/16/02-SmluvZZ

Nemocnice

Jsou lůžková zařízení akutní péče ve znění vyhlášky MZ ČR 101/2002 Sb., mající odbornost .H. (standardní lůžková péče), .I. (intenzivní a resuscitační lůžková péče), .F. (standardní lůžková péče ve fakultních a dřívějších krajských nemocnicích), .T. (intenzivní a resuscitační lůžková péče u zařízení, která ve standardní péči mají typ F) a mající alespoň jeden z těchto základních oborů: 1_1 interní lékařství, 3_1 pediatrie, 5_1 chirurgie, 6_3 gynekologie a porodnictví.

Ostatní smluvní zařízení

Do této skupiny jsou zařazena smluvní lůžková zařízení akutní péče, mající odbornost .H. (standardní lůžková péče), .I. (intenzivní a resuscitační lůžková péče), .F. (standardní lůžková péče ve fakultních a dřívějších krajských nemocnicích), .T. (intenzivní a resuscitační lůžková péče u zařízení, která ve standardní péči mají typ F), která nemají alespoň jeden ze základních oborů 1_1 interní lékařství, 3_1 pediatrie, 5_1 chirurgie, 6_3 gynekologie a porodnictví.

OLÚ

Lůžková zařízení poskytující jinou než odbornou akutní lůžkovou péči, která mají odbornost .U. (dlouhodobá léčebná a rehabilitační ústavní péče) kromě 9U7 (pracoviště ústavní následné péče v LDN).

OLÚ TRN – mající odbornost 2U5 (pracoviště dlouhodobé lůžkové ústavní péče TRN) a ošetřovací den typu 00023, 00028.

OLÚ REH – mající odbornost 2U1 (pracoviště dlouhodobé lůžkové ústavní rehabilitační péče) a ošetřovací den typu 00022, 00027.

OLÚ PSYCH – mající odbornost 3U5 (pracoviště dlouhodobé ústavní lůžkové péče psychiatrické), 3U6 (pracoviště dlouhodobé ústavní lůžkové péče psychiatrické pro děti), 3U7 (dlouhodobá ústavní péče gerontopsychiatrická), 3U8 (pracoviště dlouhodobé léčby alkoholismu a jiných toxikomanií) a ošetřovací den typu 00021, 00026.

OLÚ ostatní – všechna IČO s ošetřovacím dnem typu 00029 nebo 00024 včetně odbornosti 9U7, pokud šlo o kombinaci s ostatní léčbou (čtyři IČO) a IČO s více než jednou odborností .U.

LDN

Lůžková ZZ (IČO) mající odbornost 9U7 (pracoviště ústavní následné péče v LDN) a vykazující kód ošetřovacího dne 00024.

Samostatná LDN – jedná se o IČO (subjekt) mající pouze odbornost 9U7 (pracoviště ústavní následné péče v LDN).

Začleněná LDN – jedná se o IČO (subjekt) mající pracoviště 9U7 (pracoviště

ústavní následné péče v LDN) a další pracoviště lůžkové péče.

LDN jako **samostatná ZZ** vykazující výhradně **kód 00005** neexistují.

Ošetřovatelská lůžka (00005)

Lůžková ZZ mající odbornost 9H9 (pracoviště ústavní péče na ošetřovatelském lůžku), 9F9 (pracoviště ústavní péče na ošetřovatelském lůžku v zařízeních vykazujících typ .F.) a ošetřovací den 00005.

Samostatná – jedná se o IČO (subjekt) mající pouze odbornost 9H9 (pracoviště ústavní péče na ošetřovatelském lůžku).

Začleněná – jedná se o IČO (subjekt) mající pracoviště 9H9 (pracoviště ústavní péče na ošetřovatelském lůžku) nebo 9F9 (pracoviště ústavní péče na ošetřovatelském lůžku v zařízeních vykazujících typ F) a další pracoviště lůžkové péče.

Lékárny a výdejny zdravotnických prostředků

Do skupiny jsou zahrnuty lékárny, výdejny léčiv a oční optici. Nejsou zde zahrnuty výdejny PZT, protože je nelze oddělit od výrobců a distributorů.

Nejsou zde uvedeny nemocniční lékárny.

Lázně

Do počtu lázní je zařazeno i pět smluvních subjektů ze Slovenské republiky.

4.8 Další činnosti a služby

4.8.1**Využívání fondu prevence a podpora správného způsobu života**

Fond prevence Pojišťovny byl zřízen v souladu s ustanovením § 7, odst. 2, písm. b) zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. Využití finančních prostředků fondu prevence je zaměřeno na podporu a realizaci zdravotních opatření a programů, které zlepšují zdravotní péči o pojištěnce Pojišťovny a spolupůsobí proti vzniku jejich onemocnění nebo proti zhoršování jejich zdravotního stavu. O čerpání fondu prevence rozhodovaly v roce 2002 dle schválených pravidel komise Správní rady Ústřední pojišťovny pro fond prevence, zdravotní komise Správní rady Ústřední pojišťovny a správní rady okresních pojišťoven.

V roce 2002 přispěla Pojišťovna z fondu prevence indikovaným chronicky nemocným dětem na léčebné **pobyty u moře**, pořádané pod názvem „Mořský koník 2002“. Zdravotními indikacemi k účasti dítěte na lé-

čebných pobytech byly diagnózy: psoriáza všech forem, atopický ekzém, bronchiální astma, chronická obstruktivní plicní nemoc, alergická onemocnění horních cest dýchacích a chronický zánět vedlejších nosních dutin. Léčebných pobytů se zúčastnilo ze 6876 přihlášených celkem 5849 dětí, z toho 2672 v Chorvatsku a 3177 v Řecku.

V roce 2002 pokračovaly **pilotní projekty** zahájené v roce 2001 a byly připraveny i další pilotní projekty Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, které jsou zaměřeny na oblast primární, sekundární a terciární prevence a na ověřování nových technologií. Jejich cílem je nejen předcházení nemocem, ale i včasný záchyt, účelná léčba a prevence progresu či recidivy nemocí již vzniklých. Prověřované nové technologie představují nejen vyšší kvalitu poskytované zdravotní péče a vyšší kvalitu života klientů, ale jsou ve svém důsledku i ekonomicky efektivní. Vzhledem ke klíčovému postavení Pojišťovny může z jejich výsledků čerpat celý systém zdravotní péče a zdravotního pojištění v ČR.

V roce 2002 pokračovala ve **spolupráci s vybranými smluvními zdravotnickými zařízeními** realizace projektů zaměřených na léčbu chronické bolesti neonkologického původu, optimální realizaci mammografického screeningu a na operace hemoroidů Longovou metodou.

Záměrem projektu směřovaného na léčbu **chronické bolesti neonkologického původu** bylo posouzení skutečných nákladů zdravotnického zařízení na provoz stacionáře pro léčbu chronické bolesti neonkologického původu a stanovení reálné výše úhrady této zdravotní péče. Informace získané v rámci tohoto pilotního projektu budou využity pro definování tohoto typu zdravotní péče.

Cílem pilotního projektu **mammografického screeningu** bylo objektivní ověření oprávněnosti využití specializovaných jednotek integrované mamární diagnostiky pro včasnou a kvalitní diagnostiku nádorového onemocnění prsu oproti tendencím směřujícím k nekoordinovanému celoplošnému mammografickému screeningu.

V rámci tohoto pilotního projektu prosazovala Pojišťovna aspekty odbornosti, komplexnosti poskytovaných výkonů, rychlosti procesu a logických vazeb mezi jednotlivými postupy. Platila zde zásada maximální šetrnosti vůči pacientkám, mimo jiné i v odstranění zbytečných časových prodlev, které způsobují zbytečnou psychickou zátěž, stres a pocit nejistoty pacientky se všemi souvisejícími negativními projevy.

Ministerstvo zdravotnictví udělilo do konce roku 2002 osvědčení k provádění mammografického screeningu 42 pracovištím, která splňují podmínky prověřované v tomto pilotním projektu VZP ČR.

Záměrem projektu **operace hemoroidů Longovou metodou**, který probíhal do konce roku 2002, bylo ověření předpokladu, že nový, primárně nákladnější operační postup je dlouhodobě efektivnější variantou klasických operačních postupů. Byla sledována a ověřována indikační kritéria, bezpečnost provedení zákroku, případný výskyt komplikací a recidiv, spotřeba analgetik, pooperační komfort pacienta a další aspekty související s provedením operace Longovou metodou.

Ve 2. pololetí 2002 byl zahájen pilotní **projekt Kvantitativní stanovení C-reaktivního proteinu (CRP)** v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost s použitím přístroje Quick-Read CRP firmy Orion Diagnostica, jehož cílem je ověřit, zda používání stanovení CRP v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost při diferenciální diagnostice akutních virových a bakteriálních infekcí u dětí a dospívajících povede k racionálnější indikaci antibiotické léčby a ke snížení nákladů na ni.

V posledním čtvrtletí 2002 byl zahájen pilotní **projekt Analgezie v hospicové péči** terminálně onkologicky nemocných, jehož záměrem je zmapování možnosti účinného a účelného využívání metod analgezie u terminálně onkologicky nemocných v hospicové péči.

V roce 2002 Pojišťovna poskytovala podporu rovněž zdravému způsobu života, především propagací masovější účasti pojištěnců na **sportovně preventivních akcích**. Z nich je třeba vyzvednout tradičně úspěšný Běh Terryho Foxe, který se konal na 214 místech po celé ČR a zúčastnilo se ho téměř 75 tis. lidí. Svými dobrovolnými vklady přispěli na výzkum rakoviny částkou přes 2,5 mil. Kč.

Již tradiční a nedílnou součástí závodů Českého běžeckého poháru a velkou přehlídkou kondičního sportu se staly lidové běhy pod názvem Běháme pro zdraví s VZP ČR. Cílem je získat co největší počet lidí bez rozdílu věku pro pohybové aktivity. Lidové běhy se konaly na 10 místech v České republice s účastí přes 5 tis. dětí a dospělých.

V rámci 10. výročí vzniku Pojišťovny se uskutečnila ve všech okresech republiky sportovně preventivní akce s názvem **Týden s VZP**, které se zúčastnilo přes 60 tis. lidí. Týden plný sportu, zdravotně preventivních akcí a přednášek pozitivně přispěl ke zvýšení image Pojišťovny.

V rámci podpory prevence a péče o zdraví – s využitím prostředků a metod zdravotnické osvěty – byly v roce 2002 vydány další dvě **publikace**. První z nich byla věnována zásadám správného kojení a druhá prevenci onemocnění ledvin. Počet vydaných a bezplatně šířených titulů tak stoupl na 17. Pokračovala spolupráce s Českou televizí, která odvysílala, za našeho přispění, **seriál pro děti** „Artur a pan Meloun“, zaměřený na upevňování zá-

kladních informací o zdraví, hygieně a lidském těle, a začala vysílat **seriál** „Co mohu pro sebe udělat, aneb jak zůstat ženou“ věnovaný především problematice gynekologie.

Pro lepší informovanost pojištěnců byly vydávány aktualizované **informační letáky**. V rámci projektu Péče o klienty jsme vydali brožurku pro maminky, která podrobně informuje o poskytované a Pojišťovnou hrazené zdravotní péči o dítě, a leták o nárocích a povinnostech matky po narození dítěte. Koncem roku 2002 bylo obnoveno **vydávání časopisu pro pojištěnce**. Pro informování odborné veřejnosti sloužil, stejně jako v předchozích letech, Zpravodaj VZP ČR, distribuovaný 6x ročně smluvním partnerům.

4.8.2

Poskytování další zdravotní péče – plánovaná péče v zahraničí

V roce 2002 hradila Pojišťovna ve výjimečných případech zdravotní péči pro své pojištěnce v zahraničí. Při povolování úhrady této péče postupovala dle pro tyto účely vypracované metodiky a zároveň v souladu s platnými mezinárodními smlouvami, které vstoupily v platnost v roce 2001 a 2002. Již v roce 2001 vstoupila v platnost Smlouva mezi Českou a Slovenskou republikou o poskytování a úhradě zdravotní péče, která legislativně zakotvuje možnost povolení a úhrady plánované zdravotní péče pro české občany na území Slovenské republiky. Povolení plánované péče v zahraničí umožňují i Smlouvy o sociálním zabezpečení mezi Českou republikou a Rakouskem, Spolkovou republikou Německo, Chorvatskem a Jugoslávií.

V průběhu roku 2002 bylo zdravotnickými zařízeními, případně klienty Pojišťovny, požádáno o úhradu zdravotní péče v zahraničí ve 40 případech. Z tohoto počtu byla úhrada v patnácti případech odmítnuta vzhledem k tomu, že při projednávání žádosti bylo zjištěno, že požadovanou péči lze poskytnout ve zdravotnických zařízeních v ČR, nebo se jednalo o požadavek zpětné úhrady předem nepovolené péče v zahraničí, případně se jednalo o požadavek úhrady dlouhodobé péče o chronicky nemocné pacienty.

Ve spektru povolených žádostí na úhradu zahraniční péče byly standardně povolovány především požadavky na genetická a enzymatická vyšetření. Vzhledem k tomu, že se jedná o vyšetřovací metody u vzácně se vyskytujících chorob, které se v ČR zatím neprovádějí, byly všechny žádosti v celkovém počtu 14 vyřízeny kladně.

Z finančně náročných péčí bylo ve 2 případech požádáno o schválení orgánové transplantace. V prvním případě se jednalo o transplantaci jater a ve druhém o transplantaci srdce a plic,

v obou případech u dětí. Ve 3 případech bylo povoleno pokračování v léčbě, která byla zahájena v zahraničí již v roce 2001. Vzhledem k tomu, že léčebný zákrok bylo třeba u těchto pacientů provést v několika etapách, bylo povoleno jeho opakování. Konkrétně se jednalo o odstranění závažné cévní malformace, operační řešení likvorey a vzácné oční operace.

U zbývajících počtu případů povoleného léčení v zahraničí se jednalo o hospitalizaci v odborném ústavu na Slovensku, který má zavedenu specializovanou metodu léčby psychiatrických pacientů, povolení vícečetných chronických hemodialýz na Slovensku, kontrolu v zahraničí po ložské transplantaci jater v SRN a výkon odstranění materiálu po provedené osteosyntéze v zahraničí, pro který nebylo v ČR vhodné instrumentarium. Ve 3 případech požadované léčby v zahraničí z konce roku 2002 nebylo dosud ukončeno povolovací řízení.

4.8.3

Smluvní zdravotní pojištění a připojištění

V roce 2002 Pojišťovna pokračovala v ustálené nabídce vlastních pojistných produktů smluvního zdravotního pojištění a připojištění. Těmito produkty jsou:

- ▲ Smluvní zdravotní pojištění osob s dlouhodobým pobytem na území ČR
- ▲ Smluvní zdravotní pojištění osob s krátkodobým pobytem na území ČR
- ▲ Cestovní zdravotní připojištění při pobytu v cizině.

Pro realizaci smluvního zdravotního pojištění v tomto roce nebyly plánovány žádné významné koncepční změny. Větší pozornost byla věnována průběhu pojistného plnění, otázkám uzavírání pojistných smluv v zastoupení, zániku pojištění a úhradám předepsaného pojistného.

V rámci cestovního zdravotního připojištění byla pro pojištěnce Pojišťovny, bezpříspěvkové dárce krve, rozšířena nabídka jeho bezplatného sjednání na 35 dnů celkem za kalendářní rok o doplňkové pojištění. Smluvní partneři – Česká podnikatelská pojišťovna, a. s., a Hasičská vzájemná pojišťovna, a. s., se připojili k této službě Pojišťovny a rozšířili její současnou nabídku o bezplatné pojištění úrazu, zavazadel a odpovědnosti za škodu.

Nově byla zpracována **pro bezpříspěvkové dárce krve** – pojištěnce Pojišťovny varianta ročního cestovního pojištění na opakované krátkodobé pobyty v zahraničí za zvýhodněnou pojistnou sazbu, opět s možností doplnění o pojistné produkty smluvních partnerů na kompletní cestovní pojištění.

V každém čtvrtletí roku 2002 ve stanoveném termínu měli pojištěnci Pojišťovny příležitost

sjednat za výhodnou speciální pojistnou sazbu cestovní zdravotní připojištění rodinného typu nazvané „roční rodinný paušál“. Mimořádná nabídka byla určena **rodičům a jejich nezaopatřeným dětem**, rodina je pojištěna sjednáním jediné pojistné smlouvy na pojistnou dobu 365 dní. Během této doby lze pojištění využít na společné i jednotlivé krátkodobé pobyty, soukromé, turistické i pracovní, služební.

Součástí mimořádné nabídky rodinám, pojištěncům Pojišťovny, bylo též sportovní roční rodinné pojištění „Univerzal“.

V průběhu roku 2002 bylo nezbytné na základě zhodnocení celkového a zejména dílčího škodního průběhu u dlouhodobých pojistných smluv typů pojištění do USA upravit pojistné sazby. **Pojistné sazby** na pojistnou dobu delší než 90 dnů se s účinností od 15. července sjednotily s pojistnými sazbami koncipovanými pro pracovní cesty, neboť většina dlouhodobých pobytů tento charakter ve skutečnosti měla a s tím bylo spojeno vyšší riziko vzniku pojistné události i vyššího pojistného plnění.

V průběhu celého roku 2002 platila **speciální pojistná sazba** cestovního zdravotního připojištění pro provozovatele smluvních zdravotnických zařízení, pro pojištěnce Pojišťovny, kteří jsou současně účastníky penzijního fondu Credit Suisse Life & Pensions či klienty Raiffeisen stavební spořitelny.

Na základě opakovaných prezentací pojistného produktu „Pojištění odpovědnosti provozovatele zdravotnického zařízení za škodu“ odborné zdravotnické veřejnosti byl koncem roku zaznamenán na pracovištích Pojišťovny téměř stoprocentní nárůst v počtu uzavřených pojistných smluv. Tuto **zprostředkovatelskou činnost** vykonává Pojišťovna pro své smluvní partnery.

Převaha koncepční, metodické a koordinační činnosti byla od druhé poloviny roku 2002 nasměrována na přípravu a vlastní realizaci nového pojistného produktu z oblasti zdravotního připojištění. Jednalo se o **pojištění zahrnující rizika spojená s hospitalizací, pracovní neschopností, úrazem** do nedílného celku, a to ve vzájemné spolupráci Pojišťovny se smluvními partnery ČPP, a. s., a HVP, a. s.

Koordinací metodických postupů, provázaností všeobecných pojistných podmínek, zajištěním administrativně technického vybavení, zpracováním ekonomických a marketingových náležitostí při součinnosti všech smluvních partnerů bylo možné uvést na pojistný trh Zdravotní připojištění VZP ČR, které zahrnuje následující **typy neživotního pojištění**:

- ▲ Smluvní zdravotní pojištění pro případ hospitalizace – vlastní pojistný produkt Pojišťovny
- ▲ Pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti – vlastní pojistný produkt ČPP, a. s.

- ▲ Pojištění osob pro případ úrazu – vlastní pojistný produkt HVP, a. s.

Zdravotní připojištění poskytuje klientovi širokou pojistnou ochranu s možností volby výše odškodnění ve třech úrovních s poskytnutím služeb asistence Pojišťovny. Je určeno osobám v zaměstnaneckém poměru a osobám samostatně výdělečně činným, s trvalým pobytem na území ČR, ve věku od 18 do 60 let.

Pro hodnocení činnosti Pojišťovny v oblasti smluvního zdravotního pojištění a připojištění jsou důležité údaje o počtech pojištěných osob, předepsaném – vybraném pojistném, výši pojistného plnění. Rozhodujícím ukazatelem je **hospodářský výsledek**, jímž je v roce 2002 zisk ve výši 50,3 mil. Kč.

Mírný pokles ve výnosech v porovnání s r. 2001 vznikl poklesem u vybraného pojistného z cestovního pojištění a smluvního pojištění osob s krátkodobým pobytem na území ČR, což lze spojovat se srpnovými záplavami a povodněmi. Přímá souvislost s omezením cestovního pojištění je i s nabytím platnosti dalších mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení, jejichž součástí je i poskytování a úhrada zdravotní péče (Chorvatsko, Spolková republika Německo).

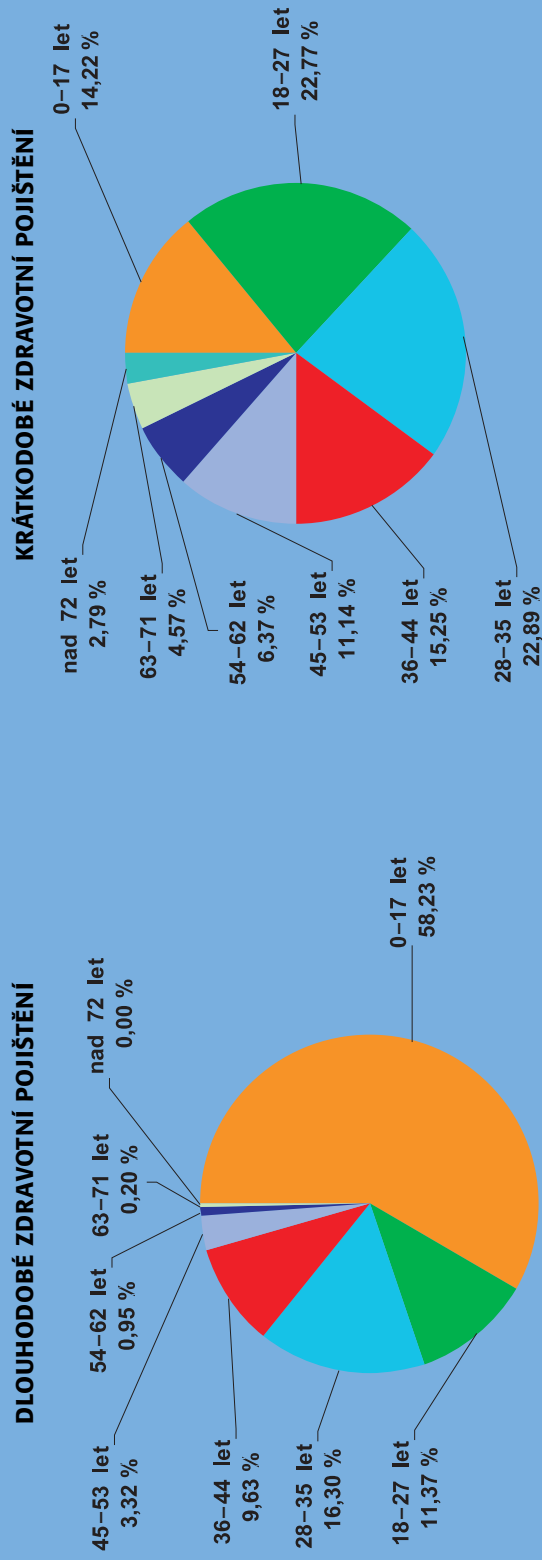
Faktory a skutečnosti ovlivňující výslednou bilanci jednotlivých pojistných produktů za rok 2002 a rozhodování o další obchodní strategii jsou zachyceny v grafech č. 1 až 4. Lze v nich sledovat narůstající nevyváženost ve věkové struktuře u smluvního zdravotního pojištění osob s dlouhodobým pobytem na území ČR, s převahou věkové kategorie 0–17 let, rozdílně je tomu u smluvního zdravotního pojištění osob s krátkodobým pobytem na území ČR (graf č. 1).

Měsíční výkyvy v počtu pojištěných osob jsou patrné spíše u smluvního zdravotního pojištění pro krátkodobé než dlouhodobé pobyty (graf č. 2).

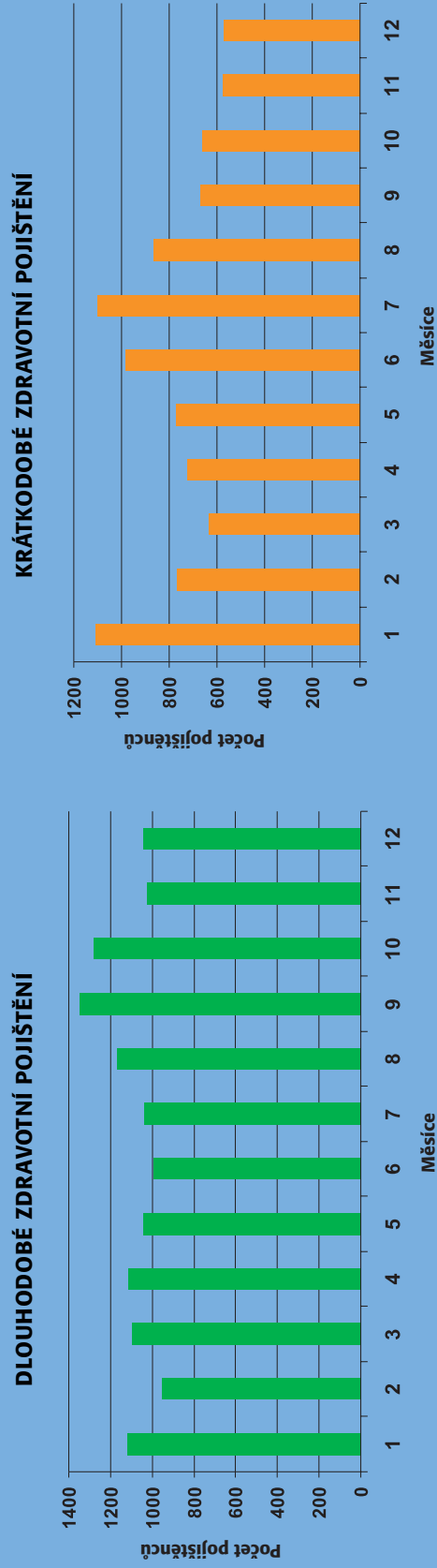
Grafy zpracované z údajů o cestovním zdravotním připojištění vypovídají o poměru v ukazatelích předepsaného pojistného a pojistném plnění pro územní oblast „Evropy“ a „Světa“. Podtrhují nutnost provedené úpravy pojistných sazeb pro pobyty v USA, které mají nejvyšší zastoupení v počtu pojistných smluv z oblasti „Světa“ (graf č. 3). Dále znázorňují, jaký objem z celku podle druhu pobytu (krátkodobé pobyty, dlouhodobé pobyty, roční opakované pobyty, celoroční pobyty) představuje předepsané pojistné a jaký objem z celku podle stejného kritéria představuje počet pojištěnců.

Důležitou obchodní strategií je získávání klientů se zájmem o celoroční pobyty, neboť i při téměř nepatrném strukturálním početním zastoupení mají podstatné zastoupení co se týče struktury v předepsaném pojistném (graf č. 4).

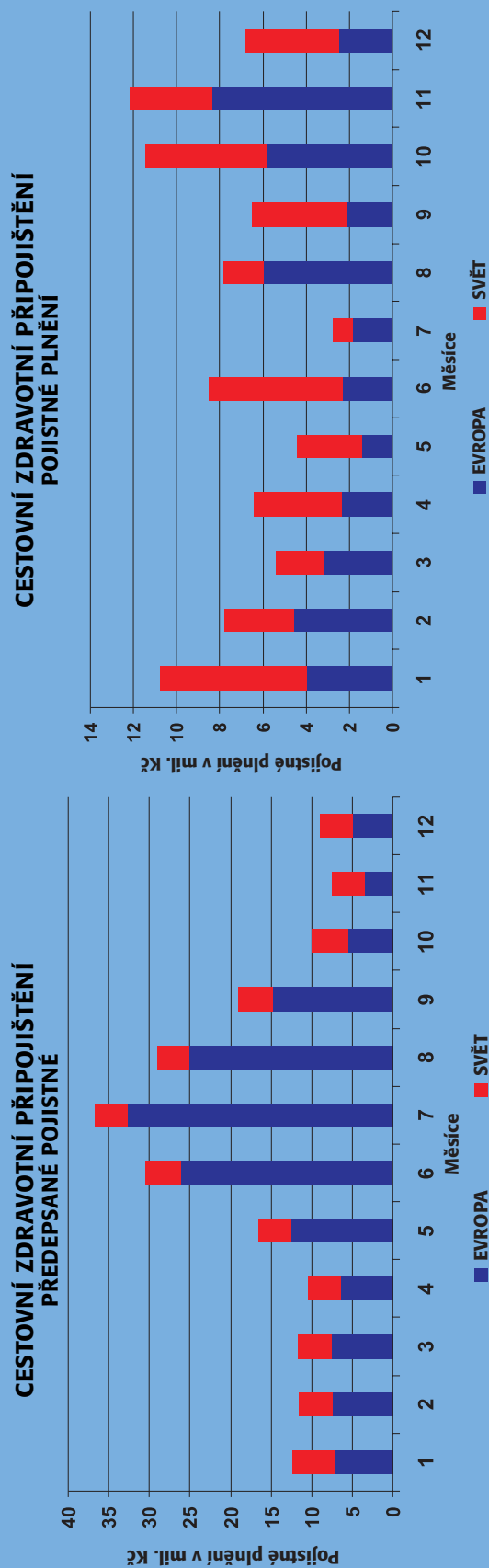
Graf č. 1 – Počet pojistěnců smluvního zdravotního pojištění dle věku pojistěnců



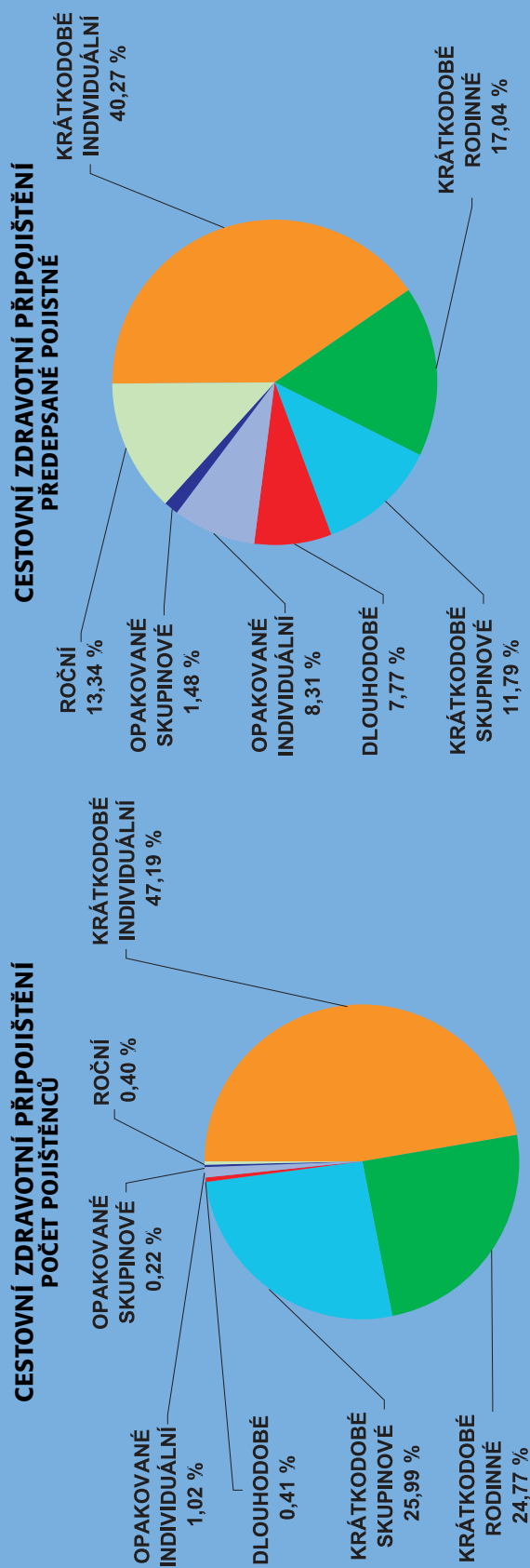
Graf č. 2 – Počet pojistěnců smluvního zdravotního pojištění dle časového průběhu



Graf č. 3 – Cestovní zdravotní připojištění – přehled vývoje předepsaného pojistného a pojistného plnění



Graf č. 4 – Cestovní zdravotní připojištění – přehled struktury počtu pojistníků a předepsaného pojistného u jednotlivých druhů pobytu





POJIŠTĚNCI POJIŠŤOVNY A JEJICH POHYB

5.1 Pojištěnci Pojišťovny

V souladu s vymezením daným platným zněním zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, byly v roce 2002 **účastníky všeobecného zdravotního pojištění:**

- ▲ osoby, které měly na území České republiky trvalý pobyt (bez ohledu na státní občanství);
- ▲ cizinci s přiznaným statutem „azylant“;
- ▲ osoby, které na území ČR neměly trvalý pobyt, ale byly zaměstnány u zaměstnavatele se sídlem na území České republiky, pokud byly z tohoto vztahu účastny nemocenského pojištění podle předpisů o nemocenském pojištění.

Z celkového počtu 10 314 865 osob (z čehož bylo 10 172 348 občanů České republiky a 142 517 cizích státních příslušníků), **které byly ke dni 31. prosince 2002 účastníky veřejného zdravotního pojištění v České republice, bylo u Pojišťovny pojištěno celkem**

6 956 348 osob,

což je 67,4 % ze všech účastníků.

Z uvedeného počtu pojištěnců Pojišťovny k 31. 12. 2002 bylo:

- ▲ 6 833 932 osob občany České republiky a 122 416 osob cizími státními příslušníky;
- ▲ 3 403 169 mužů a 3 553 179 žen.

Počty pojištěnců i jejich věková skladba se v průběhu roku 2002 měnily, **v průměru bylo u Pojišťovny v roce 2002 pojištěno:**

- ▲ 7 045 953 pojištěnců, to je 68,2 % ze všech pojištěnců veřejného zdravotního pojištění,
- ▲ z toho bylo v průměru:
 - ▲ 3 441 109 mužů, to je 68,1 % ze všech mužů pojištěných v celém systému veřejného zdravotního pojištění,
 - ▲ 3 604 844 žen, to je 68,4 % ze všech žen pojištěných v celém systému veřejného zdravotního pojištění.

Z uvedeného průměrného počtu mužů a žen bylo u Pojišťovny pojištěno:

- ▲ **ve věku do 20 let** 1 475 308 osob, to je 64,3 % ze všech pojištěnců uvedeného věku v celém systému veřejného zdravotního pojištění, z toho 757 108 mužů, to je 64,3 % ze všech mužů uvedeného věku,

a 718 200 žen, což je 64,2 % ze všech žen uvedeného věku;

- ▲ **ve věku od 20 let do 69 let** 4 704 637 osob, to je 67,1 % ze všech pojištěnců uvedeného věku, z toho 2 374 086 mužů (67,8 % ze všech mužů v daném věku) a 2 330 551 žen (66,4 % ze všech žen v daném věku);
- ▲ **ve věku nad 70 let** 866 008 osob, to je 84,9 % ze všech pojištěnců tohoto věku, z toho 309 915 mužů (82,8 % ze všech mužů daného věku) a 556 093 žen (86,1 % ze všech žen tohoto věku).

V kmeni pojištěnců převládají pojištěnci vyšších ročníků.

Také početní rozložení pojištěnců Pojišťovny mezi jednotlivými okresy České republiky (z celkového počtu v okrese evidovaných pojištěnců) nebylo v roce 2002 rovnoměrné a pohybovalo se v rozmezí od 23,8 % (okres Mladá Boleslav) do 89,3 % (okres Most).

5.2 Pohyb pojištěnců Pojišťovny

Evidenční počet všech osob v České republice, které byly pojištěnci systému veřejného zdravotního pojištění, se mezi 31. prosincem 2001, kdy bylo evidováno 10 327 807 osob, a 31. prosincem 2002, kdy bylo evidováno 10 314 865 osob, snížil o 12 942 osob. V tomto období **počet pojištěnců Pojišťovny klesl** ze 7 177 318 osob na 6 956 348 pojištěnců, takže v rozmezí jednoho kalendářního roku došlo ke snížení evidenčního počtu pojištěnců Pojišťovny **o 220 970 osob**, tj. o 3,1 %.

Celkový počet pojištěnců se ve srovnání s rokem 2001 v roce 2002:

- ▲ výrazněji snížil v 10 okresech
 - index 0,93–0,95
- ▲ mírně snížil ve 42 okresech
 - index 0,96–0,98
- ▲ prakticky nezměnil v 25 okresech
 - index 0,99–1,0.

Vnitřní pohyb pojištěnců, vyjádřený absolutními počty osob náležejících k hlavním věkovým skupinám pojištěnců, v roce 2002 nadále naznačoval snižování počtu nově narozených dětí a celkové stárnutí obyvatelstva České republiky. K pohybu pojištěnců docházelo také mezi jejich jednotlivými kategoriemi. Snížil se počet pojištěnců, přitom počet osob samostatně výdělečně činných

a osob bez zdanitelných příjmů se změnil jen velice málo. Výrazně se však snížil počet osob, za které byl plátcem pojistného stát, a to i přes to, že se zvýšil počet uchazečů o zaměstnání. Největší část úbytku pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, představují nezaopatřené děti.

Údaje uvedené v tabulkách o pohybu pojištěnců („Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od ostatních zdravotních pojišťoven k Pojišťovně“ a „Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od Pojišťovny k ostatním zdravotním pojišťovnám“) umožňují vytvoření představy o počtech osob, které k Pojišťovně v jednotlivých čtvrtletích roku 2002 „přišly“ (během roku přišlo 23 442 osob) a které od ní „odešly“ (během roku 209 286 osob). K dynamičtějšímu pohybu pojištěnců Pojišťovny v roce 2002 docházelo v 1. až 3. čtvrtletí roku, k nejmenšímu pak tradičně ve 4. čtvrtletí roku.

Úbytky 19–21letých a následné zvýšené přírůstky ve věku 20–24 let lze vysvětlit přestupy mužů (realizovanými v souladu se zákonem) mezi Pojišťovnou a Vojenskou zdravotní pojišťovnou. Snížení počtu pojištěnců ve skupině 0–4letých je částečně vysvětlitelné poklesem porodnosti. Další část úbytků v této skupině a úbytky v ostatních skupinách pojištěnců jsou dány jejich **přestupy k jiným zdravotním pojišťovnám**, které lze přičíst dílem konkurenčním snahám ostatních zdravotních pojišťoven (poskytujících některým věkovým skupinám pojištěnců větší množství požitků nehraných z prostředků veřejného zdravotního pojištění), dílem snahám poskytovatelů zdravotní péče (usilujících o dosažení určitých výhod nebo o únik např. z nepříznivých regulačních srážek). Úbytky pojištěnců se v roce 2002 početně nejmarkantněji projeví v Praze a v okresech Hodonín, Ústí nad Labem, Karviná, Prostějov, Jeseník, Olomouc, Ostrava, Nový Jičín a Opava. Konkurenčním aktivitám ostatních zdravotních pojišťoven čelila Pojišťovna systémovými změnami vztahu vůči pojištěncům. Zahájila rozsáhlý program nabídek pojištěncům, a to jak na celostátní, tak i na regionální úrovni, zahájila program zaměřený ke změně přístupu vůči poskytovatelům zdravotní

péče, kteří ovlivňují počet a strukturu pojištěnců Pojišťovny.

Ke skupinám osob, které k Pojišťovně v roce 2002 přicházely bez „přechodu“ od jiných zdravotních pojišťoven (tj. které dosud nebyly pojištěny), patřili opět např. novorozenci nebo cizinci (pokud splnili podmínky účasti ve zdravotním pojištění např. přijetím zaměstnání u zaměstnavatele se sídlem na území ČR, ve kterém byli nemocensky pojištěni). K osobám, které od Pojišťovny odcházely bez „přechodu“ k jiným zdravotním pojišťovnám (tj. které nadále nejsou pojištěny), patřily např. osoby, které odešly do ciziny (nepřetržitě nejméně na dobu půl roku), nebo zemřeli⁴.

Tabulky:

Věková struktura pojištěnců v roce 2002

– stav k 31. 12. 2002 je uveden v tabulce č. 13 a v grafu č. 5.

Věková struktura pojištěnců zdravotní pojišťovny – průměrné počty pojištěnců Pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách v roce 2002 jsou uvedeny v tabulce č. 14.

Vývoj počtu pojištěnců zdravotní pojišťovny v r. 2002 dle věkové struktury – stav k 31. 12. 2001 a 31. 12. 2002 v členění podle věkové struktury a podle pohlaví je uveden v tabulce č. 15 (MT/13/02-Pojišť.).

Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od ostatních zdravotních pojišťoven k Pojišťovně – v členění podle jednotlivých čtvrtletí a věkových skupin je uveden v tabulkách č. 16a a v grafu č. 6.

Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od Pojišťovny k ostatním zdravotním pojišťovnám – v členění podle jednotlivých čtvrtletí a věkových skupin je uveden v tabulce č. 16b a v grafu č. 6.

Vývoj počtu pojištěnců Pojišťovny v roce 2002 v členění dle okresů ČR – je uveden v tabulce č. 17.

Přehled o počtech pojištěnců v členění dle kategorií plátců pojistného je součástí tabulky „Příjem z pojistného celkem včetně vlivu přerozdělování dle kategorií plátců“ (MT/11/0-Přerozděl.-plátcí), která je zařazena v části 6.1 této výroční zprávy nazvané „Základní fond zdravotního pojištění“.

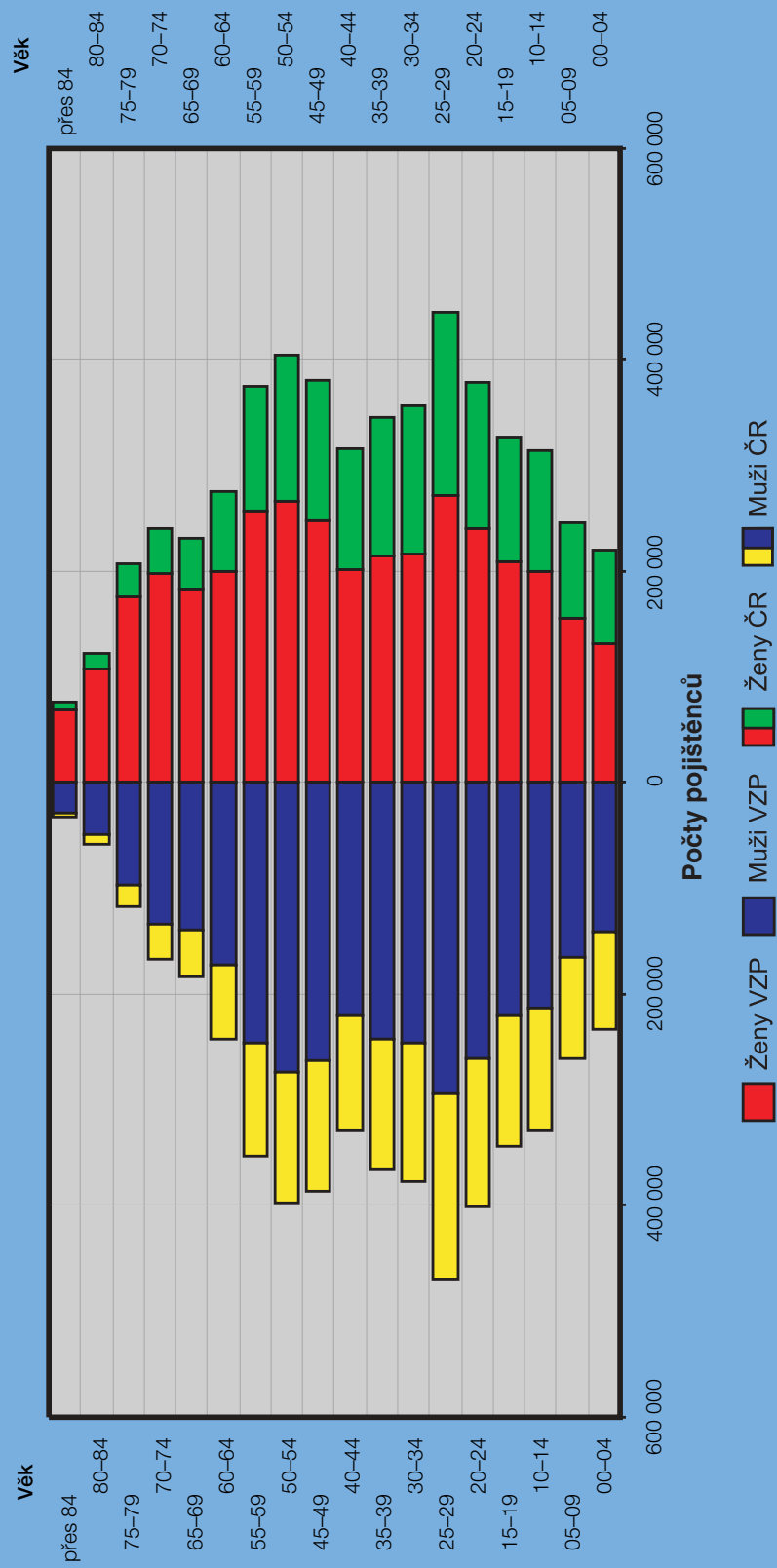
⁴ Z uvedených důvodů nelze pouhým odpočtem číselných údajů uvedených v řádcích 19 tabulek „Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od ostatních zdravotních pojišťoven k Pojišťovně“ a „Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od Pojišťovny k ostatním zdravotním pojišťovnám“ zjistit absolutní přírůstek pojištěnců v roce 2002. Tento přehled však umožňuje tabulka „Vývoj počtu pojištěnců zdravotní pojišťovny v roce 2002 dle věkové struktury“.

Tabulka č. 13 – Věková struktura pojištěnců Pojišťovny v roce 2002

k 31. 12. 2002

Věková skupina		Muži			Ženy			Občané ČR		
		Celkem	z toho VZP		Celkem	z toho VZP		Celkem	z toho VZP	
			počet	%		počet	%		počet	%
ř. č.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	0-4 roky	233 579	140 110	59,98	220 631	132 623	60,11	454 210	272 733	60,05
2	5-9 let	260 156	165 307	63,54	246 933	156 582	63,41	507 089	321 889	63,48
3	10-14 let	329 655	212 380	64,42	314 016	200 201	63,76	643 671	412 581	64,10
4	15-19 let	344 042	220 361	64,05	327 678	209 357	63,89	671 720	429 718	63,97
5	20-24 let	401 130	261 057	65,08	378 505	241 213	63,73	779 635	502 270	64,42
6	25-29 let	469 996	293 436	62,43	445 136	271 626	61,02	915 132	565 062	61,75
7	30-34 let	377 820	246 365	65,21	357 133	217 252	60,83	734 953	463 617	63,08
8	35-39 let	366 184	241 522	65,96	346 121	214 986	62,11	712 305	456 508	64,09
9	40-44 let	328 255	220 268	67,10	315 497	201 010	63,71	643 752	421 278	65,44
10	45-49 let	385 711	262 698	68,11	381 258	247 408	64,89	766 969	510 106	66,51
11	50-54 let	398 047	273 662	68,75	404 938	266 616	65,84	802 985	540 278	67,28
12	55-59 let	352 461	245 514	69,66	375 842	257 063	68,40	728 303	502 577	69,01
13	60-64 let	241 776	172 661	71,41	275 659	200 617	72,78	517 435	373 278	72,14
14	65-69 let	183 993	138 922	75,50	231 587	183 893	79,41	415 580	322 815	77,68
15	70-74 let	166 984	134 042	80,27	240 094	197 862	82,41	407 078	331 904	81,53
16	75-79 let	117 208	96 165	82,05	206 921	176 951	85,52	324 129	273 116	84,26
17	80-84 let	58 083	49 624	85,44	122 454	107 925	88,14	180 537	157 549	87,27
18	přes 84 let	32 962	29 075	88,21	76 420	69 994	91,59	109 382	99 069	90,57
19	Celkem	5 048 042	3 403 169	67,42	5 266 823	3 553 179	67,46	10 314 865	6 956 348	67,44

Graf č. 5 – Věková struktura pojistěnců v roce 2002



Tabulka č. 14 – Věková struktura pojištěnců zdravotní pojišťovny

Věková skupina	Průměrný počet pojištěnců				Index 02/01 celkem
	Rok 2001 celkem	Rok 2002 - skutečnost			
		muži	ženy	celkem	
0–4	259 504	142 504	134 955	277 459	1,07
5–9	363 156	174 207	164 805	339 012	0,93
10–14	437 938	216 308	204 157	420 465	0,96
15–19	457 346	224 089	214 283	438 372	0,96
20–24	546 877	272 418	250 038	522 456	0,96
25–29	572 501	291 121	273 012	564 133	0,99
30–34	468 961	244 065	216 962	461 027	0,98
35–39	472 698	243 305	217 727	461 032	0,98
40–44	450 506	225 552	207 179	432 731	0,96
45–49	541 838	268 230	253 755	521 985	0,96
50–54	566 531	277 507	271 825	549 332	0,97
55–59	489 260	239 554	252 279	491 833	1,01
60–64	370 837	169 495	198 952	368 447	0,99
65–69	346 803	142 839	188 822	331 661	0,96
70–74	347 843	135 421	200 984	336 405	0,97
75–79	292 651	97 422	179 996	277 418	0,95
80–84	147 574	46 838	101 242	148 080	1,00
85+	117 126	30 234	73 871	104 105	0,89
Celkem	7 249 950	3 441 109	3 604 844	7 045 953	0,97

MT/12/02-Věks

Poznámka: Pro zařazení pojištěnců do věkových skupin zvolit jako rozhodující údaj - rok narození.

Platí pro tab. MT/12/02, MT/13/02

Údaje o počtech pojištěnců celkem rok 2000 a 2001 - vazba na tab. MT/1/02-Zuk, ř. 2

Tabulka č. 15 – Vývoj počtu pojištěnců zdravotní pojišťovny v roce 2002 dle věkové struktury

Věková skupina	Stav k 31. 12. 2001			Stav k 31. 12. 2002			Index 02/01
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	
0–4	147 480	139 693	287 173	140 110	132 623	272 733	0,95
5–9	184 620	174 719	359 339	165 307	156 582	321 889	0,90
10–14	222 972	210 999	433 971	212 380	200 201	412 581	0,95
15–19	229 336	221 097	450 433	220 361	209 357	429 718	0,95
20–24	283 032	263 231	546 263	261 057	241 213	502 270	0,92
25–29	289 973	277 785	567 758	293 436	271 626	565 062	1,00
30–34	244 438	220 516	464 954	246 365	217 252	463 617	1,00
35–39	246 437	222 740	469 177	241 522	214 986	456 508	0,97
40–44	231 087	214 309	445 396	220 268	201 010	421 278	0,95
45–49	273 857	261 488	535 345	262 698	247 408	510 106	0,95
50–54	281 750	278 272	560 022	273 662	266 616	540 278	0,96
55–59	234 449	249 287	483 736	245 514	257 063	502 577	1,04
60–64	167 524	198 664	366 188	172 661	200 617	373 278	1,02
65–69	146 909	194 246	341 155	138 922	183 893	322 815	0,95
70–74	136 131	203 699	339 830	134 042	197 862	331 904	0,98
75–79	98 285	182 613	280 898	96 165	176 951	273 116	0,97
80–84	43 778	94 312	138 090	49 624	107 925	157 549	1,14
85+	31 102	76 488	107 590	29 075	69 994	99 069	0,92
Celkem	3 493 160	3 684 158	7 177 318	3 403 169	3 553 179	6 956 348	0,97

MT/13/02-Pojišť.

Stav k 31. 12. 2001 a 2002 - vazba na tab. MT/1/02-Zuk, ř. 1

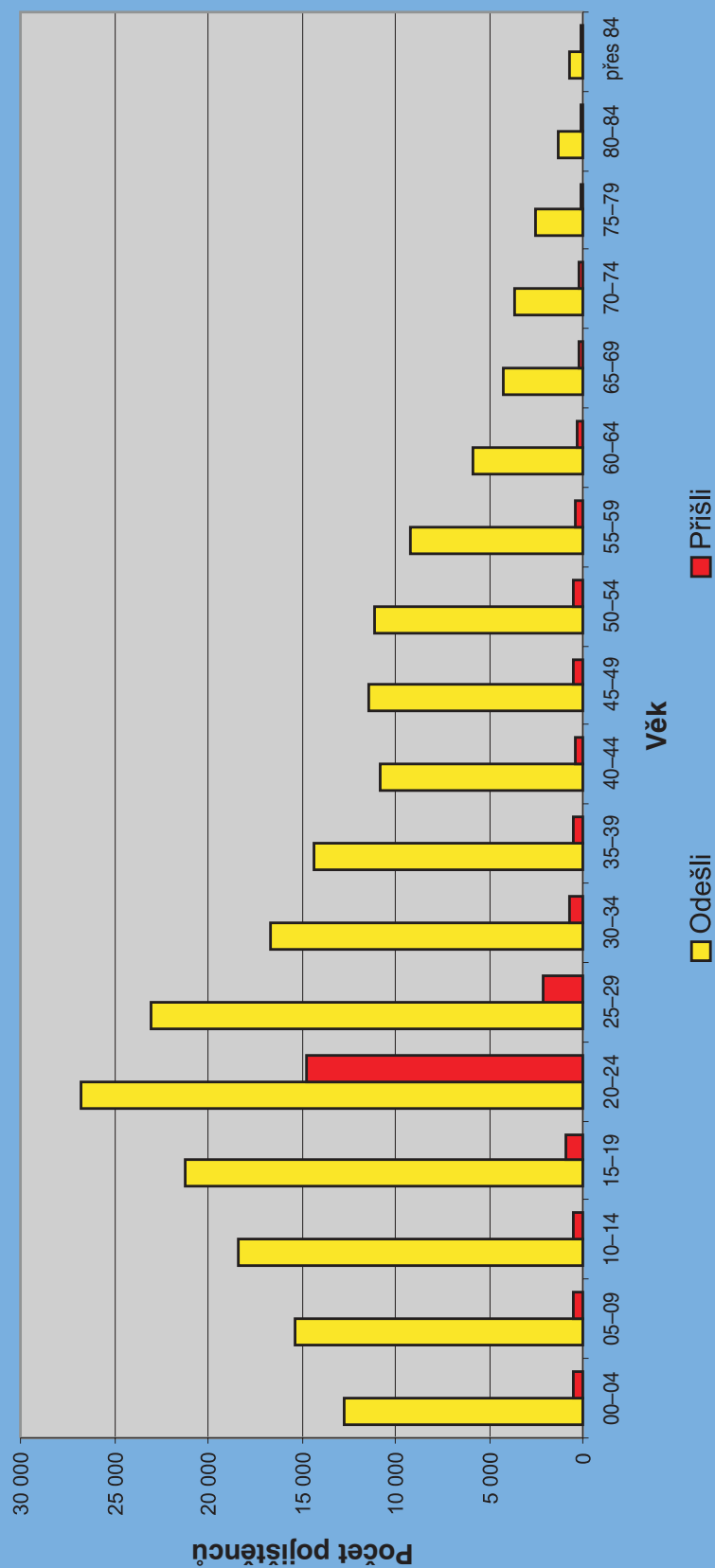
Tabulka č. 16a – Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od ostatních zdravotních pojišťoven k Pojišťovně

Věková skupina		I/02	II/02	III/02	IV/02	r. 2002
ř. č.	A	B	C	D	E	F
1	0–4 roky	111	164	109	103	487
2	5–9 let	138	143	117	115	513
3	10–14 let	140	144	99	95	478
4	15–19 let	139	239	305	273	956
5	20–24 let	3 719	3 566	3 661	3 833	14 779
6	25–29 let	495	605	376	615	2 091
7	30–34 let	185	188	161	133	667
8	35–39 let	130	145	119	115	509
9	40–44 let	122	135	83	110	450
10	45–49 let	128	156	125	112	521
11	50–54 let	114	141	116	101	472
12	55–59 let	127	126	90	91	434
13	60–64 let	93	100	73	60	326
14	65–69 let	56	54	40	43	193
15	70–74 let	56	59	50	45	210
16	75–79 let	38	33	25	47	143
17	80–84 let	32	17	23	43	115
18	přes 84 let	33	13	18	34	98
19	Celkem	5 856	6 028	5 590	5 968	23 442

Tabulka č. 16b – Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od Pojišťovny k ostatním zdravotním pojišťovnám

Věková skupina		I/02	II/02	III/02	IV/02	r. 2002
ř. č.	A	B	C	D	E	F
1	0–4 roky	2 851	3 621	3 381	2 844	12 697
2	5–9 let	3 731	4 564	3 891	3 215	15 401
3	10–14 let	4 521	5 538	4 707	3 633	18 399
4	15–19 let	4 826	5 466	6 082	4 799	21 173
5	20–24 let	7 296	7 205	6 202	6 080	26 783
6	25–29 let	5 844	6 795	5 525	4 868	23 032
7	30–34 let	4 205	5 032	4 105	3 319	16 661
8	35–39 let	3 776	4 221	3 450	2 863	14 310
9	40–44 let	2 840	3 228	2 698	2 034	10 800
10	45–49 let	3 122	3 313	2 762	2 253	11 450
11	50–54 let	2 924	3 303	2 710	2 216	11 153
12	55–59 let	2 459	2 743	2 249	1 694	9 145
13	60–64 let	1 582	1 656	1 496	1 148	5 882
14	65–69 let	1 035	1 234	1 048	887	4 204
15	70–74 let	908	1 072	930	773	3 683
16	75–79 let	562	793	659	553	2 567
17	80–84 let	286	385	345	262	1 278
18	přes 84 let	144	201	187	136	668
19	Celkem	52 912	60 370	52 427	43 577	209 286

Graf č. 6 – Věková struktura příšlých a odešlých pojištěnců



Tabulka č. 17 – Vývoj počtu pojištěnců Pojišťovny v roce 2002 v členění dle okresů ČR

Okres		Počet pojištěnců VZP		Index 02/01
		stav k 31. 12. 2001	stav k 31. 12. 2002	
ř. č.	A	B	C	D
1	Praha-město	908 635	848 941	0,93
2	Benešov	69 868	68 931	0,99
3	Beroun	43 555	42 227	0,97
4	Kladno	89 376	86 089	0,96
5	Kolín	81 986	81 063	0,99
6	Kutná Hora	41 491	40 388	0,97
7	Mělník	78 653	76 567	0,97
8	Mladá Boleslav	27 582	26 908	0,98
9	Nymburk	66 076	65 095	0,99
10	Praha-východ	72 767	69 748	0,96
11	Praha-západ	67 224	66 041	0,98
12	Příbram	90 457	88 423	0,98
13	Rakovník	42 828	41 646	0,97
14	České Budějovice	117 180	116 222	0,99
15	Český Krumlov	44 099	43 558	0,99
16	Jindřichův Hradec	71 567	71 081	0,99
17	Pelhřimov	62 735	61 869	0,99
18	Písek	56 165	55 353	0,99
19	Prachatice	36 937	36 334	0,98
20	Strakonice	52 822	52 166	0,99
21	Tábor	63 723	62 098	0,97
22	Domažlice	49 119	48 377	0,98
23	Cheb	65 502	64 735	0,99
24	Karlovy Vary	98 072	97 454	0,99
25	Klatovy	66 974	65 545	0,98
26	Plzeň-město	100 911	96 766	0,96
27	Plzeň-jih	50 573	49 747	0,98
28	Plzeň-sever	50 671	49 260	0,97
29	Rokycany	32 045	31 070	0,97
30	Sokolov	67 631	66 332	0,98
31	Tachov	38 421	37 843	0,98
32	Česká Lípa	81 079	79 714	0,98
33	Děčín	102 020	99 372	0,97
34	Chomutov	103 334	101 877	0,99
35	Jablonec nad Nisou	73 542	72 950	0,99
36	Liberec	128 472	126 391	0,98
37	Litoměřice	92 262	90 880	0,99
38	Louny	73 654	73 016	0,99
39	Most	106 485	104 824	0,98
40	Teplice	103 041	101 875	0,99
41	Ústí nad Labem	60 734	56 493	0,93
42	Havlíčkův Brod	69 462	67 601	0,97
43	Hradec Králové	100 325	98 815	0,98
44	Chrudim	87 432	85 226	0,97
45	Jičín	61 305	60 905	0,99
46	Náchod	90 257	88 940	0,99
47	Pardubice	129 629	128 214	0,99
48	Rychnov nad Kněžnou	56 971	56 074	0,98
49	Semily	64 125	63 513	0,99
50	Svitavy	90 606	89 923	0,99
51	Trutnov	68 060	66 175	0,97
52	Ústí nad Orlicí	90 501	89 077	0,98
53	Blansko	82 630	81 457	0,99
54	Brno-město	256 549	250 821	0,98
55	Brno-venkov	115 139	112 373	0,98
56	Břeclav	95 029	91 126	0,96
57	Hodonín	104 602	96 675	0,92
58	Jihlava	97 141	96 331	0,99
59	Kroměříž	63 584	61 256	0,96
60	Prostějov	61 710	57 544	0,93
61	Třebíč	95 670	94 487	0,99
62	Uherské Hradiště	101 592	99 256	0,98
63	Vyškov	61 935	59 278	0,96
64	Zlín	171 689	167 893	0,98
65	Znojmo	75 683	74 733	0,99
66	Žďár nad Sázavou	92 849	90 664	0,98
67	Bruntál	65 103	62 556	0,96
68	Frýdek-Místek	101 799	97 433	0,96
69	Karviná	134 871	125 501	0,93
70	Nový Jičín	98 757	93 367	0,95
71	Olomouc	89 067	83 581	0,94
72	Opava	110 744	105 067	0,95
73	Ostrava	123 380	115 918	0,94
74	Přerov	102 178	99 891	0,98
75	Šumperk	91 456	88 662	0,97
76	Vsetín	116 475	113 887	0,98
77	Jeseník	28 745	26 859	0,93
	Česká republika	7 177 318	6 956 348	0,97



TVORBA A ČERPÁNÍ FONDŮ POJIŠŤOVNY

Finanční hospodaření Pojišťovny je zobrazováno podle jednotlivých činností provozovaných Pojišťovnou. Základní činností Pojišťovny je provádění veřejného zdravotního pojištění, doplňkem je provádění smluvního pojištění a připojištění. Vedlejšími produkty činností Pojišťovny jsou ostatní zdaňované činnosti.

Hospodaření Pojišťovny bylo v roce 2002 sledováno prostřednictvím účetně oddělených fondů Pojišťovny, kterými (v souladu s platným zněním zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR) jsou:

- 6.1 Základní fond zdravotního pojištění (tabulka č. 18 a doplňkové tabulky)
- 6.2 Provozní fond (tabulka č. 22)
- 6.3 Fond reprodukce investičního majetku (tabulka č. 23)
- 6.4 Sociální fond (tabulka č. 24)
- 6.5 Rezervní fond (tabulka č. 25)
- 6.6 Fond prevence (tabulky č. 26)
- 6.7 Fond ostatních zdaňovaných činností (tabulka č. 27)
- 6.8 Fond smluvního pojištění a připojištění (tabulka č. 28)

Každý z uvedených fondů byl sledován ze dvou metodických pohledů, a to

- ▲ z pohledu tvorby a čerpání, který zobrazuje hospodářské operace v jejich časové souslednosti (tzn. s přiřazením do toho období, v němž věcně vznikly) formou účetního předpisu (tzn., že zachycuje a do výsledku zahrnuje vzniklé nároky na příjmová a výdajová plnění bez ohledu na to, zda v příslušném hospodářském roce došlo i k jejich finančnímu plnění), a to včetně pohybů mezi jednotlivými fondy Pojišťovny (vždy část A příslušné tabulky)
- ▲ z finančního pohledu, který zobrazuje skutečný pohyb finančních prostředků na běžných účtech a v pokladnách (vždy část B příslušné tabulky).

6.1 Základní fond zdravotního pojištění

Základní fond zdravotního pojištění (zkráceně „ZFZP“) zobrazuje hospodaření stěžejní činnosti Pojišťovny a jeho výsledek je rozhodující pro hodnocení výsledků hospodaření Pojišťovny, neboť prostřednictvím tohoto fondu je zachyceno hospodaření veřejného zdravotního pojištění.

V roce 2002, do něhož vstupovala bez závazků po lhůtě splatnosti, Pojišťovna předpokládala relativně příznivý vývoj hospodářství České republiky a zpomaleným tempem pokračující pokles počtu pojištěnců. V oblasti stabilizace a vývoje struktury pojištěnců chtěla Pojišťovna dosáhnout zpomalení poklesu počtu pojištěnců na 7 096 tisíc osob, přes opatření ke zlepšení struktury pojištěnců však nadále počítala s rychlejšími úbytky dětí a s pomalejšími úbytky ve skupině osob zaměstnaných. Zpomalení úbytku počtu pojištěnců chtěla dosáhnout kromě jiného zlepšením úrovně a rychlosti horizontálních i vertikálních informačních toků, využitím fondu prevence k aplikacím sofistikovanějších a komplexnějších programů a využitím nákladů na propagaci k ovlivňování cílových klientských skupin. Přes optimistický předpoklad vývoje hospodářství České republiky však nebylo možné plánovat vytvoření takové finanční rezervy ZFZP, která by umožnila pokrývat měsíční a sezónní výkyvy mezi příjmy a potřebou výdajů. Se znalostí vývojových tendencí na výdajové straně bilance fondu (nepružnost nastavených cen) byla plánována vyrovnaná bilance, která ovšem připouštěla periodicky se opakující platební potíže v průběhu roku. Přestože příjmová strana bilance neumožňovala plánovat dostatečně vysoký nárůst čerpání fondu na zdravotní péči, bylo cílem Pojišťovny vhodnou alokací finančních prostředků podporovat moderní trendy zdravotní politiky. Cílem zdravotní politiky v roce 2002 bylo mezi jinými zejména:

- ▲ posilování role primární péče
- ▲ řízený přesun nemocných z lůžkové zdravotní péče do péče stacionární, ambulantní a domácí
- ▲ účelná koncentrace zdravotnických technologií
- ▲ integrace zdravotní a sociální péče.

Tyto cíle se promítaly do zamýšleného růstu čerpání fondu na zdravotní péči poskytovanou zejména praktickými lékaři, gynekology, specializovanými ambulantními lékaři a domácí zdravotní péčí. Ostatní segmenty poskytovatelů zdravotní péče včetně léků na recepty a prostředků zdravotnické techniky měly vykazovat relativně nižší růst.

Jak se dařilo stanovené cíle splnit?

Optimistické předpoklady vývoje české ekonomiky se bohužel nepotvrdily. Nárůst objemu mezd, který vycházel z předpokladu 6,7 %, ve skutečnosti dosáhl pouze 6,4 %. Míra nezaměstnanosti, pro pojištěn-

ce Pojišťovny ve Zdravotně pojistném plánu predikovaná ke konci roku 2002 ve výši 9,9 %, dosáhla 10,7 %. Negativně se projevuje také zvyšující se nemocnost obyvatel České republiky, která není pravděpodobně vždy způsobena zdravotními důvody. Naopak počet pojištěnců Pojišťovny klesl rychleji, než předpokládal plán, namísto plánovaných průměrných 7096 tis. osob měla Pojišťovna v roce 2002 7046 tis. pojištěnců, tj. o cca 50 tisíc méně. K rychlejšímu úbytku docházelo u osob, za něž je plátcem pojistného stát, bohužel nejvíce u dětí (viz kapitola 5). Tyto skutečnosti se na příjmové straně bilance projeví tak, že plánované příjmy nebyly naplněny o necelá 2 %, tj. o necelé 2 miliardy Kč. Ve srovnání s rokem 2001 pak byly celkové příjmy fondu nižší o cca 120 milionů Kč (v roce 2001 byly postoupeny pohledávky ČKA ve výši 3,7 miliardy Kč), po očištění příjmů fondu o mimořádné příjmy z postoupených pohledávek v roce 2001 celkové příjmy fondu proti roku 2001 vzrostly o 3,95 %. Příjmy z pokut a penále jsou kromě nižšího počtu pojištěnců ovlivněny také změnou zákona zmíněnou v kapitole 4.3.5.

Naproti tomu vývoj hospodaření na straně čerpání fondu byl opačný k trendům dosaženým u příjmů. V Dohodovacím řízení k hodnotám bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění opakovaně nedošlo k dohodám zejména v segmentu poskytovatelů lůžkové péče. Rozhodnutí tedy znovu muselo přimout Ministerstvo zdravotnictví. Rozhodnutí v podstatě opakovalo principy rozhodování v roce 2001, což bylo v rozporu se záměry schválenými Zdravotně pojistným plánem, a alokace finančních prostředků tak neprobíhala v souladu se záměry zdravotní politiky Pojišťovny.

Náklady na zdravotní péči tak oproti plánovanému 3,6% růstu stouply o 9 % proti roku 2001, byly o 3,5 % vyšší, než předpokládal Zdravotně pojistný plán na rok 2002, tj. o 3,3 miliardy Kč. Na růstu se podílely v podstatě všechny druhy nákladů na zdravotní péči, oproti roku 2001 vzrostly náklady na péči poskytovanou ambulantními zařízeními o 10 %, náklady na ústavní péči o 9 % (což je vzhledem k 50 % podílu nemocniční péče na celkových nákladech na zdravotní péči objemově nejvyšší částka), náklady na léky vydané na recepty o 7 %, náklady na prostředky zdravotnické techniky o 8 %. Významný růst zaznamenaly náklady na péči v zahraničí, prozatím však představují pouze malou položku v celkových nákladech. Ostatní náklady na zdravotní péči (řádek 10 tabulky č. 20a, b), kte-

rými jsou náklady na centrální nákup léků, kochleární implantáty a náklady spojené s vyhledáváním a dodáním krvetvorných buněk od nepříbuzných dárců, zaznamenaly podstatný růst zejména v důsledku nutnosti rozšířit hrazenou zdravotní péči podle vyhlášek Ministerstva zdravotnictví č. 458/2001 a 251/2002.

Tento nepříznivý vývoj nákladů kladl velký tlak na výdajovou stranu bilance fondu. Situace se promítla do nepříznivého vývoje cash flow, kdy Pojišťovna už na konci 1. pololetí 2002 začala mít potíže s včasnou úhradou svých závazků. Na konci roku pak evidovala závazky po lhůtě splatnosti ve výši 2,5 miliardy Kč. Hospodaření Základního fondu zdravotního pojištění tak bylo v roce 2002 deficitní. Základní příčinou deficitní bilance je skutečnost, že jednorázový prodej pohledávek v roce 2001 sice vyrovnal dosažený deficit, trendy růstu příjmů (cca 4 %) a čerpání fondu (cca 9 %) však byly odlišné a způsobovaly nežádoucí vývoj, přičemž na cca 80 % čerpání fondu (léky a hospitalizační péče) měla Pojišťovna malý nebo žádný vliv.

Přehled o tvorbě, čerpání, příjmech a výdajích základního fondu zdravotního pojištění poskytuje tabulka č. 18, přehled o příjmech z pojistného a z přerozdělování pojistného dle kategorií plátců poskytuje tabulka č. 19, přehled o nákladech vynaložených na čerpání hlavní druhy věcných dávek zdravotní péče celkem tabulka č. 20a a v přepočtu na jednoho pojištěnce tabulka č. 20b, přehled o celkových nákladech vynaložených na jednotlivé věkové skupiny mužů a žen v členění po pěti letech tabulka č. 21a a v přepočtu na jednoho pojištěnce či pojištěnku dané věkové skupiny tabulka č. 21b.

Komentář k jednotlivým řádkům tabulky o tvorbě a čerpání ZFZP:

Tabulka ZFZP, část A

- ▲ řádek I. – kumulovaný zůstatek ZFZP, vzniklý jako rozdíl mezi tvorbou, tj. nároky fondu, a jeho čerpáním, tj. jeho závazky. Zůstatek roste v důsledku růstu pohledávek, kromě jiného také proto, že Pojišťovna netvoří opravné položky k pohledávkám (což je v souladu s platnými pravidly pro účtování zdravotních pojištění)
- ▲ řádek II. – součet řádků 1 až 9
- ▲ řádek II. 1, 2 – nároky ZFZP vůči plátcům pojistného (řádek 1) a vůči zvláštnímu účtu pro přerozdělení (řádek 2) za období leden 2002 až prosinec 2002

- ▲ řádek II. 3 a 4 – nároky ZFZP vzniklé z titulu předepsaného penále, pokut, přírůžek z pojistného a náhrad škod
- ▲ řádek II. 5 – výše přijatých úroků z běžných účtů ZFZP
- ▲ řádek II. 6 – kursové zisky (při úhradě zdravotní péče do zahraničí) a výnosy z dříve odepsaných pohledávek
- ▲ řádek II. 7 – převod
 - ▲ úspory provozního fondu z roku 2002 ve výši 283,6 mil. Kč
 - ▲ z rezervního fondu ve výši 216,6 mil. Kč (částka je úsporou provozního fondu z roku 2001 převedenou podle platných předpisů do rezervního fondu)
 - ▲ 1 milionu Kč z hospodářského výsledku zdanitelných činností po zdanění
- ▲ řádek II. 9 – částka nárokováná u zahraničních zdravotních pojišťoven vyplývající z aplikace mezinárodních smluv o přeúčtování zdravotní péče
- ▲ řádek III. – součet řádků III. 1 až III. 8
- ▲ řádek III. 1 – předepsaný nárok (fakturační) poskytovatelů zdravotní péče za zdravotní péči poskytnutou v příslušném roce. Je o 3,56 % vyšší, než předpokládal Zdravotně pojistný plán na rok 2002; konečné vyúčtování zdravotní péče u lůžkových zdravotnických zařízení za 2. pololetí bude možno (vzhledem ke složitosti výpočtů a zjišťování) provést až v 1. pololetí 2003 a je zde proto uvedeno ve výši vyplacených předběžných úhrad; podrobnosti o čerpání nákladů na zdravotní péči jednotlivými segmenty poskytovatelů lze vysledovat z nákladových tabulek (20a, 20b) týkajících se ZFZP
- ▲ řádek III. 2 – čerpání bankovních a poštovních poplatků přímo účtované na běžné účty ZFZP
- ▲ řádek III. 4a – předpis převodu úspory Provozního fondu za rok 2002 do Rezervního fondu prostřednictvím Základního fondu
- ▲ řádek III. 4b – předpis nároku Provozního fondu vůči ZFZP za rok 2002
- ▲ řádek III. 4c – předpis nároku Fondu prevalence vůči ZFZP za rok 2002
- ▲ řádek III. 6 – odpis pohledávek za plátců pojistného vzniklých z titulu pojistného na veřejné zdravotní pojištění, pokut, penále a přírůžek k pojistnému v případech, kdy splňují podmínky pro odpis
- ▲ řádek III. 7 – nárok poskytovatelů zdravotní péče za ošetření pojištěnce podle mezistátních smluv o přeúčtování zdravotní péče

- ▲ řádek IV. – zůstatek ZFZP k 31. 12. 2002, metodicky stejný jako řádek I., s promítnutím obrátů vzniklých za rok 2002.

Tabulka ZFZP, část B

- ▲ řádek I. – zůstatek běžných účtů ZFZP, peněz na cestě a zůstatek hotovosti v pokladnách
- ▲ řádek II. 1 – příjmy pojistného na příjmové účty ZFZP připsané na běžné účty Pojišťovny od 1. 1. 2002 do 31. 12. 2002
- ▲ řádek II. 2 – příjmy ze zvláštního účtu pro přerozdělení připsané na běžné účty Pojišťovny od 1. 1. 2002 do 31. 12. 2002
- ▲ řádek II. 3 – příjmy z titulu pokut, penále a přírůžek k pojistnému připsané na běžné účty Pojišťovny od 1. 1. 2002 do 31. 12. 2002
- ▲ řádek II. 4 – příjmy z náhrady škody připsané na běžné účty Pojišťovny od 1. 1. 2002 do 31. 12. 2002
- ▲ řádek II. 5 – přijaté úroky ze zůstatků na účtech ZFZP
- ▲ řádek II. 6 – kursové zisky a příjmy z odepsaných pohledávek
- ▲ řádek II. 7 – převod části hospodářského výsledku zdanitelných činností (viz řádek II. 7 části A – tvorba)
- ▲ řádek II. 11 – příjem úhrad od zahraničních zdravotních pojišťoven za zdravotní péči poskytnutou jejich pojištěncům a uhrazenou Pojišťovnou poskytovatelům na území České republiky
- ▲ řádek II. 12 – saldo interních převodů mezi jednotlivými fondy
- ▲ řádek III. – součet řádků III. 1 až III. 10
- ▲ řádek III. 1 – výdaje z běžných účtů na úhradu nároků (fakturační) zdravotnických zařízení za poskytnutou zdravotní péči
- ▲ řádek III. 2 – ostatní výdaje související se správou ZFZP
- ▲ řádek III. 4 – výdaje z běžných účtů ZFZP na úhradu nároků příslušných fondů Pojišťovny
- ▲ řádek III. 9 – výdaje z běžných účtů ZFZP na úhradu nároků vznesených zahraničními zdravotními pojišťovnami
- ▲ řádek III. 10 – vratky finančních prostředků ČKA v důsledku pozdější reklamace uplatněné pohledávky (pozdní informace úpadce o zrušení prohlášení konkurzu, později identifikované platby apod.)
- ▲ řádek IV. – zůstatek finančních prostředků na běžných účtech ZFZP k 31. 12. 2002.

Tabulka č. 18 – Přehled o tvorbě a čerpání základního fondu zdravotního pojištění

A. ZFZP – tvorba a čerpání		Rok 2002 ZPP	Rok 2002 skutečnost
		tis. Kč	tis. Kč
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	9 788 498	11 610 826
II.	Tvorba celkem:	101 466 000	101 964 266
1	Pojistné z veřejného zdr. pojištění	67 967 000	68 773 546
2	Zúčtování se zvláštním účtem zdr. pojištění +/-	30 758 000	29 966 901
3	Penále, pokuty a přirážky k pojistnému	2 510 000	2 445 723
4	Náhrady škod	192 000	241 388
5	Úroky získané hospodařením se ZFZP	28 000	31 931
6	Ostatní výnosy dle vyhlášky MF 227/98 Sb.		115
7	Převody z jiných fondů	1 000	501 377
8	Převod zůstatku ZFZP v případě sloučení nebo splnutí ZP		
9	Předpis úhrady od zahraniční pojišťovny (za zálohově uhrazenou zdravotní péči za cizince)	10 000	3 285
III.	Čerpání celkem:	97 756 500	101 640 356
1	Věcné dávky zdr. péče vč. korekcí a revizí a úhrad jiným ZP	93 867 000	97 209 169
2	Ostatní čerpání (bankovní poplatky a poštovné související se ZFZP)	73 500	91 454
3	Úroky z úvěrů		
4	Převod do jiných fondů (4a+4b+4c+4d)	3 745 000	3 957 388
	v tom:		
4a	– do rezervního fondu		283 688
4b	– do provozního fondu	3 475 000	3 403 700
4c	– do fondu prevence	270 000	270 000
4d	Mimořádný převod do PF u VoZP		
5	Předpis odvodu do Zajišťovacího fondu		
6	Odpis dlužného pojistného, penále, přirážek a pokut k pojistnému	61 000	378 776
7	Předpis vyúčtování zdravotní péče fakturované pojišťovně tuzemským ZZ za cizince včetně výsledků revize	10 000	3 285
8	Ostatní – kurzové ztráty		284
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	13 497 998	11 934 736

B. ZFZP – příjmy a výdaje		Rok 2002 ZPP	Rok 2002 skutečnost
		tis. Kč	tis. Kč
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	100 000	688 725
II.	Příjmy celkem:	97 668 000	95 749 978
1	Pojistné z veřejného zdr. pojištění (pojistné přijaté od 1/1 do 31/12)	65 987 000	64 996 363
2	Zúčtování se zvláštním účtem zdr. pojištění (provedené od 1/1 do 31/12) +/-	30 758 000	29 916 514
3	Příjmy finančních prostředků z pokut, penále a přirážek	714 000	587 917
4	Příjmy finančních prostředků z náhrad škod	170 000	209 252
5	Příjmy z úroků z hospodaření se ZFZP	28 000	31 931
6	Ostatní příjmy dle vyhlášky MF 227/98 Sb.		115
7	Převody finančních prostředků z jiných fondů	1 000	1 000
8	Převod zůstatku fin. prostředků ZFZP v případě sloučení nebo splnutí ZP		
9	Přijaté bankovní úvěry		
10	Přijaté návratné finanční výpomoci		
11	Příjem úhrady za zdravotní péči uhrazenou za cizince od zahraniční pojišťovny	10 000	101
12	Příjem finančních prostředků za odkup pohledávek KoB – příslušenství		
	Interní		6 785

Pokračování tab. č. 18 na str. 73

Pokračování tab. č. 18

B.	ZFZP - příjmy a výdaje	Rok 2002 ZPP	Rok 2002 skutečnost
		tis. Kč	tis. Kč
III.	Výdaje celkem:	97 668 000	96 387 503
1	Výdaje na věcné dávky zdr. péče vč. korekcí, revizí a úhrad jiným ZP	93 894 500	93 021 555
2	Ostatní (bankovní poplatky a poštovné související se ZFZP)	73 500	91 003
3	Úroky z úvěrů		
4	Příděl fin. prostředků na bankovní účty jiných fondů (4a+4b+4c+4d)	3 690 000	3 268 551
	v tom:		
4a	- na bankovní účet rezervního fondu		
4b	- na bankovní účet provozního fondu	3 420 000	2 998 551
4c	- na bankovní účet fondu prevence	270 000	270 000
4d	Mimořádný příděl do PF u VoZP		
5	Odvod fin. prostředků do Zajišťovacího fondu		
6	Splátky úvěrů		
7	Splátky návratných finančních výpomocí ze státního rozpočtu		
8	Splátky půjček KoB		
9	Výdaje za zdravotní péči za cizince proplacené tuzemským ZZ	10 000	2 635
10	Vrácení prostředků za odkup pohledávek na ČKA		3 475
	Ostatní – kurzové ztráty		284
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	100 000	51 200

C.	Doplňující ukazatele k oddílu B II/1 (= součet ř. C/1 až C/4)	65 987 000	64 996 363
1	Příjmy z pojistného od zaměstnavatelů	60 577 250	58 847 500
2	Příjmy z pojistného od OSVČ	4 612 305	6 148 863
3	Příjmy z pojistného od ostatních plátců	797 445	
4	Neidentifikovatelné platby		

MT/2/02-ZFZP

- U konečného zůstatku k poslednímu dni sledovaného období** v oddíle B – jedná se o součet zůstatku na bankovním účtu, zůstatku v pokladně (pokud se vztahuje k ZFZP) a zůstatku fin. prostředků v penězích na cestě a uložených v termín. vkladech (pokud jsou vedeny na jiném bankovním účtu).
- Pokud ZP účtuje úroky, pokuty, penále a přírážky prvotně na ZFZP a následně provádí převod ze ZFZP do Fprev, bude k tomuto účelu využívat jak ř. A III 4c, tak i ř. B III 4c.
- Propočet limitu přídělu do PF je vázán na oddíl B II ZFZP.
- ZP vyplní součty na ř. II., III. a IV. v odd. A i B.**
- V případě mimořádných účetních případů mají zdravotní pojišťovny** možnost postupovat podle metodiky (tj. využití volných řádků jednotlivých oddílů).

Tabulka č. 19 – Příjem z pojistného celkem vč. vlivu přerozdělování dle kategorií plátců

ř. č.	Kategorie plátců	Rok 2001 – skutečnost		Rok 2002 – skutečnost		Index 02/01	
		prům. počet pojištěnců osob	příjem z pojist. po přerozd. v tis. Kč	prům. počet pojištěnců osob	příjem z pojist. po přerozd. v tis. Kč	prům. počet pojištěnců	příjem z pojist. po přerozd.
1	Zaměstnanci (40 % příjmu)	2 792 104	23 502 202	2 703 056	23 539 000	0,97	1,00
2	Osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ 40 % příjmu)	719 553	1 574 131	714 544	1 715 533	0,99	1,09
3	Osoby bez zdanitelných příjmů (40 % příjmu)	101 193	647 335	99 498	744 012	0,98	1,15
4	Osoby, za něž je plátcem stát (platba od státu vč. přeroz.)	4 207 866	67 556 116	4 068 618	68 914 332	0,97	1,02
	v tom:						
	– nezaopatřené děti	1 609 631	x	1 528 015	x	0,95	x
	– poživatelé důchodů	2 008 720	x	1 963 927	x	0,98	x
	– ženy na mateřské a příjemci rodič. příspěvku	193 329	x	185 901	x	0,96	x
	– uchazeči o zaměstnání	311 812	x	311 295	x	1,00	x
	– ostatní	84 374	x	79 480	x	0,94	x
5	Celkový příjem pojistného vč. přerozdělování		93 279 784		94 912 877		1,02

Vazba: ZFZP, oddíl B/II/1,2 příslušného roku 2001 nebo 2002

MT/11/02–Přerozděl.–plátcí

Poznámky:

1. V případě, že u pojistěnce nastává souběh více kategorií, je pojistěnce započten jako plátce do všech kategorií ze souběhu.
2. Na ř. 4 bude uveden rozdíl z celkových příjmů po přerozdělování z řádku č. 5 po odpočtu ř. 1, 2, 3.

Údaj v řádce č. 4 představuje částku, vypočtenou jako rozdíl mezi částkou na řádce 5 a součtem řádků 1, 2 a 3. V žádném případě nepředstavuje částku, kterou hradí do systému zdravotního pojištění státní rozpočet za pojistěnce, za něž je plátcem pojistného stát.

Tabulka č. 20a – **Náklady na zdravotní péči v členění dle jednotlivých segmentů zdravotní péče**

ř. č.	Ukazatel	m. j.	Rok 2001 skuteč.	Rok 2002 ZPP	Rok 2002 skuteč.	Index skut. 02 /ZPP 02	Index skut. 02/01	Index skut. 02 /ZPP 02
I.	Náklady na zdravotní péči hrazenou z oddílu A ZFZP celkem (součet ř. 1–10)	tis. Kč	89 492 369	93 867 000	97 209 169	1,09	1,04	
	v tom:							
1	na ambulantní péči celkem (ZZ nevykazující žádný kód OD, zahrnují se náklady na ZULP, ZUM, nezahrnují se náklady na léky na recepty a zdravotnické prostředky na poukazy)	tis. Kč	18 703 238	19 581 000	20 500 786	1,10	1,05	
	z toho:							
	a) na stomatologickou péči (odb. 014, 015, 019)	tis. Kč	5 061 856	5 047 000	5 248 084	1,04	1,04	1,04
	b) na péči praktických lékařů (odb. 001, 002)	tis. Kč	4 359 227	4 943 000	4 679 782	1,07	0,95	0,95
	c) na gynekologickou péči (odb. 603, 604)	tis. Kč		x				
	d) na rehabilitační péči (odb. 902, 918)	tis. Kč	707 042	x	789 543	1,12		
	e) na diagnostickou zdravotní péči (odb. 222, 801–805, 807, 809, 812–823)	tis. Kč	2 615 263	x	3 059 322	1,17		
	f) na domácí zdravotní péči (HOME CARE, odb. 925)	tis. Kč	412 673	x	499 120	1,21		
	g) náklady na spec. ambulantní péči (odb. neuvedené a) – f) a nesplňující podmínky zařazení do ř. 2)	tis. Kč	5 547 177	x	6 110 774	1,10		
	– navýšení úhrady 1. pololetí 2002 – ambulantní péče	tis. Kč			114 161			
2	na ústavní péči celkem (ZZ vykazující kód OD, zahrnují se náklady na ZULP, ZUM, paušál na léky i příp. nasmulovanou péči ambulantní, stomatologickou a dopravu provozovanou v rámci lůžkového ZZ s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnické prostředky na poukazy)	tis. Kč	44 817 953	47 918 000	48 637 882	1,09	1,02	
	v tom:							
	a) nemocnice	tis. Kč	39 805 154	x	42 543 221	1,07		
	b) odborné léčebné ústavy (OLÚ s výjimkou ZZ uvedených v ř. 2c a 2d)	tis. Kč	2 672 555	x	2 943 133	1,10		
	c) LDN (samostat. ZZ vykazující kód OD 00024)	tis. Kč	2 340 244	x	2 384 778	1,02		
	d) ošetrovatelská lůžka (samostat. ZZ vykazující kód OD 00005)	tis. Kč		x	435 723			
	– navýšení úhrady 1. pololetí 2002 – ústavní péče	tis. Kč			331 027			
3	Náklady na lázeňskou péči	tis. Kč	1 816 809	1 939 000	1 930 417	1,06	1,00	
4	Náklady na péči v ozdravovnách	tis. Kč	60 884	62 000	62 965	1,03	1,02	
5	Náklady na dopravu (zahrnuje dopravní zdravotní službu včetně individuální dopravy, nezahrnuje se doprava z ř. 2 a z ř. 1)	tis. Kč	951 386	965 000	983 389	1,03	1,02	
	– navýšení úhrady 1. pololetí 2002 – doprava	tis. Kč			20 140			
6	Náklady na zdravotnickou záchrannou službu (odb. 709, ZZ nevykazující žádný kód OD)	tis. Kč	571 496	551 000	625 581	1,09	1,14	

Pokračování tab. č. 20a na str. 76

Pokračování tab. č. 20a

ř. č.	Ukazatel	m. j.	Rok 2001 skuteč.	Rok 2002 ZPP	Rok 2002 skuteč.	Index skut. 02/01	Index skut. 02 /ZPP 02
7	Náklady na léky vydané na recepty celkem	tis. Kč	19 198 453	19 310 000	20 635 142	1,07	1,07
	v tom:						
	a) předepsané v ambulantních ZZ (samostatná ambulantní ZZ)	tis. Kč	12 962 416	x	13 632 714	1,05	
	z toho: u praktických lékařů	tis. Kč		x			
	na specializ. ambul. péči	tis. Kč		x			
	b) předepsané v lůžkových ZZ	tis. Kč	6 236 037	x	7 002 428	1,12	
8	Náklady na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem	tis. Kč	2 587 549	2 708 000	2 797 807	1,08	1,03
	v tom:						
	a) předepsané v ambulantních ZZ (samostatná ambulantní ZZ)	tis. Kč	1 722 418	x	1 842 702	1,07	
	b) předepsané v lůžkových ZZ	tis. Kč	865 131	x	955 105	1,10	
9	Náklady na léčení v zahraničí (nutná a neodkladná péče)	tis. Kč	6 524	20 000	2 869	0,44	0,14
9a	Náklady na léčení v zahraničí na základě uzavřených mezinárodních smluv	tis. Kč	31		15 605	503,39	
10	Ostatní náklady na zdravotní péči (které nelze zařadit do předchozích bodů – do vysvětlivek uvést, co zahrnují)	tis. Kč	778 046	813 000	1 016 726	1,31	1,25
II.	Náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů	tis. Kč	318 993	365 000	339 247	1,06	0,93
III.	Náklady na zdravotní péči celkem (součet ř. I. + ř. II.)	tis. Kč	89 811 362	94 232 000	97 548 416	1,09	1,04

ř. I: údaj vychází z odd. A III/1 ZFZP
ř. II: údaj vychází z odd. A III/1 Fondu prevence

MT/14/02–ZdrNákl.

ř. 10 obsahuje **centrálně zajišťované přípravky předepsané v lůžkových zařízeních** (přípravky pro léčbu deficitu růstového hormonu, roztroušené mozkomíšní sklerózy, metabolických chorob u dětí, dialyzovaných pacientů erytropoetinem, kochleární implantáty) a náklady spojené s **dárcovstvím kostní dřeně**.

Tabulka č. 20b – **Náklady na zdravotní péči v členění dle jednotlivých segmentů zdravotní péče přepočtené na 1 pojištěnce**

ř. č.	Ukazatel	m. j.	Rok 2001 skuteč.	Rok 2002 ZPP	Rok 2002 skuteč.	Index skut. 02/01	Index skut. 02 /ZPP 02
I.	Náklady na zdravotní péči hrazenou z oddílu A ZFZP celkem (součet ř. 1–10)	Kč	12 344	13 228	13 796	1,12	1,04
	v tom:						
1	na ambulantní péči celkem (ZZ nevykazující žádný kód OD, zahrnují se náklady na ZULP, ZUM, nezahrnují se náklady na léky na recepty a zdravotnické prostředky na poukazy)	Kč	2 580	2 759	2 909	1,13	1,05
	z toho:						
	a) na stomatologickou péči (odb. 014, 015, 019)	Kč	698	711	745	1,07	1,05
	b) na péči praktických lékařů (odb. 001, 002)	Kč	601	697	664	1,11	0,95
	c) na gynekologickou péči (odb. 603, 604)	Kč		x			
	d) na rehabilitační péči (odb. 902, 918)	Kč	98	x	112	1,14	
	e) na diagnostickou zdravotní péči (odb. 222, 801–805, 807, 809, 812–823)	Kč	361	x	434	1,20	
	f) na domácí zdravotní péči (HOME CARE, odb. 925)	Kč	57	x	71	1,24	
	g) náklady na spec. ambulantní péči (odb. neuvedené a) – f) a nesplňující podmínky zařazení do ř. 2)	Kč	765	x	867	1,13	
	– navýšení úhrady 1. pololetí 2002 – ambulantní péče	Kč			16		
2	na ústavní péči celkem (ZZ vykazující kód OD, zahrnují se náklady na ZULP, ZUM, paušál na léky i příp. nasmílovanou péči ambulantní, stomatologickou a dopravu provozovanou v rámci lůžkového ZZ s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnické prostředky na poukazy)	Kč	6 182	6 753	6 903	1,12	1,02
	v tom:						
	a) nemocnice	Kč	5 490	x	6 038	1,10	
	b) odborné léčebné ústavy (OLÚ s výjimkou ZZ uvedených v ř. 2c a 2d)	Kč	369	x	418	1,13	
	c) LDN (samostat. ZZ vykazující kód OD 00024)	Kč	323	x	338	1,05	
	d) ošetrovatelská lůžka (samostat. ZZ vykazující kód OD 00005)	Kč			47		
	– navýšení úhrady 1. pololetí 2002 – ústavní péče	Kč		x	62		
3	Náklady na lázeňskou péči	Kč	251	273	274	1,09	1,00
4	Náklady na péči v ozdravovnách	Kč	8	9	9	1,12	1,02
5	Náklady na dopravu (zahrnuje dopravní zdravotní službu včetně individuální dopravy, nezahrnuje se doprava z ř. 2 a z ř. 1)	Kč	131	136	140	1,07	1,03
	– navýšení úhrady 1. pololetí 2002 – doprava	Kč			3		
6	Náklady na zdravotnickou záchrannou službu (odb. 709, ZZ nevykazující žádný kód OD)	Kč	79	78	89	1,12	1,14

Pokračování tab. č. 20b na str. 78

Pokračování tab. č. 20b

ř. č.	Ukazatel	m. j.	Rok 2001 skuteč.	Rok 2002 ZPP	Rok 2002 skuteč.	Index skut. 02/01	Index skut. 02 /ZPP 02
7	Náklady na léky vydané na recepty celkem	Kč	2 648	2 721	2 929	1,11	1,08
	v tom:						
	a) předepsané v ambulantních ZZ (samostatná ambulantní ZZ)	Kč	1 788	x	1 935	1,08	
	z toho: u praktických lékařů	Kč		x			
	na specializ. ambul. péči	Kč		x			
	b) předepsané v lůžkových ZZ	Kč	860	x	994	1,16	
8	Náklady na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem	Kč	357	382	397	1,11	1,04
	v tom:						
	a) předepsané v ambulantních ZZ (samostatná ambulantní ZZ)	Kč	238	x	262	1,10	
	b) předepsané v lůžkových ZZ	Kč	119	x	136	1,13	
9	Náklady na léčení v zahraničí (nutná a neodkladná péče)	Kč	1	3	3	2,62	0,93
9a	Náklady na léčení na základě uzavřených mezinárodních smluv	Kč	0	0	2		
10	Ostatní náklady na zdravotní péči (které nelze zařadit do předchozích bodů – do vysvětlivek uvést, co zahrnují)	Kč	107	115	144	1,35	1,26
II.	Náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů	Kč	44	51	48	1,09	0,94
III.	Náklady na zdravotní péči celkem (součet ř. I. + ř. II.)	Kč	12 388	13 279	13 845	1,12	1,04

ř. I: údaj vychází z odd. A III/1 ZFZP
ř. II: údaj vychází z odd. A III/1 Fondu prevence

Vazba na tab. Zdr. nákl. 14 s použitím průměrného počtu pojištěnců tab. Zuk 1 – ř. 2

MT/15/02–ZdrNákl.

Tabulka č. 21a – Celkové náklady na zdravotní péči dle věkové struktury pojištěnců

Věková skupina	Celkové náklady na zdravotní péči v tis. Kč				Index 02/01
	2001	2002			
	celkem	muži	ženy	celkem	
0–4	2 727 002	1 592 115	1 250 749	2 842 864	1,04
5–9	2 005 160	1 044 237	867 388	1 911 625	0,95
10–14	2 321 414	1 250 704	1 085 830	2 336 534	1,01
15–19	2 693 765	1 290 739	1 426 306	2 717 045	1,01
20–24	3 242 394	1 394 192	1 879 984	3 274 176	1,01
25–29	3 723 855	1 598 569	2 453 777	4 052 346	1,09
30–34	3 046 651	1 414 365	1 930 551	3 344 916	1,10
35–39	3 316 929	1 665 651	1 929 008	3 594 659	1,08
40–44	3 960 285	1 870 179	2 071 658	3 941 837	1,00
45–49	5 885 389	2 964 848	3 168 611	6 133 459	1,04
50–54	7 947 922	4 199 000	4 183 601	8 382 601	1,05
55–59	8 292 715	4 887 965	4 424 948	9 312 913	1,12
60–64	6 972 595	4 040 500	3 961 600	8 002 100	1,15
65–69	8 255 644	4 194 014	4 562 198	8 756 212	1,06
70–74	9 237 713	4 679 031	5 714 221	10 393 252	1,13
75–79	8 217 178	3 666 450	5 681 946	9 348 396	1,14
80–84	3 788 372	1 833 447	3 524 138	5 357 585	1,41
85+	3 218 410	899 722	2 606 927	3 506 649	1,09
ostatní	638 976				
Celkem *	89 492 369	44 485 728	52 723 441	97 209 169	1,09

MT/17/02-CelkZdrNákl-věk

* Vychází z údajů ZFZP odd. A/III/1 za rok 2001, 2002 s použitím průměr. počtu pojištěnců – tab. ZUKMT/1/02 - ř. 2

Tabulka č. 21b – Průměrné náklady na zdravotní péči na jednoho pojištěnce ve věkové struktuře

Věková skupina	Průměrné náklady na zdravotní péči * na 1 pojištěnce v Kč						Index 02/01
	2001			2002			
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	
0–4	11 591	9 481	10 565	11 172	9 268	10 246	0,97
5–9	5 855	5 249	5 561	5 994	5 263	5 639	1,01
10–14	5 619	5 026	5 331	5 782	5 319	5 557	1,04
15–19	5 359	6 529	5 929	5 760	6 656	6 198	1,05
20–24	4 640	7 551	6 055	5 118	7 519	6 267	1,04
25–29	5 188	8 341	6 705	5 491	8 988	7 183	1,07
30–34	5 687	7 843	6 719	5 795	8 898	7 255	1,08
35–39	6 405	8 111	7 223	6 846	8 860	7 797	1,08
40–44	8 372	9 717	9 023	8 292	9 999	9 109	1,01
45–49	10 422	11 760	11 076	11 053	12 487	11 750	1,06
50–54	13 727	14 708	14 214	15 131	15 391	15 260	1,07
55–59	18 431	15 805	17 078	20 404	17 540	18 935	1,11
60–64	20 205	17 821	18 914	23 838	19 912	21 718	1,15
65–69	25 890	22 405	23 913	29 362	24 161	26 401	1,10
70–74	28 673	25 279	26 648	34 552	28 431	30 895	1,16
75–79	30 328	26 986	28 169	37 635	31 567	33 698	1,20
80–84	27 810	24 764	25 746	39 144	34 809	36 180	1,41
85+	27 700	27 507	27 559	29 759	35 290	33 684	1,22
ostatní	5 200	7 049	5 988				
Celkem	11 519	13 124	12 344	12 928	14 626	13 796	1,12

MT/18/02-ZdrNákl-1poj-věk

Vazba na ZFZP, odd. A/III/1 a vazba na tab. MT/17/02CelkZdrNákl-věk a MT 13/02 Pojišť.

* celkové náklady na muže (resp. ženy, resp. celkem) dělené přepočtenými průměrnými počty mužů (resp. žen, resp. celkovým počtem pojištěnců – tab. MT/1/02 ř. 2)

Poznámka: v řádku Celkem se uvede vážený průměr

6.2 Provozní fond

Tvorbu i nakládání s provozním fondem upravuje vyhláška Ministerstva financí ČR č. 227/1998 Sb.⁵ Z provozního fondu se čerpají prostředky zejména na úhrady provozních výdajů Pojišťovny souvisejících s prováděním veřejného zdravotního pojištění, na převody do fondu reprodukce investičního majetku (FRIM) a na přiděly do sociálního fondu. Hlavním zdrojem provozního fondu (PF) je přiděl finančních prostředků ze základního fondu zdravotního pojištění, výše přidělu je stanovena citovanou vyhláškou. V etapě tvorby návrhu Zdravotně pojistného plánu na rok 2002 umožňoval propočet maximálního limitu základního přidělu ze základního fondu přiděl ve výši 3 475 mil. Kč.

Na základě vyhodnocení očekávané skutečnosti roku 2002, která oproti návrhu Zdravotně pojistného plánu avizovala rychlejší pokles průměrného počtu pojištěnců a také snížení celkových příjmů, Pojišťovna přehodnotila původně plánovanou výši limitu základního přidělu. Plánovaný limit přidělu byl snížen o 71,3 mil. Kč a představuje částku 3 403,7 mil. Kč.

Limit přidělu byl do tvorby fondu zúčtován v upravené výši. Po této úpravě celková tvorba provozního fondu v roce 2002 dosáhla 3 409,3 mil. Kč (včetně výnosů z prodeje majetku a ostatní tvorby). Skutečné čerpání bylo o 283,6 mil. Kč nižší. Tato úspora byla prostřednictvím zúčtování vnitropodnikových pohledávek a závazků převedena do rezervního fondu.

Největší podíl na nečerpání plánovaných výdajů provozního fondu představuje odložení obnovy identifikačních průkazů pojištěnců, na kterou bylo ve Zdravotně pojistném plánu pro rok 2002 vyčleněno cca 150 mil. Kč. Další nečerpání představuje nákladová položka penalizace od smluvních zdravotnických zařízení za pozdní úhradu poskytnuté zdravotní péče, která byla o cca 180 mil. Kč nižší oproti plánované. Nižšího než předpokládaného čerpání bylo dosaženo u nákladové položky služby a také nenaplněním plánovaného počtu zaměstnanců nebyly plně čerpány původně předpokládané osobní náklady. Oproti tomu byly vynaloženy vyšší výdaje na pořízení materiálových položek – nákladová položka spotřebované nákupy (cca 21 mil. Kč). Vyšší než plánované náklady dosahuje i nákladová položka odpisy investičního majetku.

V 2. polovině roku 2002 Pojišťovna čerpala finanční prostředky na krytí nákladů, které souvisejí se zahájením projektu zaměřeného na zastavení odlivu pojištěnců Pojišťovny. Na základě zpracovaných analýz projekt zahrnuje zlepšení servisu pro lékaře, úpravu systému regulace praktických lékařů, zavedení cílových nabídek pro klíčové skupiny pojištěnců, zlepšení komunikace s pojištěnci. Jedná se např. o elektronický způsob vyúčtování pro lékaře, zavedení programu pro matky s dětmi, dále o přímou a aktivní komunikaci s klienty Pojišťovny a s lékaři a o propracovanou škálu regionálních iniciativ zaměřených na zlepšení vnímání Pojišťovny ze strany pojištěnců a veřejnosti. Z hlediska jednotlivých druhů nákladů se jedná o široké spektrum nákladů.

Čerpání provozního fondu ovlivnily také výnosy provozního fondu (např. z nekomerčního prodeje tiskopisů, metodik a číselníků), které byly v porovnání s plánem o cca 7 mil. Kč vyšší.

Vynaložené náklady provozního fondu představují 3,27 % z celkových příjmů Pojišťovny v roce 2002 a v přepočtu na 1 pojištěnce Pojišťovny cca 444 Kč za kalendářní rok. Po odpočtu penále předepsaného Pojišťovně smluvními zdravotnickými zařízeními (za prodlevu v úhradách poskytnuté zdravotní péče) Pojišťovna čerpala v roce 2002 ke krytí svých nákladů na činnost 3 040,3 mil. Kč, tj. 3,18 % z celkových příjmů Pojišťovny a v přepočtu na 1 pojištěnce Pojišťovny cca 431 Kč.

Pojišťovna přitom byla v roce 2002 na základě svých skutečných příjmů oprávněna převést ze ZFZP na úhradu svých provozních nákladů částku 3 407,3 mil. Kč (maximální výše ročního limitu dle citované vyhlášky MF). Ve srovnání s tímto limitem nečerpání částka činí 287,3 mil. Kč.

Přehled o tvorbě a čerpání, příjmech a výdajích provozního fondu poskytuje následující tabulka č. 22.

Komentář k přehledu o provozním fondu

Část A. II – Tvorba celkem

▲ řádek Ostatní – zahrnuje sponzorský příspěvek

Část B. II – příjmy

▲ v řádku 4. jsou zahrnuty tržby za vedení registrů (centrální registr pojištěnců, informační centrum zdravotního pojištění, kapitační centrum), tržby z prodeje tiskopisů, metodik a číselníků a ostatní příjmy, které neplynou z komerční činnosti

⁵ Vyhláška Ministerstva financí ČR č. 227/1998 Sb. ve znění pozdějších předpisů, kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven, krytých ze zdrojů základního fondu, včetně postupu propočtu tohoto limitu.

Tabulka č. 22 – Přehled o tvorbě a čerpání provozního fondu

A.	Provozní fond – tvorba a čerpání	Rok 2002 ZPP	Rok 2002 skutečnost
		tis. Kč	tis. Kč
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	0	0
II.	Tvorba celkem:	3 475 000	3 409 327
1	Převod ze ZFZP	3 475 000	3 403 700
2	Převod z FRIM ve výši schválené SR		
3	Převod prostředků PF v případě sloučení nebo splnutí ZP		
4	Výnos z prodeje majetku		4 437
5	Mimořádný převod VoZP ČR ze základního fondu		
	Ostatní		1 190
III.	Čerpání celkem:	3 475 000	3 409 327
1	Čerpání PF na vyrovnání účtu 658 s účtem 558-viz oddíl CII-CI	3 152 280	2 858 832
2	Převod do FRIM ve výši schválené SR	300 000	242 200
3	Převod do SF	22 720	22 586
4	Převod do ZFZP		283 688
5	Čerpání finančních prostředků na úhradu ZP z rozhodnutí likvidátora		
6	Kladný rozdíl mezi prodejní a zůstatkovou cenou – převod do FRIM		2 021
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	0	0

B.	Provozní fond – příjmy a výdaje	Rok 2002 ZPP	Rok 2002 skutečnost
		tis. Kč	tis. Kč
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	71 078	53 706
II.	Příjmy celkem:	3 670 290	3 207 554
1	Převod fin. prostředků z bankovního účtu ZFZP	3 420 000	2 998 551
2	Převod fin. prostředků z bankovního účtu FRIM		
3	Úroky	290	455
4	Ostatní příjmy	90 000	76 650
5	Převod zůstatku fin. prostředků PF v případě sloučení nebo splnutí ZP		
6	Přijaté bankovní úvěry		
7	Příjem zálohy a konečného zúčtování na úhradu podílu výdajů na smluvní pojištění a připojištění a ostatní zdaňovanou činnost	160 000	127 466
7a	Příjem zálohy na vedení specifických fondů (VoZP)		
8	Mimořádný příděl VoZP ČR ze základního fondu		
9	Příjmy z prodeje majetku		4 432
10	Prodej cenných papírů v účetní hodnotě		
11	Zisk z prodeje cenných papírů a zisk z finančního umístění		
III.	Výdaje celkem:	3 678 363	3 240 961
1	Provozní výdaje na veřejné zdravotní pojištění – viz oddíl D celkem	2 720 000	2 479 868
2	Převod fin. prostř. na bank. účet FRIM ve výši odpisů veškerého IM, vč. fin. hodnoty zůst. ceny vyřaz. majetku	309 717	355 765
3	Převod fin. prostř. na bank. účet FRIM ve výši schválené SR	466 346	240 635
4	Převod fin. prostředků na bankovní účet SF	22 300	22 455
5	Převod fin. prostředků na bankovní účet ZFZP		
6	Čerpání fin. prostředků na úhradu ZP z rozhodnutí likvidátora		
7	Zúčtování zálohy na úhradu podílu výdajů smluvního pojištění a připojištění a ostatní zdaňovanou činnost	160 000	126 845
7a	Zúčtování zálohy za vedení specif. fondů (VoZP ČR)		
8	Splátky úvěrů souvisejících s provozním fondem		
9	Nákup cenných papírů		
10	Příděl do FRIM – kladný rozdíl mezi prodej. a zůstat. cenou prodaného majetku		672
11	Ztráta z prodeje cenných papírů a ztráta z finančního umístění		
	Interní		14 721
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	63 005	20 299

Pokračování tab. č. 22 na str. 82

C.	Provozní fond – doplňující údaje	Rok 2002 ZPP	Rok 2002 skutečnost
		tis. Kč	tis. Kč
I.	Doplňující údaje k oddílu A III. bodu 1 – údaje z účtu 658 celkem	40 590	47 517
	v tom: a) úroky vztahující se k provoznímu účtu	590	455
	b) ostatní výnosy	40 000	47 062
II.	Doplňující údaje k oddílu A III. bodu 1 – údaje z účtu 5..		
	Provozní náklady celkem (součet ř. a – ř. i):	3 192 870	2 906 349
	v tom: a) mzdy vč. OON	1 158 800	1 144 085
	b) pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění	104 292	101 672
	c) pojistné za zaměstnance na sociální pojištění	301 288	298 203
	d) odměny SR a DR a rozhodčímu orgánu	26 600	18 541
	e) odpisy vč. zůstatkové hodnoty vyřazeného majetku – podíl vztahující se k PF	271 000	369 462
	f) úroky		
	g) pokuty a penále	265 505	85 382
	h) finanční náklady spojené s prodejem cenných papírů		
	i) ostatní provozní náklady	915 385	889 004
	j) ostatní plánované náklady (identifikační průkazy)	150 000	

D.	Provozní fond – doplňující údaje	Rok 2002 ZPP	Rok 2002 skutečnost
		tis. Kč	tis. Kč
II.	Specifikace výdajů B III/1		
	Provozní výdaje celkem (součet ř. a – ř. h):	2 720 000	2 479 868
	z toho na: a) mzdy vč. OON	1 148 000	1 125 734
	b) pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění	103 320	100 283
	c) pojistné za zaměstnance na sociální pojištění	298 480	294 743
	d) odměny SR a DR a rozhodčímu orgánu	25 900	18 085
	e) úroky	120 000	86 039
	g) finanční výdaje spojené s prodejem cenných papírů		
	h) ostatní provozní výdaje	924 300	854 984
	i) ostatní plánované výdaje (identifikační karty)	100 000	

E. Doplňující informace k oddílu B			
1	Stav cenných papírů k 1. 1. ve sledovaném období	0	0
2	Stav cenných papírů k poslednímu dni sledovaného období	0	0

MT/3/02-PF

Poznámky:

- 1 ZP vyplní součty na ř. II., III. a IV. v odd. A i B a dále i součty v oddílech C II a D II.
- 2 Zůstatek B IV. musí finančně odpovídat stavu bankovního účtu včetně termínovaných vkladů, peněz na cestě, zůstatku v pokladně.
- 3 Podíl společných výdajů za zdaňovanou činnost, prvotně uhrazený z provozního fondu, je uveden na ř. B III/7.
- 4 Rozdíl sumářů C II – C I musí odpovídat údajům v bodě 1 oddílu A III.
- 5 V rámci ročního zúčtování by mělo odpovídat saldo B II/7 saldu B III/7.
- 6 Pokud ZP používá při účtování provozních nákladů a výnosů i jiná č. analytických účtů, zahrne je do ostatních výnosů nebo ostatních provozních nákladů.

▲ v řádku 9. jsou zahrnuty příjmy z prodeje majetku (např. vyřazené kopírovací stroje, výpočetní technika, automobily a další); prostředky byly ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného majetku převedeny do fondu reprodukce investičního majetku (FRIM)

Část B. III – výdaje

▲ v řádku 2. je uveden převod finančních prostředků na bankovní účet FRIM ve vý-

ši odpisů veškerého investičního majetku a zůstatkové ceny vyřazeného majetku

▲ v řádku 3. nižší než plánovaný převod pro rok 2002 je způsoben důsledným přístupem k výběrovým řízením dle zákona č. 199/1994 Sb., o zadávání veřejných zakázek, ve znění pozdějších předpisů, který zvětšil časovou náročnost zakázkových výběrových řízení, která proto nebylo možno dokončit podle původního plánu do konce roku 2002

- ▲ v řádku Interní jsou zahrnuty interní převody mezi provozním fondem a ostatními fondy Pojišťovny

Část C. I – doplňující údaje

- ▲ v řádku 2. jsou zahrnuty výnosy veřejného zdravotního pojištění z nekomerčních činností, např. z prodeje tiskopisů, metodik, číselníků, z vedení registru

Část C. II – doplňující údaje

- ▲ v řádku g) jsou zahrnuty pokuty a penále za pozdní úhradu faktur předkládaných zdravotnickými zařízeními za poskytnutou zdravotní péči
- ▲ v řádku i) jsou uvedeny náklady na spotřebované nákupy (materiál, energie), služby (opravy, udržování, cestovné, náklady na reprezentaci, propagaci a ostatní služby) a dále daně, finanční náklady a jiné provozní náklady

Část D. II – doplňující údaje

- ▲ v řádku f) jsou uvedeny zaplacené smluvní pokuty a penále (úroky z prodlení) za pozdní úhradu faktur předložených zdravotnickými zařízeními za poskytování zdravotní péče
- ▲ v řádku h) jsou zahrnuty ostatní provozní výdaje, mezi které patří nákupy standardního provozního materiálu (např. formulářů k výběru pojistného, k vyúčtování zdravotní péče, pro návrhové činnosti lékařů a podávání povinných hlášení atp., dále magnetických nosičů dat, xerografického a tabulačního papíru a tonerů do kopírovacích strojů, kancelářských potřeb a hmotného majetku) a také výdaje na spotřebu energií, pohonných hmot, výdaje na nájemné a na udržování a opravy vlastních a pronajatých provozních prostor, na opravy a údržbu technických zařízení, výdaje na provozní zabezpečení Základního informačního systému Pojišťovny, výdaje na úpravu programového vybavení informačního systému a dále výdaje na výkony spojů, cestovné, propagaci, dodavatelský úklid, ostrahu objektů, inzerci, pořizování dat

z receptů a tiskopisů, poplatky VAKUSu, poradenské služby, audit, výdaje na odbornou průpravu pracovníků Pojišťovny a další položky provozního charakteru. V řádku jsou rovněž zahrnuty výdaje vynaložené v rámci projektu zaměřeného na zastavení odlivu pojištěnců Pojišťovny.

Pojišťovna provozovala i v roce 2002 činnosti podléhající dani z příjmů právnických osob. Rozhodující činností je provozování smluvního pojištění a připojištění podle zákona č. 363/1999 Sb. o pojišťovnictví. V souladu s § 3, odst. 6, vyhlášky MF č. 227/1998 Sb. Pojišťovna sleduje účtování veškerých příjmů i nepřímých provozních nákladů spojených s těmito činnostmi odděleně.⁶

6.3 Fond reprodukce investičního majetku

Finanční prostředky fondu reprodukce investičního majetku (FRIM) jsou využívány dle dlouhodobých plánů pořízení hmotného a nehmotného majetku a výstavby Základního informačního systému na konkrétní akce, které projednává Investiční komise Správní rady a schvaluje Správní rada ÚP VZP ČR. Prioritu má výstavba a zabezpečení Základního informačního systému Pojišťovny. Zbývající investiční prostředky byly plánovány na rekonstrukci a dostavby budov pro základní umístění okresních pojišťoven s nejvyššími nájemnými nebo ohroženými ukončením nájemních smluv, na splátky úvěrů a úroků z úvěrů získaných v roce 1999 na pořízení a rekonstrukci objektu Flora, a také na obnovu a pořízení technických zařízení investičního charakteru, jakými jsou např. motorová vozidla, telefonní ústředny, kancelářská technika, kopírovací stroje apod.

Přehled o tvorbě a čerpání i o příjmech a výdajích poskytuje tabulka č. 23.

⁶ Podíl provozní režie připadající na dani podléhající činnosti se stanovuje takto: náklady, které lze přímo přiřadit jednotlivé činnosti (veřejnému zdravotnímu pojištění nebo dani podléhající činnosti), se účtují jako přímý náklad. Náklady institucionální povahy, které jsou společné, se rozdělují u smluvního pojištění a připojištění podílem počtu pracovníků a výše jejich úvazku (potřebných k vykonávání jednotlivých činností) na celkovém počtu pracovních úvazků Pojišťovny. Mezi přímé náklady (přímo přiřazované) se řadí spotřeba materiálu – tiskopisů, cestovné, posudky, překlady, právní služba, reklama, asistenční služba, bankovní poplatky a výlohy, mzdy pracovníků zabývajících se pouze smluvním připojištěním a jejich sociální a zdravotní pojištění, daně atd. Mezi rozvrhované náklady se řadí např. spotřeba energií, spotřeba magnetických médií, pohonných hmot, přepravné, opravy a udržování, výkony spojů, provoz budovy, nájemné atp. U ostatních zdaňovaných činností, tj. zejména u pronájmu nebytových prostor, se společné (institucionální) náklady klíčí zejména dle čtverečných metrů pronajímané plochy, např. spotřeba energie, dodávka tepla, pojištění majetku, odpisy. Mzdové náklady se rozdělují podle pracovních úvazků.

Tabulka č. 23 – Přehled o tvorbě a čerpání fondu reprodukce investičního majetku

A.	FRIM – tvorba a čerpání	Rok 2002 ZPP	Rok 2002 skutečnost
		tis. Kč	tis. Kč
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	34 736	212 980
II.	Tvorba celkem:	590 015	632 562
1	Tvorba fondu ve výši celkových odpisů (vykázaných na účtu 558)	290 000	388 332
2	Převod z PF ve výši schválené SR	300 000	242 200
3	Úroky	15	9
4	Dary		
5	Převod stan. části hospodář. výsledku po zdanění		
6	Převod zůstatku FRIM v případě sloučení nebo splnutí ZP		
7	Účelové dotace		
8	Převod z PF – kladný rozdíl mezi prod. a zůstatk. cenou prod. majetku		2 021
III.	Čerpání celkem:	751 052	570 828
1	Pořízení IM	736 390	556 092
2	Úroky	14 652	14 650
3	Bankovní a poštovní poplatky	10	86
4	Převod fin. prostředků na bankovní účet PF		
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	-126 301	274 714

B.	FRIM – příjmy a výdaje	Rok 2002 ZPP	Rok 2002 skutečnost
		tis. Kč	tis. Kč
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	100	2 582
II.	Příjmy celkem:	776 078	605 553
1	Příjmy fin. prostředků ve výši celkových odpisů, vč. zůstat. ceny vyř. majetku	309 717	355 765
2	Příjmy fin. prostředků ve výši schválené SR z bankovního účtu PF	466 346	240 635
3	Úroky	15	9
4	Dary		
5	Příjmy fin. prostředků z převodu části HV po zdanění		
6	Převod zůstatku fin. prostředků FRIM v případě sloučení nebo splnutí ZP		
7	Příjmy z účelové dotace		
8	Přijaté bankovní úvěry		
9	Příděl z PF ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou prod. maj.		672
	Ostatní		4 619
	Interní		3 853
III.	Výdaje celkem:	776 078	600 473
1	Výdaje na investice vč. záloh	736 390	556 092
2	Úroky z úvěrů	14 652	14 650
3	Bankovní a poštovní poplatky	10	86
4	Převod fin. prostředků na bankovní účet PF		
5	Splátky bankovních úvěrů	25 026	25 026
	Ostatní		4 619
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	100	7 662

MT/4/02/FRIM

Poznámka:

- 1 V komentáři zdravotní pojišťovna uvede důvody posílení FRIM z rozhodnutí SR v případě, že toto nebylo zahrnuto do ZPP 2002.
- 2 ZP vyplní součty na ř. II., III. a IV. v odd. A i B.

Komentář k tabulce fondu reprodukce investičního majetku

Základním zdrojem pro tvorbu FRIM (tabulka část A II) bylo zúčtování odpisů veškerého investičního majetku Pojišťovny a doplňujícím zdrojem pak převod z provozního fondu Pojišťovny v upravené výši schválené Správní radou (tabulka A II, řádek 2). Oproti plánu vycházela tvorba fondu z kladného počátečního zůstatku. V důsledku toho celková tvorba FRIM pro rok 2002 představuje 632,6 mil. Kč.

Celkové čerpání finančních prostředků na pořízení investičního majetku, včetně úroků a bankovních a poštovních poplatků, mělo dosáhnout plánované výše cca 751,1 mil. Kč (tabulka A, ř. III). Z této částky plán předpokládal pořízení investičního majetku ve výši cca 736,4 mil. Kč (tabulka A III, ř. 1) v členění: obnova a rozvoj informačního systému (cca 448 mil. Kč), stavební investice (cca 258 mil. Kč) a ostatní investice (cca 30 mil. Kč).

Skutečné čerpání fondu na pořízení investičního majetku, včetně bankovních a poštovních poplatků v roce 2002 vycházelo ze zpřesněné tvorby fondu pro rok 2002 na základě dosažené skutečnosti v roce 2001, avšak nebylo realizováno v původně plánované výši. Celkové čerpání fondu v roce 2002 představuje 570,8 mil. Kč (tabulka A III.) a z toho pořízení investičního majetku dosáhlo 556,1 mil. Kč (tabulka A III, ř. 1). Uvedené skutečnosti vedly k tomu, že k poslednímu dni sledovaného období konečný zůstatek FRIM činil 274,7 mil. Kč.

Celkové příjmy fondu (tab. B. II) v roce 2002 činily 605,6 mil. Kč, včetně mylných příjmů na účet FRIM (ř. Ostatní 4,6 mil. Kč) a interních převodů, které obsahují vyrovnání s provozním fondem (ř. Interní 3,8 mil. Kč). Vzhledem k tomu, že prioritou používání disponibilních finančních prostředků Pojišťovny je včasná úhrada závazků za poskytnutou zdravotní péči, nebyly finanční prostředky převáděny na účet FRIM podle plánu, ale podle skutečné potřeby. Toto je i důvodem, proč se příjmy a výdaje FRIM (tabulka B) výrazně liší od tvorby a čerpání FRIM (tabulka A).

Výdaje fondu v roce 2002 byly realizovány ve výši 600,5 mil. Kč (tabulka B III.). Finanční prostředky byly vynaloženy na pořízení investic ve výši 556 mil. Kč, na splátky bankovních úvěrů (25 mil. Kč) a úroků z úvěrů (14,6 mil. Kč). Položka Ostatní zahrnuje mylné příjmy na účet FRIM (4,6 mil. Kč).

Pro zajištění chodu Informačního systému pojišťovny („IS“) bylo vynaloženo 348,5 mil. Kč, zejména:

- ▲ na zvýšení propustnosti komunikační infrastruktury,

- ▲ na další etapu obměny PC v rámci celé Pojišťovny,
- ▲ na udržení a zvýšení provozuschopnosti IS i posílení jeho výpočetního výkonu modernizací serverů a doplněním diskových kapacit v okresních pojišťovnách a Ústřední pojišťovně,
- ▲ na rozšíření kapacity diskového pole pro potřeby projektu migrace NT domény na doménu W2000 Ústřední pojišťovny,
- ▲ na rozšíření komunikační struktury pro nové expozitury a ke zkvalitnění dostupnosti Pojišťovny pro klienty,
- ▲ na dokončení přechodu provozu koncových stanic IS do grafického prostředí,
- ▲ na vývoj a implementaci nových aplikací vyvolaných zejména změnou právních norem a požadovaných odbornými útvary Pojišťovny,
- ▲ na dodávku HW v rámci úlohy „Elektronická komunikace s VZP – Portál“.

Z plánovaných akcí se v oblasti IT a komunikačních sítí uskutečnil pouze nákup 140 ks PC. Nákup NT serveru se posunul do dalšího roku z důvodu posunu termínů projektu Migrace NT infrastruktury. Investiční záměry v oblasti IS nebyly v roce 2002 realizovány v plánovaném rozsahu, což bylo způsobeno tím, že některé investiční akce probíhaly v delším časovém období, než se předpokládalo. Jednalo se o smlouvy a realizaci nákupů SW licencí na produkty firem Oracle a Microsoft, o modernizaci disků v okresních pojišťovnách, o nákup PC a tiskáren a o úpravy aplikačního SW. Tyto zakázky byly dokončovány na přelomu roku a fakturovány začátkem roku 2003. Zpoždění některých akcí bylo způsobeno mj. striktním dodržováním ustanovení zákona č. 199/1994 Sb., o zadávání veřejných zakázek, novelizovaného v září 2002, které ve svém důsledku znamená, že příprava a realizace investičních akcí je nadále organizačně, časově a administrativně mnohem náročnější. Finanční prostředky nevyužité v roce 2002 pro informační systém budou převedeny do roku 2003 a použity v I. čtvrtletí.

V oblasti stavebních investic byly finanční prostředky ve výši 150,8 mil. Kč použity na dokončení výstavby nové budovy pro OP Brno-město, koupi budovy pro OP Zlín, dokončení rekonstrukce budovy OP Opava, zahájení rekonstrukce OP Prachatice, koupi pozemků pro OP Cheb a OP Jičín, stavební úpravy OP Karlovy Vary, Vsetín a Nymburk a projekty pro novou výstavbu OP Hodonín.

V oblasti stavebních investic nebyly oproti původnímu záměru realizovány stavební

akce ve výši 108,6 mil. Kč, a to pro posunutí termínu zahájení a následného dokončení některých stavebních akcí (např. Brno -venkov, Hodonín, Karviná, Jičín, Prachatice, Svitavy).

V oblasti ostatních investic bylo vynaloženo 56,8 mil. Kč v souladu s věcným plánem na obnovu a pořízení technických zařízení investičního charakteru včetně drobných investic, které mají přímou souvislost s pořizováním informačního systému a jsou účetně zařazené v této části investičních prostředků. Pro obnovu automobilového parku Pojišťovny bylo zakoupeno 55 osobních automobilů (26,9 mil. Kč), dále bylo zakoupeno 15 kopírovacích strojů (4,9 mil. Kč), 11 skartovacích (1,0 mil. Kč) a archivační a vizuální systémy, klimatizace, datové rozvody a zabezpečovací technika.

6.4 Sociální fond

V roce 2002 byl sociální fond, v souladu s vyhláškou č. 227/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, tvořen přídělem z objemu nákladů zúčtovaných na mzdy a náhrady mzdy, bez ostatních osobních nákladů, zúčtovaných s provozním fondem ve výši 2 %, a přídělem ze zisku po zdanění roku 2001, a to z činností podléhajících dani z příjmu právnických osob. Dalšími zdroji fondu byly tržby od zaměstnanců z rekreace v rekreačním středisku Pojišťovny, splátky půjček zaměstnanců a přijaté bankovní úroky.

V roce 2002 probíhalo čerpání sociálního fondu podle ustanovení Kolektivní smlouvy a souvisejících vnitropodnikových směrnic, ty však umožnily čerpání na některé aktivity až po schválení ZPP. Posun termínů čerpání u některých akcí negativně ovlivnil použití sociálního fondu ve prospěch zaměstnanců a snížil jeho výdaje. Rovněž srpnové záplavy byly příčinou nečerpání sociálního fondu na aktivity z něj hrazené. Pomoc postiženým byla řešena efektivnějším způsobem mimo sociální fond.

Příjem finančních prostředků byl vyšší než plánované příjmy, neboť bankovní úroky z účtu SF byly o 131 tis. Kč vyšší a je zde promítnuto interní zúčtování ve výši 3 884 tis. Kč (interní pohledávka za prosinec 2001 za provozním fondem byla finančně vyrovnána až na začátku roku 2002). Podobný způsob naplnění sociálního fondu byl použit i v roce 2001. Toto je příčinou rozdílného stavu konečného zůstatku soci-

álního fondu, vykazovaného v části A, a konečného zůstatku finančních prostředků sociálního fondu, vykázaného v části B tabulky.

6.5 Rezervní fond Pojišťovny

Dle § 7, odst. 1, písmene b) zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, v platném znění, by měla činit minimální výše rezervního fondu 2 684 mil. Kč (3 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění Pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky). Už Zdravotně pojistný plán na rok 2002 však s tvorbou rezervního fondu nepočítal pro napjatost bilance základního fondu zdravotního pojištění. Vzhledem k tomu, že výsledkem hospodaření základního fondu zdravotního pojištění byl deficit, případná tvorba by znamenala výrazné zhoršení platební pozice Pojišťovny. Příčiny záporného výsledku hospodaření Pojišťovny jsou popsány v textu celé Výroční zprávy – zde pouze konstatujeme, že k základním příčinám patří zhoršování struktury pojištěnců z hlediska zdravotních rizik a (z hlediska systému veřejného zdravotního pojištění jako celku) nastavený trend růstu nákladů na zdravotní péči, který je strmější než nastavené tempo růstu příjmů.

V průběhu roku 2002 proto Správní rada – v souladu se zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších novel – rozhodla o převedení počátečního zůstatku rezervního fondu ve výši 216 689 tis. Kč do základního fondu zdravotního pojištění. Tento počáteční zůstatek rezervního fondu vznikl v důsledku nižšího čerpání nákladů na činnost Pojišťovny (úspora provozního fondu) v roce 2001.

Vzhledem k tomu, že v roce 2002 Pojišťovna znovu nevyčerpala náklady na činnost Pojišťovny podle schváleného Zdravotně pojistného plánu (viz též komentář k provoznímu fondu), dosažená úspora ve výši 283,6 mil. Kč byla (dle vyhlášky Ministerstva financí č. 227/1998 Sb.) předpisem vzájemných pohledávek a závazků mezi jednotlivými fondy převedena prostřednictvím základního fondu zdravotního pojištění do rezervního fondu a předpokládá se, že s ní bude naloženo tak, jako s úsporou z předchozího roku.

Tabulka č. 24 – Přehled o tvorbě a čerpání sociálního fondu

A.	Sociální fond – tvorba a čerpání	Rok 2002 ZPP	Rok 2002 skutečnost
		tis. Kč	tis. Kč
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	10 313	19 200
II.	Tvorba celkem:	34 730	34 727
1	Převod z PF	22 720	22 586
2	Úroky	150	331
3	Ostatní výnosy	300	183
4	Převod části HV	11 350	11 500
5	Převod zůstatku SF v případě sloučení nebo splnutí ZP		
6	Splátky z půjček zaměstnanců	210	127
III.	Čerpání celkem:	32 990	25 345
1	Čerpání dle vnitropodnikové směrnice (1a+1b)	32 640	25 040
1a	v tom: půjčky	140	135
1b	ostatní čerpání	32 500	24 905
2	Bankovní (poštovní) poplatky	350	305
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	12 053	28 582

B.	Sociální fond – příjmy a výdaje	Rok 2002 ZPP	Rok 2002 skutečnost
		tis. Kč	tis. Kč
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	10 338	18 956
II.	Příjmy celkem:	34 360	38 466
1	Převod fin. prostředků z bankovního účtu PF	22 300	22 455
2	Úroky	200	331
3	Ostatní příjmy	300	169
4	Převod části HV	11 350	11 500
5	Převod zůstatku fin. prostředků SF v případě sloučení nebo splnutí ZP		
6	Splátky z půjček zaměstnancům	210	127
	Interní		3 884
III.	Výdaje celkem:	32 750	25 454
1	Výdaje dle vnitropodnikové směrnice (1a+1b)	32 400	25 149
1a	v tom: půjčky	140	135
1b	ostatní výdaje	32 260	25 014
2	Bankovní (poštovní) poplatky	350	305
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	11 948	31 968

C.	Doplňující informace k oddílu B		
1	Stav půjček zaměstnancům k 1. 1. ve sledovaném období	290	123
2	Stav půjček zaměstnancům k poslednímu dni sledovaného období	210	131

Poznámka:
ZP vyplní součty na ř. II., III. a IV. v odd. A i B

MT/5/02-SF

Tabulka č. 25 – Přehled o tvorbě a čerpání rezervního fondu

A.	Rezervní fond – tvorba a čerpání	Rok 2002 ZPP	Rok 2002 skutečnost
		tis. Kč	tis. Kč
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	6	216 695
II.	Tvorba celkem:	0	283 688
1	Převod ze ZFZP		283 688
2	Úroky		
3	Dary		
4	Zisk z finančního umístění a zisk z prodeje CP		
5	Převod zůstatku RF v případě sloučení nebo splnutí ZP		
6	Kauce žadatele		
III.	Čerpání celkem:	0	216 689
1	Převod do ZFZP		216 689
2	Bankovní a poštovní poplatky		
3	Ztráta z finančního umístění a ztráta z prodeje CP		
4	Úhrada zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora		
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	6	283 694

B.	Rezervní fond – příjmy a výdaje	Rok 2002 ZPP	Rok 2002 skutečnost
		tis. Kč	tis. Kč
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	6	6
II.	Příjmy celkem:	0	0
1	Převod fin. prostředků z bankovního účtu ZFZP		
2	Úroky přijaté		
3	Dar přijatý		
4	Zisk z finančního umístění a zisk z prodeje CP		
5	Převod zůstatku fin. prostředků RF v případě sloučení nebo splnutí ZP		
6	Prodej cenných papírů v účetní hodnotě		
7	Kauce žadatele		
III.	Výdaje celkem:	0	0
1	Převod fin. prostředků na bankovní účet ZFZP		
2	Bankovní a poštovní poplatky		
3	Ztráta z finančního umístění a ztráta z prodeje CP		
4	Úhrada zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora		
5	Nákup cenných papírů		
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni vykazovaného období = I + II – III	6	6

C.	Doplňující informace k oddílu B		
1	Stav cenných papírů k 1. 1. ve sledovaném období	0	0
2	Stav cenných papírů k poslednímu dni sledovaného období	0	0

MT/6/02/RF

Doplňující tabulka – Propočet limitu rezervního fondu

Rok	Propočtová základna – Výdaje základního fondu ZP – v tis. Kč	tis. Kč
1999	85 611 903	
2000	87 165 330	
2001	95 613 743	
	Průměrné výdaje za roky 1999, 2000, 2001:	89 463 659
	3 % z průměru:	2 683 910

Poznámka:

- 1 Údaj B. I. vyjadřuje pouze stav finančních prostředků **bez finančních investic**, které jsou součástí rezervního fondu v souladu s § 7 odst. 1b zákona č. 551/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a § 18 zákona č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
- 2 ZP vyplní součty na ř. II., III. a IV. v odd. A i B
- 3 Jako základna pro výpočet přídelu do RF od r. 1999 jsou použity údaje z oddílu B ZFZP určené na zdravotní péči a uskutečněný převod přídelu do PF. U ZP bude tento propočet navíc zahrnovat i uskutečněný celkový přídel do zajišťovacího fondu do 31. 12. 2001.

6.6 Fond prevence

Fond prevence Pojišťovny byl zřízen v souladu s ustanovením § 7, odst. 2, písm. b) zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. Využití finančních prostředků fondu prevence je zaměřeno na podporu a realizaci zdravotních opatření a programů, které zlepšují zdravotní péči o pojištěnce Pojišťovny a spolupůsobí proti vzniku jejich onemocnění nebo proti zhoršování jejich zdravotního stavu. O čerpání fondu prevence rozhodovaly dle schválených pravidel v roce 2002 komise Správní rady Ústřední pojišťovny pro fond prevence, zdravotní komise Správní rady Ústřední pojišťovny a správní rady okresních pojišťoven.

V roce 2002 přispěla Pojišťovna ze svého fondu prevence např.:

- ▲ na pokračování ozdravných pobytů onkologických pacientů, a to jak dětí, tak i dospělých
- ▲ na realizaci ozdravných pobytů mentálně postižených dětí, které mají svůj handicap kombinován s dalšími přidruženými chorobami, převážně dýchacího ústrojí a kožními onemocněními apod.
- ▲ na realizaci léčebných pobytů dětí u moře pod názvem „Mořský koník“ v Chorvatsku a Řecku s hlavními zdravotními indikacemi psoriáza všech forem, atopický ekzém, bronchiální astma, dermorespirační syndrom, chronická obstruktivní nemoc v soustavném léčení
- ▲ na ozdravné pobyty chronicky nemocných dětí (astma, těžké bronchitidy, ekzémy, poruchy metabolismu tuků, sezónní pylové alergie atd.), které se uskutečnily v Chorvatsku, Švýcarsku a v Řecku
- ▲ na pokračování dlouhodobého projektu, zaměřeného především na prevenci úrazovos-

ti dětí (projekt Bezpečný okres a obec 2002, Národní týden ochrany dětí před úrazy)

- ▲ na projekt zaměřený na prevenci drogových závislostí (komponované pořady „Řekni drogám ne“, které byly pro velký ohlas opět pořádány pro základní a střední školy v jednotlivých okresech za účasti odborníků drogové problematiky a umělců s vlivem na tuto věkovou generaci), v rámci projektu byla rovněž vyrobena a distribuována do všech typů škol informační publikace s názvem „Řekni drogám ne – desatero protidrogové prevence“ a v rámci těchto aktivit byl vyroben a v TV Prima odvysílán 10dílný seriál s názvem „Drogy“
- ▲ na vydání a distribuci Zdravotního a očkovacího průkazu pro děti a mládež, který získal podporu lékařů a rodičů a který byl opakovaně příznivě hodnocen ze strany Světové zdravotnické organizace
- ▲ na podporu zdravotně postižených sportovců, která motivuje další zdravotně postižené občany ke sportovním aktivitám
- ▲ na podporu dárcovství krve a prevenci onemocnění klíšťovou encefalitidou a na prevenci kolorektálního karcinomu
- ▲ na pilotní zdravotní programy, jako je např. ověření možnosti zavedení šetrné a účelné péče při operacích hemoroidů tzv. Longovou metodou, dále ověření možnosti zachytu minimálních stadií nádorového onemocnění prsu u bezpříznakových žen zavedením snadno dostupného preventivního vyšetření prsní žlázy žen v nejrizikovější věkové skupině, a to na základě vlastního rozhodnutí ženy bez doporučení lékaře. Dalšími projekty zahájenými v roce 2002 byly projekty „Analgezie v hospicové péči terminálně onkologicky nemocných“, „Kvantitativní stanovení C-reaktivního proteinu v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost s použitím přístroje QuickRead CRP“ (realizováno s cílem racionální indi-

Tabulka č. 26a – Přehled o tvorbě a čerpání fondu prevence

A.	Fond prevence – tvorba a čerpání	Rok 2002 ZPP	Rok 2002 skutečnost
		tis. Kč	tis. Kč
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	76 766	101 155
II.	Tvorba celkem:	335 100	352 402
1	Tvorba na základě zákona č. 551/1991 Sb. a č. 280/1992 Sb., ve znění pozd. před.	290 000	304 533
1a	v tom: převod z HV	20 000	34 533
1b	podíl dle § 19 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb.		
1c	podíl dle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb.	270 000	270 000
2	Úroky vytvořené na bank. účtu FP	100	207
3	Ostatní (dary)		3 139
4	Předpis příspěvků od pojištěnců	45 000	44 523
III.	Čerpání celkem:	365 300	339 733
1	Preventivní programy	365 000	339 247
2	Úroky z úvěrů		
3	Ostatní (bankovní poplatky)	300	475
4	Odpis penále, přírůžek a pokut k pojistnému		
5	Zúčtování s pojištěnci		11
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	46 566	113 824

B.	Fond prevence – příjmy a výdaje	Rok 2002 ZPP	Rok 2002 skutečnost
		tis. Kč	tis. Kč
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	37 159	66 127
II.	Příjmy celkem	335 100	358 441
1	Příjmy fin. prostř. na zákl. zák. č. 551/1991 Sb. a zák. č. 280/1992 Sb., ve znění pozd. před.	290 000	304 533
1a	v tom: převod z HV	20 000	34 533
1b	podíl dle § 19 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb.		
1c	podíl dle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb.	270 000	270 000
2	Úroky vytvořené na bank. účtu FP	100	207
3	Ostatní (dary)		3 118
4	Příjem úvěru		
5	Příjem doplatku od pojištěnců	45 000	45 127
	Interní		5 456
III.	Výdaje celkem:	365 300	349 619
1	Výdaje na preventivní programy	365 000	343 586
2	Úroky z úvěrů		
3	Ostatní (bankovní poplatky)	300	475
4	Splátky úvěru		
5	Vrácení plateb od pojištěnců		5 558
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II – III	6 959	74 949

C. Doplnující informace			
1	Stav cenných papírů k 1. 1. ve sledovaném období	0	0
2	Stav cenných papírů k poslednímu dni sledovaného období	0	0

Poznámky:

- 1 ZP vyplní součty na ř. II., III., a IV. v odd. A i B.
- 2 Konečný zůstatek B IV. odpovídá součtu zůstatku na bankovním účtu, zůstatku finančních prostředků na termínovaných vkladech (pokud jsou sledovány na jiném BÚ) a stavu pokladny FP.

MT/7/02/Fprev

ř. č.	Struktura přidělu do FP za tu část přidělu, která není prováděna převodem ze ZFZP	sl. 1	sl. 2	sl. 3 = 1 + 2
		tis. Kč	převod ze ZFZP	celkem
	K odd. A/II		270 000	270 000
1	Výnosy z pokut a penále			
2	Výnosy z přírážek k pojistnému			
3	Výnosy z pokut ZZ			
4	Výnosy z úroků ZFZP			
				celkem sl. 3 = 1 + 2
	K odd. B/II		270 000	270 000
1	Příjmy z pokut a penále			
2	Příjmy z přírážek k pojistnému			
3	Příjmy z pokut ZZ			
4	Příjmy z úroků ZFZP			

Pokud ZP provádí přiděl na ř. A II 1b) a B II 1b) oběma možnými způsoby (tj. převodem ze ZFZP a současně i přímo na FP), vyplní v tabulce sl. 1 a sl. 2. Hodnota součtu sl. 1 a 2 má odpovídat údajům na A II 1b, případně B II 1b.

kace antibiotické léčby s využitím přístroje, který umožňuje rychlou a časnou diagnostiku bakteriálních infekcí a jejich odlišení od infekcí virových)

- ▲ na příspěvky na úhradu fixního ortodontického aparátu pro děti ve věku 10–19 let
- ▲ na projekt zaměřený na internetový přístup ke zdravotním informacím pacienta. Tento projekt si klade za cíl vytvoření určité databáze zdravotních informací pacienta, a to na základě jeho žádosti s tím, že do záznamů zapisují poskytovatelé zdravotní péče shrnující informace o poskytnuté zdravotní péči. Záznam je umístěn na zabezpečené veřejné datové síti – Internetu s tím, že přístup ke čtení má pouze klient. Záznam dovoluje, aby klient na základě svého osobního rozhodnutí se-

znamoval s informacemi o jemu poskytnuté zdravotní péči a jejích výsledcích své ošetřující lékaře či další osoby. Projekt předpokládá zlepšení možnosti komunikace mezi jednotlivými lékaři – se souhlasem pacienta mají možnost v reálném čase sdílet např. závěry klinických vyšetření, výsledky provedených laboratorních a dalších testů, což povede k rychlejšímu a správnějšímu rozhodování o diagnóze a léčbě, zabraňování zbytečně poskytované zdravotní péče, především zbytečného opakování již provedených vyšetření, předepisování již předepsaných léků a další péče. Projekt byl pilotně odzkoušen v roce 2001 a od poloviny roku 2002 probíhá jeho ověřovací provoz tak, aby mohl být realizován v celé ČR.

Tabulka č. 26b – Náklady na preventivní zdravotní péči hrazené z fondu prevence v roce 2002

Účelová položka		Počet účastníků v roce 2002	Rok 2001 skutečnost tis. Kč	Rok 2002 ZPP tis. Kč	Rok 2002 skutečnost tis. Kč	% skuteč. 2002 ZPP 2002	% skuteč. 2002 skuteč. 2001
1	Zdravotní programy celkem		82 578	147 000	100 449	0,68	1,22
	preventivní programy		8 238		17 020		2,07
	výchova ke zdrav. živ. způsobu		62 469		49 473		0,79
	očkování		8 454		7 979		0,94
2	Ozdravné pobyty celkem		232 405	218 000	233 070	1,07	1,00
	z toho: Mořský koník	5 849	173 289		164 867		0,95
	onkol. nemocné děti		21 707		26 354		1,21
	mentál. a zdrav. postiž.		30 579		36 849		1,21
3	Další činnosti		4 010		5 728		1,43
	klinické zkoušení nových výkonů a metod a podpora dárcovství krve a kostní dřeně		4 010		5 728		1,43
	Náklady na preventivní zdravotní péči celkem*		318 993	365 000	339 247	0,93	1,06

* Vazba na údaje tab. Fprev. oddíl A III 1)

6.7 Ostatní zdaňované činnosti

Ostatní zdaňované činnosti Pojišťovny jsou služby, které podléhají dani z příjmů právnických osob. Dle zákona č. 586/1992 Sb., o dani z příjmů, podléhá ostatní zdaňovaná činnost Pojišťovny dani z příjmů právnických osob, jejíž výše je 31 %. Daň z příjmů právnických osob je zahrnuta v ostatních provozních nákladech v řádku č. 1h v části A II. tabulky Ostatní zdaňované činnosti.

Výnosy ostatní zdaňované činnosti tvoří komerční prodej metodik a číselníků nesmluvním partnerům, poskytování ubytovacích služeb při lázeňských a rekreačních pobytech v Luhačovicích, penzijní připojištění a pronájem bytových a nebytových prostor. Nejvyšší výnosovou položku v této skupině ostatních zdaňovaných činností tvoří pronájem bytových a nebytových prostor.

Náklady na zdaňovanou činnost Pojišťovny tvoří mzdy, pojistné na sociální a zdravotní pojištění, odpisy investičního majetku a ostatní provozní náklady. Přepočtený počet zaměstnanců činil 14 osob. Z celkových nákladů tvoří největší skupinu ostatní provozní náklady (cca 44 %) včetně daně z příjmů právnických osob a odpisy investičního majetku (cca 36 %).

6.8 Smluvní pojištění a připojištění

Počátkem roku 2002 probíhalo na Ministerstvu financí ČR jakožto orgánu státního dozoru v pojišťovnictví povolovací řízení k provozování smluvního zdravotního pojištění a připojištění ve VZP ČR.

Dne 29. května 2002 Pojišťovna obdržela rozhodnutí o udělení povolení k provozování pojišťovací činnosti a činností souvisej-

Tabulka č. 27 – Přehled o ostatní zdaňované činnosti

A.	Ostatní zdaňovaná činnost	Rok 2002 ZPP	Rok 2002 skutečnost
		tis. Kč	tis. Kč
I.	Výnosy celkem	24 740	25 326
1	Výnosy ze zdaňované činnosti	24 690	25 298
2	Úroky	50	28
3	Výnosy z prodeje finančních investic a CP		
II.	Náklady celkem	21 740	21 622
1	Náklady na zdaňovanou činnost pojišťovny	21 740	21 622
1a	– mzdy vč. OON	3 160	3 273
1b	– pojistné na zdr. pojištění zaměstnanců ZP	280	290
1c	– pojistné na soc. pojištění zaměstnanců ZP	820	850
1d	– odpisy IM – podíl vztahující se k Ozč	8 000	7 768
1e	– úroky		
1f	– pokuty a penále		
1g	– finanční náklady spojené s prodejem cenných papírů		
1h	– ostatní provozní náklady	9 480	9 441
III.	Hospodářský výsledek = I – II	3 000	3 704

B. Doplnující informace			
1	Stav cenných papírů k 1. 1. ve sledovaném období	0	0
2	Stav cenných papírů k poslednímu dni sledovaného období	0	0

MT/8/02/Zdč

Poznámky:

ZP vyplní součty na ř. I. a II.

- 1 Tabulka zahrnuje veškerou zdaňovanou činnost provozovanou v souladu se statutem pojišťovny, s výjimkou smluvního pojištění a připojištění.
- 2 Náklady na zdaňovanou činnost vyjadřují celkové náklady na tuto činnost, včetně podílu nákladů, hrazených prvotně z bankovního účtu provozního fondu, na základě poskytnutých záloh.
- 3 Cenné papíry – pouze vztahující se k této činnosti.

Tabulka č. 28 – Smluvní pojištění a připojištění

A.	Smluvní pojištění a připojištění	Rok 2002 ZPP	Rok 2002 skutečnost
		tis. Kč	tis. Kč
I.	Výnosy celkem	827 616	844 848
1	Výnosy z předpisu hrubého pojistného na smluvní pojištění	159 855	125 650
2	Výnosy z hrubého pojistného na připojištění	260 480	213 009
3	Výnosy z pokut a penále	30	7
4	Výnosy z finančního umístění	292 000	395 599
5	Použití technických rezerv	166 113	150 420
6	Podíl zajišťovatelů na výnosech	-66 930	-49 438
7	Úroky	1 500	1 645
8	Ostatní	14 568	7 956
II.	Náklady celkem	781 040	794 504
1	Provozní náklady na sml. pojištění a připojištění	456 608	548 149
1a	– mzdy vč. OON	55 216	46 187
1b	– pojistné na zdr. pojištění zaměstnanců ZP	4 969	4 134
1c	– pojistné na soc. pojištění zaměstnanců ZP	14 356	11 939
1d	– odpisy – podíl vztahující se k této činnosti	11 000	11 063
1e	– úroky		
1f	– pokuty a penále		
1g	– finanční náklady spojené s prodejem cenných papírů	287 000	382 032
1h	– zbývající provozní náklady	84 067	92 794
2	Náklady na pojistná plnění smluvního pojištění	55 661	46 183
3	Náklady na pojistná plnění připojištění	114 611	89 484
4	Tvorba technických rezerv	169 117	138 457
5	Podíl zajišťovatelů na nákladech na pojistná plnění	-56 674	-42 379
6	Ostatní	41 717	14 610
III.	Hospodářský výsledek = I – II	46 576	50 344

B.	Doplňující informace		
1	Stav cenných papírů k 1. 1. ve sledovaném období	190 000	180 155
2	Stav cenných papírů k poslednímu dni sledovaného období	200 000	194 121

MT/9/02/SmlPoj

Poznámky:

- 1 Provozní náklady na smluvní pojištění a připojištění vyjadřují veškeré provozní náklady, včetně podílu provozních nákladů hrazených prvotně z bankovního účtu provozního fondu (ze záloh poskytovaných z prostředků sml. pojištění).
- 2 ZP vyplní součty na ř. I., II. a III.
- 3 Řádek A I 6 zahrnuje podíl zajišťovatelů na výnosech z předepsaného hrubého pojistného, na použití rezerv a provize od zajišťovatelů.
- 4 Řádek A II 5 zahrnuje podíl zajišťovatelů na nákladech na pojistná plnění a podíl zajišťovatelů na tvorbě rezerv.

cích. Povolení se vztahuje na pojišťovací činnost, zprostředkovatelskou činnost, poradenskou činnost, šetření pojistných událostí prováděné na základě smlouvy s pojišťovnou.

V souladu s tímto povolením, podle obchodního a pojistného plánu, probíhala v Pojišťovně realizace plánovaných komerčních aktivit.

Celkové výnosy byly odhadovány ve výši cca 827,6 mil. Kč. Skutečnost se téměř shoduje s výchozím předpokladem, navýšení celkových výnosů oproti plánu je ve výši 2 %.

Vzhledem k tomu, že zároveň téměř o dvě procenta vzrostly proti plánovaným skutečné celkové náklady, není rozdíl mezi skutečným a plánovaným hospodářským výsledkem výrazný. Přepočtený počet zaměstnanců činil 170 osob. Celkový hospodářský výsledek roku 2002 před zdaněním činí 72,3 mil. Kč. Daňová povinnost představuje 22 mil. Kč.

Přínosem pro výslednou bilanci jsou poklesy v nákladových položkách na pojistná plnění, a to jak za smluvní zdravotní pojištění, tak za produkty smluvního zdravotního připojištění.

Tabulka č. 29 – Přehled vybraných ukazatelů komerčního pojištění pouze pro VZP ČR

ř. č.	Ukazatel	Rok 2002 skutečnost
1	Celkové výnosy z komerčního pojištění	844 848 tis. Kč
2	Předepsané hrubé pojistné celkem	338 659 tis. Kč
3	Předepsané hrubé pojistné postoupené zajišťovatelům	-49 438 tis. Kč
4	Náklady celkem	794 504 tis. Kč
5	Náklady na pojistná plnění celkem	135 667 tis. Kč
6	Náklady na pojistná plnění postoupená zajišťovatelům	-42 379 tis. Kč
7	Výnosy z finančních umístění	395 599 tis. Kč
8	Zisk celkem	50 344 tis. Kč
9	Počet uzavřených pojistných smluv	540 421
10	Počet zrušených pojistných smluv	1 976
11	Průběh škodovosti	40,07 %
12	Technické rezervy	172 349 tis. Kč
	z toho:	
	– rezerva na pojistná plnění	49 930 tis. Kč
	– rezerva na nezasloužené pojistné	78 292 tis. Kč
	– vyrovnávací rezerva	44 127 tis. Kč
	– jiné technické rezervy	0

MT/10/02-KomPoj.VZP

Poznámky:

- 1 Řádek 3 zahrnuje podíl zajišťovatelů na výnosech z předepsaného hrubého pojistného, na použití technických rezerv a provize od zajišťovatelů.
- 2 Řádek 6 zahrnuje podíl zajišťovatelů na nákladech na pojistná plnění a podíl zajišťovatelů na tvorbě rezerv.



SOUHRNNÝ PŘEHLED VYBRANÝCH UKAZATELŮ O ČINNOSTI POJIŠŤOVNY

7.1 Přehled vybraných ukazatelů

Počet pojištěnců na konci roku 2002 činil 6 956 348 osob a byl tak o 89 652 osob nižší, než předpokládal Zdravotně pojistný plán pro rok 2002. Počet pojištěnců však byl o cca 221 tisíc osob nižší než v roce 2001. Podíl pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, činil 58 % (část A, I. – řádek 1, 2).

Pojišťovna pořídila v roce 2002 hmotný a nehmotný investiční majetek za 591 mil. Kč (část A, II. – řádek 4). Její finanční investice, pocházející z umístění technických rezerv smluvního zdravotního pojištění a připojištění, vzrostly celkem o 14 mil. Kč (část A, II. – řádek 5, 6).

V průběhu roku 2002 Pojišťovna řádně splácela úvěry přijaté pro fond reprodukce investičního majetku (roční splátky činily 25,2 mil. Kč). Zůstatek přijatých úvěrů koncem roku činil 149,5 mil. Kč (část A, II. – řádek 9).

Přepočtený počet pracovníků Pojišťovny k 31. prosinci 2002 činil 4921 osob (část A, II. – řádek 17).

Maximální možný limit nákladů na činnost Pojišťovny v roce 2002 činil podle vyhlášky Ministerstva financí celkem 3 407 mil. Kč. Skutečný příděl do provozního fondu Pojišťovny v roce 2002 činil 3 403 mil. Kč (část A, II. – řádek 21, 22). Z tohoto přídělu ovšem uspořila 283,6 milionů Kč.

Celkové závazky Pojišťovny vůči zdravotnickým zařízením vzrostly o cca 1,6 miliardy Kč, v průběhu roku 2002 se bohužel zhoršovala finanční pozice Pojišťovny, což vedlo k vzniku závazků po lhůtě splatnosti na konci roku ve výši 2,5 miliardy Kč – viz též komentář k ZFZP.

V částce „ostatních závazků ve lhůtě splatnosti“ (část A, III. – řádek 23c) jsou zahrnuty konečné zůstatky závazků z provozního fondu (515 mil. Kč, z toho 181 mil. Kč činí závazky vyplývající ze sankcí předepsaných smluvními partnery), fondu reprodukce investičního majetku (75 mil. Kč, nejsou zde zahrnuty přijaté úvěry), zvláštního účtu pro přerozdělování pojistného mezi zdravotními

pojišťovnami, kterého je Pojišťovna správcem (437 mil. Kč), fondu prevence, sociálního fondu a smluvního pojištění a připojištění.

Pohledávky Pojišťovny zobrazené v řádku 24 části A, III. se oproti roku 2001 zvýšily v roce 2002 o 5,3 miliardy Kč. Pohledávky za plátcí pojistného vzrostly o 5,2 miliardy Kč, z toho pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti vzrostly o 4,5 miliardy Kč. Projevuje se zde vedle vlivu zvýšeného počtu pracovníků v oblasti správy pohledávek i vliv změny zákona, která od poloviny roku 2002 umožňovala dlužníkům uhrazovat nejprve dlužné pojistné a až poté dlužné penále. Pohledávky vůči poskytovatelům zdravotní péče (část A, III., řádek 24c) vzrostly o 20 mil. Kč a udržují se na relativně vysoké úrovni v důsledku vysokých záloh poskytovaných podle stanovených systémů financování zejména lůžkovým zařízením.

V ostatních pohledávkách (část III., řádek 24e, f) jsou zahrnuty pohledávky Pojišťovny vůči zvláštnímu účtu pro přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami, pohledávky tohoto účtu vůči ostatním zdravotním pojišťovnám, dále pohledávky za náhradami škod, pohledávky smluvního pojištění a připojištění.

7.2 Doplňující údaje

Také v roce 2002 Pojišťovna zajišťovala agendu Česko-německého fondu budoucnosti, pro který prováděla – v úzké spolupráci s Ministerstvem zahraničních věcí a Koordinační komisí – výplatu dávek sociální pomoci. Celková vyplacená částka činila 150 mil. Kč.

Další agendou svěřenou Pojišťovně bylo provádění přerozdělování pojistného a správa bankovního účtu pro přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami podle platného znění zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Pohledávky a závazky tohoto účtu jsou zahrnuty v tabulce „Přehled základních ukazatelů o činnosti zdravotní pojišťovny“ (část A, III. – řádek 23c, d).

Tabulka č. 30 – Přehled základních ukazatelů o činnosti zdravotní pojišťovny v roce 2002

ř. č.	Název ukazatele	Měr. jedn.	Rok 2001 skutečnost	Rok 2002 ZPP	Rok 2002 skutečnost
ODDÍL A					
I. Pojištěnci					
1	Počet pojištěnců celkem k poslednímu dni sledovaného období	osob	7 177 318	7 046 000	6 956 348
	z toho: státem hrazení	osob	4 148 287	4 126 000	4 018 404
2	Průměrný počet pojištěnců za sledované období	osob	7 249 981	7 096 167	7 045 953
	z toho: státem hrazení	osob	4 207 866	4 149 833	4 068 618
	v tom: do 60 let	osob	2 665 836	2 619 500	2 544 073
	nad 60 let	osob	1 542 030	1 530 333	1 524 545
II. Ostatní ukazatele					
3	Investiční majetek včetně poskyt. záloh pořízený k posl. dni sledov. období	tis. Kč	3 502 387	4 150 542	3 702 381
4	Investiční majetek včetně poskyt. záloh pořízený za sled. období	tis. Kč	367 542	736 390	591 255
	v tom: a) hmotný, nehmotný majetek na vlastní činnost	tis. Kč	367 542	736 390	591 255
	b) ostatní investiční majetek	tis. Kč			
5	Finanční investice k posl. dni sled. období	tis. Kč	180 155	200 000	194 121
6	Finanční investice za sledované období	tis. Kč	48 972	10 000	13 965
7	Přijaté bankovní úvěry celkem (strana Dal přísl. účtů, bez řádků 10, 13 a 16)	tis. Kč			
	v tom: a) dlouhodobé	tis. Kč			
	b) krátkodobé	tis. Kč			
8	Splátky bankov. úvěrů krátkod. i dlouhod. celkem (strana MD přísl. účtů)	tis. Kč	23 646	25 026	25 026
9	Nesplacený zůstatek bankovních úvěrů k posled. dni sled. období	tis. Kč	174 501	149 475	149 475
10	Přijaté bezúročné půjčky od KoB ve sled. období	tis. Kč			
11	Splacení bezúroč. půjčky od KoB ve sled. období	tis. Kč			
12	Nesplacený zůstatek bezúročné půjčky od KoB k posl. dni sled. období	tis. Kč			
13	Přijaté návratné finanční výpomoci ze stát. rozpočtu ve sled. období	tis. Kč			
14	Splacení návratné finanční výpomoci ze stát. rozpočtu ve sled. období	tis. Kč			
15	Nesplacený zůstatek návratné finanční výpomoci ze stát. rozpočtu k posl. dni sled. období	tis. Kč			
16	Přijaté finanční dary a nenávratné dotace	tis. Kč			
17	Přepočtený počet zaměstnanců k poslednímu dni sledovaného období *)	osob	4 927	5 200	4 921
18	Průměrný přepočtený počet zaměstnanců *)	osob	4 896	4 970	4 911
19	Vypočet limitu nákladů na činnost dle platné vyhlášky MF **)	%	3,55	3,56	3,56

Pokračování tab. č. 30 na str. 99

ř. č.	Název ukazatele	Měr. jedn.	Rok 2001 skutečnost	Rok 2002 ZPP	Rok 2002 skutečnost
20	Rozvňová základna pro propočet pñídělu do provozního fondu	tis. Kč	95 825 220	97 629 000	95 710 046
21	Maximální limit nákladů na činnost z dosažené rozvňové základny	tis. Kč	3 401 795	3 475 592	3 407 278
22	Skutečný pñíděl ze ZFP do provozního fondu	tis. Kč	3 106 000	3 475 000	3 403 700
III. Závazky a pohledávky					
23	Závazky celkem k posl. dni sledovaného období	tis. Kč	10 020 268	14 417 000	14 366 037
	v tom: a) závazky vůči zdrav. zařizením ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	9 077 548	11 417 000	10 672 191
	b) závazky vůči zdrav. zařizením po lhůtě splatnosti	tis. Kč	0	0	2 545 881
	c) ostatní závazky ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	942 720	3 000 000	1 147 965
	d) ostatní závazky po lhůtě splatnosti	tis. Kč			
24	Pohledávky celkem k posl. dni sledovaného období	tis. Kč	21 339 821	24 854 732	26 709 710
	v tom: a) pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	6 051 223	6 500 000	6 799 568
	b) pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti	tis. Kč	13 145 700	17 192 000	17 656 203
	c) pohledávky vůči zdravotnickým zařizením ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	1 130 938	200 000	1 150 781
	d) pohledávky vůči zdravotnickým zařizením po lhůtě splatnosti	tis. Kč			
	e) ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	909 228	860 000	1 000 787
	f) ostatní pohledávky po lhůtě splatnosti	tis. Kč	102 732	102 732	102 371

*) ZP uvedou na celá čísla bez desetín. míst

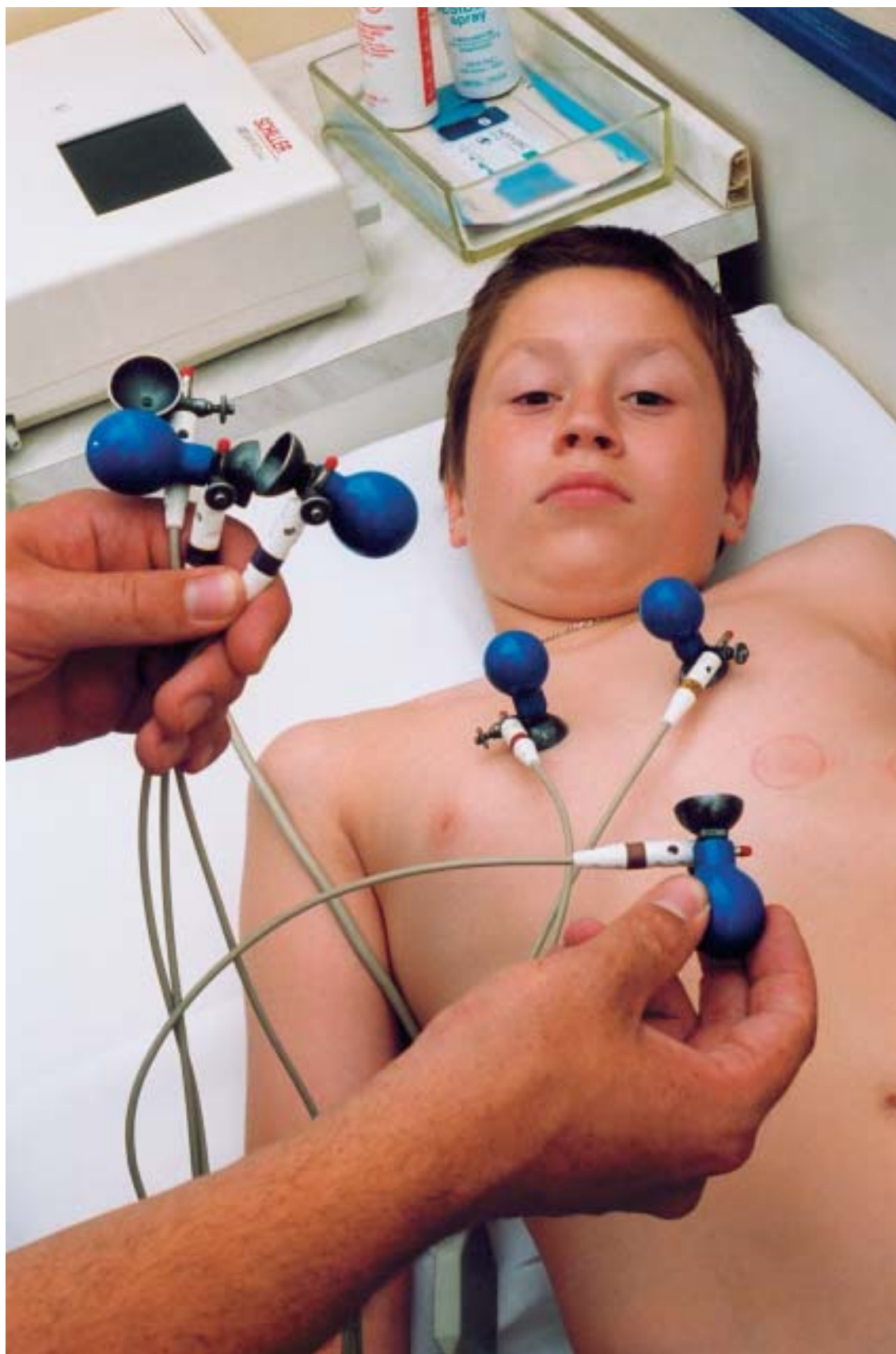
**) ř. 19 limit zaokrouhlit na 2 desetinná místa

MT/1/02–Žuk

25	Objem finančních investic ve FIM	tis. Kč	0	0	0
----	----------------------------------	---------	---	---	---

Poznámky:

- Na ř. 5 bude uveden celkový objem finančních investic dané ZP – tj. součet ř. 2 z doplňujících tabulek jednotlivých fondů, ostat. zdaň. činnosti, smluvního pojištění případně doplněný o hodnotu finančních investic vedených ve fondu investičního majetku.
- Na ř. 6 bude uveden celkový součet rozdílů z ř. 2–1 doplňujících tabulek o stavu CP u všech fondů, zdaň. činnosti a smluv. poj., příp. přírůstek nebo úbytek ve fondu IM.
- Do závazků na ř. 23 se nezahrnují závazky na ř. 9, 12 a 15.
- Na ř. 1 – stavy pojištěnců k 31. 12. ZP uvedou údaje z 12. přezkoumání, resp. opravného hlášení za 12. měsíc.
- Na ř. 2 pro výpočet průměrného počtu pojištěnců ZP použijí údaje o stavu pojištěnců z přezkoumání, resp. z opravných hlášení za jednotlivé měsíce/děleno 12.



ZÁVĚRY

Výsledný obraz systému veřejného zdravotního pojištění se v roce 2002 v mnoha ohledech podobal obrazu, který se – byť s poněkud jinak akcentovanými komponentami – postupně utvořil již v předchozích letech. V jeho rysech nechyběly ani prvky kladné, za jaké je možno považovat růst obecného povědomí o potřebě systémových změn, reformní návrhy a snahy či tendence k autoregulaci, ani prvky záporné, mezi které patří nejenom přetrvávající chronické problémy systému z dřívějších let, ale také novější vývojové tendence a vlivy, o kterých nelze tvrdit, že přispívají ke zvýšení stability systému a plynulosti financování zdravotní péče. Je možné, že dopady nekorigovaných systémových nedostatků vnímala a vnímá Pojišťovna poněkud intenzivněji než ostatní účastníci systému veřejného zdravotního pojištění. To je však vysvětlitelné tím, že po celou dobu existence systému Pojišťovna byla a je rozhodujícím plátcem zdravotní péče a proto i institucí, na kterou byly zdravotnickými zařízeními kladeny největší finanční požadavky a na kterou proto také nejvíce dopadaly – v podobě hospodářských ztrát a vzniku závazků po lhůtě splatnosti – důsledky eskalovaných a trpěných finančních nároků.

Mezi hlavní cíle Pojišťovny bylo v roce 2002 zařazeno provedení takových robustních změn v oblasti práce s pojistným kmenem Pojišťovny, které by vedly ke zlepšení současných trendů v pohybu pojištěnců a tím i ke stabilizaci klientského portfolia a zlepšení jeho struktury. Důvodem ke změně orientace Pojišťovny byla skutečnost, že kumulace pojištěnců s vysokými a nákladnými zdravotními riziky v pojistném kmeni překročila (ve zdravotním pojištění) obvyklou mez a počala velmi nepříznivě a k neprospěchu celého systému péče o zdraví negativně ovlivňovat nákladovou stránku a tím i celkovou bilanci základního fondu zdravotního pojištění. K pozitivnímu ovlivnění celkové finanční bilance Pojišťovny mělo přispět také pokračování realizace zdravotní politiky (konformní s moderními evropskými a světovými trendy) stanovené Zdravotně pojistnými plány a zaměřené na dosažení změn v systému poskytování zdravotní péče, a to přesměrováním finančních toků plynoucích mezi hlavní segmenty jejích protagonistů. Za uvedených předpokladů a za minulým vývojem nastaveného finančního východiska bylo pro rok 2002 plánováno dosažení vyrovnané finanční bilance, nikoli však vytvoření dostatečné finanční rezervy, která by pokrývala měsíční a sezónní výkyvy mezi příjmy a potřebou výdajů.

V roce 2002 Pojišťovně ubylo proti roku 2001 celkem 220 970 pojištěnců, tj. 3,1 % z celkového počtu Pojišťovnou pojištěných osob a o cca 50 tis. pojištěnců více, než činil původní předpoklad. Také změny v poskytování zdravotní péče se v roce 2002 – vzhledem k nemožnosti provedení změny v alokaci zdrojů – prosazovaly jen velmi pomalu. V roce 2002 se nezměnil ani dosavadní trend růstu nákladů na zdravotní péči (čerpanou pojištěnci Pojišťovny), který vedl k jejich zvýšení o celkem cca 9 %. Původně předpokládaná diferenciací příjmů hlavních segmentů poskytovatelů zdravotní péče nebyla z objektivních důvodů realizována. Za objektivní je pak nutno považovat – z pohledu Pojišťovny – skutečnost (působící již v roce 2001), že rozhodování o cca 80 % nákladů na zdravotní péči je – vinou nedohod mezi protagonisty dohodovacích řízení a nedokonalého právního předpisu – svěřeno do rukou státní správy. Její prioritou však není zabezpečení finanční rovnováhy v systému veřejného zdravotního pojištění, protože jinak by o výši úhrad nemohlo být rozhodováno bez ohledu na skutečný vývoj zdrojů. Beze změny přerozdělování zdrojů mezi zdravotními pojišťovnami, která by zohlednila nákladnost pojistného kmene, nelze směřovat k zajištění této rovnováhy. Tato skutečnost se pak dotýká především Pojišťovny, která disponuje takovým portfoliem pojištěnců, které je v relativně velké míře zatíženo vysokým rizikem potřeby čerpání lůžkové a nákladné zdravotní péče.

Finanční pozice Pojišťovny na konci roku 2002 nemohla neodrážet shora naznačené dilema, tj. že cca 4% růst příjmů Pojišťovny nepokryl zhruba 9% růst nákladů na zdravotní péči a že výsledkem hospodaření Pojišťovny v roce 2002 je deficit, jehož vnějším odrazem (v cash-flow) jsou neuhrazené závazky po lhůtě splatnosti vůči poskytovatelům zdravotní péče ve výši cca 2,5 miliardy Kč.

Metodika zpracování a předkládání výročních zpráv činných zdravotních pojišťoven za rok 2002, vydaná Ministerstvem zdravotnictví ve spolupráci s Ministerstvem financí, stanoví kritéria, která má každá zdravotní pojišťovna v závěrech své výroční zprávy za rok 2002 zhodnotit. V následujících bodech je proto výsledek hospodaření hodnocen podle stanovené metodiky (viz také kap. 7).

1. Pojišťovna nepřijala pro potřeby základního fondu zdravotního pojištění v roce 2002 žádný úvěr, takže zůstatek běžných účtů byl koncem roku vyšší než zůstatek přijatých úvěrů.

2. K 31. 12. 2002 evidovala Pojišťovna v operativní evidenci závazky po lhůtě splatnosti vůči poskytovatelům zdravotní péče ve výši 2 545 milionů Kč. Příčinou tohoto stavu je (řečeno zjednodušeně) dosažený růst čerpání základního fondu zdravotního pojištění na zdravotní péči ve výši cca 9 %, který nemohl pokrýt pouze 4% růst jeho příjmů. Odkup pohledávek Českou konsolidační agenturou (dříve Konsolidační bankou, s. p. ú.) od zdravotních pojišťoven v roce 2001 sice částečně odstranil následky strukturálních nedostatků za předchozí léta, ale neodstranil a ani nemohl odstranit příčiny negativního vývoje.
3. Rezervní fond Pojišťovny se v roce 2002 nepodařilo naplnit. Minimální výše rezervního fondu Pojišťovny měla pro rok 2002 (podle § 7 odst. 1 písmene b platného znění zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR) činit 3 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění za bezprostředně předcházející 3 roky (1999, 2000, 2001), tj. cca 2 684 mil. Kč. Finanční naplnění rezervního fondu do této výše (stažením peněz z oběhu a jejich depozicí) by však mělo za následek prohloubení finanční nerovnováhy základního fondu zdravotního pojištění a prodloužení objemu i lhůty splatnosti pohledávek zdravotnických zařízení.
4. Fondy, které Pojišťovna podle platného znění zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, vede a spravuje, byly v průběhu roku 2002 průběžně naplňovány podle plánu příjmů a výdajů, ne však pravidelnými kalendářními příděly, ale příděly realizovanými až v době vzniku finanční potřeby fondu. V některých fondech (viz PF, FRIM a další) nedošlo k vyčerpání celého původně předpokládaného objemu finančních prostředků. Příděly do fondů byly tvořeny předpisem vzájemných pohledávek jednotlivých fondů v souladu s platným zněním citovaného zákona a vyhlášky Ministerstva financí č. 227/1991 Sb. V souladu se zvolenou metodikou účtování vykazuje i základní fond zdravotního pojištění vysoký kladný zůstatek, který je ovšem kryt pohledávkami, nikoliv hotovostí.
5. Na běžných účtech základního fondu zdravotního pojištění byl na konci roku 2002 zůstatek ve výši 51 200 tis. Kč. Oproti zůstatku na začátku roku (688 725 tis. Kč) tak došlo k jeho snížení o 637 525 tis. Kč. K poklesu zůstatku finančních prostředků na běžných účtech došlo v důsledku záporného výsledku hospodaření základního fondu zdravotního pojištění. Kvalitní metoda řízení finančních toků dovoluje Pojišťovně v situaci, kdy eviduje závazky po lhůtě splatnosti, minimalizovat zůstatky prostředků na běžných účtech.
6. Pohledávky Pojišťovny ve lhůtě splatnosti vztahované k základnímu fondu zdravotního pojištění se v roce 2002 zvýšily vůči plátcům pojistného o 851 mil. Kč, vůči zdravotnickým zařízením o 19 mil. Kč a dosáhly tak celkové výše 7 949 mil. Kč. Ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti se zvýšily o 91 mil. Kč. Pohledávky vůči poskytovatelům zdravotní péče jsou poměrně vysoké zejména v důsledku státní správou nastavených způsobů vyúčtování poskytnuté zdravotní péče, které vedou ve svých důsledcích k tomu, že Pojišťovna musí své závazky z vyúčtování poměrně rychle vyrovnat, zatímco své pohledávky může vymáhat jen velmi obtížně (zejména u zařízení lůžkové péče), a to pro hrozbu finančního kolapsu části poskytovatelů zdravotní péče. Závazky Pojišťovny ve lhůtě splatnosti vztahované k základnímu fondu zdravotního pojištění se oproti roku 2001 zvýšily o 1 661 mil. Kč, a to pro navýšení cen zdravotní péče.
7. Pohledávky po lhůtě splatnosti vůči plátcům pojistného vzrostly o 4 510 mil. Kč a dosáhly částky 17 656 mil. Kč. Nárůst je způsoben, kromě působení vyššího počtu zaměstnanců na úseku kontroly pojistného, působením změny zákona, která od poloviny roku 2002 umožnila dlužníkům uhrazovat nejprve dlužné pojistné a teprve potom dlužné penále, což mělo za následek nižší úhradu platebních výměrů na penále.
8. V roce 2002 Pojišťovna neevidovala žádné úvěry nebo finanční výpomoci přijaté pro základní fond zdravotního pojištění.

Dosažené hospodářské výsledky Pojišťovny byly v roce 2002 velmi ovlivněny vnějšími faktory – tj. celkovým vývojem hospodářství České republiky a některými rozhodnutími státní správy, na něž měla Pojišťovna malý nebo žádný vliv. Přesto, že dosažený výsledek není uspokojivý, lze konstatovat, že Pojišťovna dokázala v roce 2002 za velmi složité finanční situace mobilizací a zaměřením svých sil zabránit finančnímu propadu nemalé části zdravotnických zařízení a částečně ovlivnit a spoutat ty faktory, které rozhodují o jejím úspěchu nebo neúspěchu. Stále však zůstávají neřešeny klíčové otázky dalšího vývoje zdravotnictví a zdravotního pojištění v České republice.

Jde zejména o otázky rozsahu sítě zdravotnických zařízení financovaných z veřejného zdravotního pojištění, rozvoje nových medicínských metod a technologií, rozsahu zdravotních požitků hrazených z veřejného zdravotního pojištění, cílů lékové politiky České republiky, rozhraní mezi sociální a zdravotní péčí a zdrojů k jejich úhradě, kompenzace zdravotních rizik mezi zdravotními pojiš-

ťovnými apod. Tyto otázky nemohou být řešeny izolovaně Pojišťovnou a pokud řešeny nebudou, situace ve veřejném zdravotním pojištění se bude opakovaně dostávat do úzkého hrdla nedostatku finančních zdrojů se všemi poruchami a riziky, které z takového stavu vyplývají a jejichž řešení si bude vyžadovat značné dodatečné finanční zdroje a úsilí.



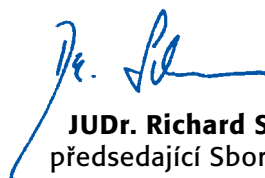
PŘÍLOHY

Usnesení Sboru zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky

V souladu s ustanovením § 19 platného znění zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, Sbor zástupců, jako nejvyšší orgán Pojišťovny, na svém zasedání konaném dne 7. května 2003

1. projednal Výroční zprávu Všeobecné zdravotní pojišťovny za rok 2002, jejíž součástí mj. je
 - zpráva o činnosti Pojišťovny v roce 2002
 - zpráva o stavu a pohybu pojištěnců Pojišťovny v roce 2002
 - tvorba a čerpání fondů Pojišťovny v roce 2002
2. vyslechl stanovisko Dozorčí rady Ústřední pojišťovny k předložené Výroční zprávě a seznámil se s výrokem auditora
3. schválil Výroční zprávu Všeobecné zdravotní pojišťovny za rok 2002
4. doporučil ředitelství Ústřední pojišťovny, aby schválenou Výroční zprávu Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2002 předložilo obvyklým postupem a prostřednictvím vlády České republiky Poslanecké sněmovně Parlamentu České republiky.

V Praze dne 7. května 2003



JUDr. Richard SCHWARZ
předsedající Sboru zástupců

STANOVISKO

Dozorčí rady VZP ČR k Výroční zprávě Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2002

Stanovisko Dozorčí rady VZP ČR vychází z vlastní Výroční zprávy VZP ČR za rok 2002 a jejích příloh, ze zpráv z vnitřních kontrol i z vlastních zjištění Dozorčí rady VZP ČR, z pravidelného sledování jednání Správní rady Ústřední pojišťovny VZP ČR.

Na svém jednání dne 28. dubna 2003 dospěla Dozorčí rada VZP ČR k těmto závěrům:

Dozorčí rada VZP ČR konstatuje, že Výroční zpráva VZP ČR za rok 2002 objektivně charakterizuje činnost VZP ČR ve sledovaném roce a splňuje požadavky na výroční zprávu. O všech zásadních otázkách rozhodovala v roce 2002, stejně jako v letech předchozích, Správní rada Ústřední pojišťovny VZP ČR na svých pravidelných jednáních často na podkladě závěrů a doporučení svých odborných komisí.

Dozorčí rada VZP ČR konstatuje, že VZP ČR zajistila v roce 2002 svým pojištěncům dostupnou zdravotní péči, kterou kontrolovalo 852 revizních lékařů.

Hospodaření VZP ČR bylo v roce 2002 sledováno prostřednictvím účetně oddělených fondů VZP ČR v souladu s platným zněním zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

Závěr

Dozorčí rada VZP ČR na základě celkového posouzení činnosti VZP ČR vyslovuje souhlas s Výroční zprávou VZP ČR za rok 2002. Dozorčí rada VZP ČR doporučuje Sboru zástupců VZP ČR předloženou Výroční zprávu VZP ČR za rok 2002 schválit.

V Praze dne 28. dubna 2003



Alena MAŠKOVÁ
předsedkyně Dozorčí rady VZP ČR



Praha, spol. s r.o.

auditorské, daňové a poradenské služby
člen PKF



AUDITORSKÁ ZPRÁVA

*k účetní závěrce a výroční zprávě Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR
za rok 2002*

Provedli jsme audit přiložené účetní závěrky Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR se sídlem Praha 3, Orlická 4/2020, IČ: 41197518 k 31. prosinci 2002. Za sestavení účetní závěrky je odpovědné vedení Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR. Naší úlohou je vydat na základě auditu výrok k této účetní závěrce.

Audit jsme provedli v souladu se zákonem o auditorech a auditorskými směrnicemi Komory auditorů České republiky. Tyto směrnice požadují, aby audit byl naplánován a proveden tak, aby auditor získal přiměřenou jistotu, že účetní závěrka neobsahuje významné nesprávnosti. Audit zahrnuje výběrovým způsobem provedené ověření úplnosti a průkaznosti částek a informací uvedených v účetní závěrce. Audit rovněž zahrnuje posouzení správnosti a vhodnosti použitých účetních postupů a významných odhadů učiněných VZP ČR a zhodnocení celkové prezentace účetní závěrky. Jsme přesvědčeni, že provedený audit poskytuje přiměřený podklad pro vydání našeho výroku.

Podle našeho názoru, účetní závěrka podává ve všech významných ohledech věrný a poctivý obraz aktiv, závazků, fondů, včetně fondů veřejného zdravotního pojištění a finanční situace Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR k 31. prosinci 2002 a výsledku hospodaření komerční činnosti za rok 2002 v souladu se zákonem o účetnictví a příslušnými předpisy České republiky.

Ověřili jsme soulad informací uvedených ve výroční zprávě Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR za rok 2002 s ověřovanou účetní závěrkou. Podle našeho názoru jsou tyto informace ve všech významných ohledech v souladu s touto účetní závěrkou, z níž byly převzaty.

V Praze dne 7. dubna 2003

Ing. Jiří Řehák
osvědčení o zápisu do seznamu
auditorů č. 980



HZ Praha, spol. s r.o.
osvědčení o zápisu do seznamu
auditorských společností č. 31
Pod dvorem 2
162 00 Praha 6

Ministerstvo financí ČR
schváleno č.j. 283/71 862/1998
s účinností pro účetní jednotky
účtující podle účtové osnovy pro
zdravotní pojišťovny

Výkaz Úč ZP 1 - 01

Název a sídlo účetní jednotky

ROZVAHA

k 31. 12. 2002

(v tis. Kč)

VZP ČR
Orlická 4/2020
Praha 3

Čís.ř.	IKF	Rok	Měsíc	IČ
01	850098	2002	12	41197518

Účetní jednotka doručí:
1x příslušnému finančnímu
orgánu

a	č. ř.	Minulé období	Hrubá výše	Úprava	Čistá výše
1	2	3	4	5	6
I. AKTIVA	x				
Nehmotný majetek (20)	11	104 426	806 870	592 041	214 829
Zřizovací výdaje (201)	12				
Goodwill (202)	13				
Finanční umístění (investice) (10 až 14)	14	3 065 880	3 625 295	434 396	3 190 899
Pozemky a stavby (nemovitosti) (10)	15	2 885 725	3 431 174	434 396	2 996 778
Pozemky a stavby provozní (101AE, 102AE)	16	2 885 725	3 431 174	434 396	2 996 778
Fin. umístění v podnicích třetích osob a ostat. dlouhodob. pohl. (11)	17				
Majetkové účasti v podnicích s rozhodujícím vlivem (111)	18				
Majetkové účasti v podnicích s podstatným vlivem (112)	19				
Obligace a ostat. dluhopisy, půjčky – pod. s rozhod. vlivem (113, 114)	20				
Obligace a ostat. dluhopisy, půjčky – pod. s podst. vlivem (115, 116)	21				
Ostatní majetkové účasti a ost. dlouhodobé pohled. (117, 118)	22				
Ostatní finanční umístění (12)	23	180 155	194 121	0	194 121
Cenné papíry s proměnlivým výnosem (121)	24				0
Cenné papíry s pevným výnosem (122)	25	180 155	194 121	0	194 121
Finanční umístění v inv. společnostech a inv. fondech (123AE)	26				
Finanční umístění ve sdruženích s právní subjektivitou (123AE)	27				
Finanční umístění ve sdruženích bez právní subjektivity (123AE)	28				
Hypotekární půjčky (124)	29				
Ostatní půjčky (125)	30				
Depozita u bank (126)	31				
Ostatní finanční umístění (127)	32				
Pohledávky ze složených depozit (131)	33				
Finanční umístění jménem pojistníků (14)	34				
Pohledávky (30, 31, 32, z 35, z 37)	35	21 339 821	26 709 710	0	26 709 710
Pohledávky z přímého pojištění a zajištění (30)	36	34 925	29 726	0	29 726
Pohledávky za pojistníky (301, 308AE)	37	22 665	17 778		17 778
Pohledávky za zprostředkovatele (302, 308AE)	38	2 510	2 456		2 456
Pohledávky z operací zajištění (303, 308AE)	39	9 750	9 492		9 492
Pohledávky z veřejného zdravotního pojištění (31)	40	21 174 018	26 520 729		26 520 729
Pohledávky za upsaný základní kapitál (321)	41				
Ostatní pohledávky (32, z 35, z 37)	42	130 878	159 255		159 255
Ostatní aktiva (21 až 25)	43	1 727 612	2 338 317	1 260 472	1 077 845
Hmotný movitý majetek (21)	44	279 280	1 565 041	1 260 472	304 569
Provozní movitý majetek (211AE)	45	278 522	1 564 239	1 260 472	303 767
Hmotný majetek neodpisovaný (216)	46	758	802		802
Pořízení majetku (22)	47	232 957	186 205		186 205
Poskytnuté zálohy na pořízení nehmot. a hmot. majetku (222)	48	14 200	10 188		10 188
Ostatní aktiva (25)	49	48 896	39 575		39 575
Pokladní hodnoty a ostatní finanční majetek (23)	50	1 166 479	547 496	0	547 496
Běžné účty (234, 235)	51	396 338	430 205		430 205
Pokladna a jiné pokladní hodnoty (231, 232AE)	52	7 702	7 899		7 899
Šeky (232AE)	53				
Vlastní akcie (237)	54				
Zvláštní účty k fondům veřejného zdravotního pojištění (24)	55	762 439	109 392		109 392
Přechodné účty aktiv (z 39)	56	24 302	16 448	0	16 448
Úroky a nájemné (391AE)	57	5 468	1 127		1 127
Pořizovací náklady na pojistné smlouvy (391AE)	58				
Ostatní přechodné účty aktiv (z 39)	59	18 834	15 321		15 321
Neuhrazená ztráta minulých let (414)	60				
Ztráta běžného účetního období	61				
AKTIVA CELKEM	62	26 262 041	33 496 640	2 286 909	31 209 731
Kontrolní číslo aktiv	999	83 242 461	105 460 796	7 963 554	97 497 242

	č. ř.	Minulé období	Hrubá výše	Úprava	Čistá výše
a	b	1	2	3	4
II. PASIVA	x				
Základní kapitál a fondy (40, 41)	63	3 856 771			4 103 155
Základní kapitál (401)	64				
Emisní ážio (402)	65				
Jiné kapitálové účty (403, 404)	66				
Rezervní fond z nového ocenění (405)	67				
Kapitálové fondy zdravotního pojištění (406 až 409)	68	3 670 308			3 906 253
Zákonný rezervní fond (411)	69	75 244			75 244
Ostatní fondy (412)	70	111 219			121 658
Fondy veřejného zdravotního pojištění (43)	71	11 827 520	12 218 431		12 218 431
Technické rezervy (44 mimo 446)	72	190 279	190 295	17 946	172 349
Rezerva na nezasloužené pojistné (441)	73	90 659	83 977	5 685	78 292
Rezerva pojistného životních pojištění (442)	74				0
Rezerva na pojistná plnění (443)	75	57 526	62 191	12 261	49 930
Rezerva na prémie a slevy (444)	76				0
Vyrovňovací rezerva a jiné rezervy (445, 449)	77	42 094	44 127		44 127
Rezerva život. pojištění, je-li nositelem inv. rizik (446)	78				
Rezervy na ostatní rizika a ztráty (45)	79				
Zákonné rezervy (451)	80				
Jiné rezervy (452, 459)	81				
Závazky ze složených depozit (461)	82				
Podřízená pasiva (zejména z 36, z 48)	83				
Závazky (33, 34, z 35, 36, z 37, 47, 48)	84	10 194 770			14 515 513
Závazky z přímého pojištění a zajištění (33)	85	10 880			9 582
Závazky vůči pojištěným (331, 338AE)	86	10 858			9 539
Závazky vůči zprostředkovatelům (332, 338AE)	87	22			43
Závazky při operacích zajištění (333, 338AE)	88				
Závazky veřejného zdravotního pojištění (34)	89	9 697 893			13 926 648
Půjčky zaručené dluhopisem (367, 487)	90				
Půjčky zaručené dluhopisem v konvertib. měně (367AE, 487AE)	91				
Bankovní úvěry (365, 366, 471)	92	174 501			149 475
Závazky daňové (z 37)	93	15 618			17 138
Závazky soc. zabezpečení a zdrav. pojištění (z 355)	94	46 987			51 836
Závazky k podnikům s rozhodujícím vlivem (481)	95				
Závazky k podnikům s podst. vlivem (482)	96				
Ostatní závazky (z 35, z 36, z 37, 472, z 48)	97	248 891			360 834
Přechodné účty pasiv (z 39)	98	71 669			72 235
Nerozdělený zisk minulých let (413)	99	54 000			74 000
Zisk běžného účetního období	100	67 032			54 048
PASIVA CELKEM	101	26 262 041			31 209 731
Kontrolní číslo pasiv	999	66 776 782	12 599 021	35 892	81 220 061

Odesláno dne:	Razítko:	Podpis vedoucího účetní jednotky:	Odpovídající za údaje:
			
	VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY	Orlická 4/2070 130 00 Praha 3	Ing. Šmerdová 221752560
	Ústřední pojišťovna		Telefon:

Některé vysvětlivky

- Položky rozvahy se sčítají zdola nahoru (např. ř. 23 zahrnuje součet ř. 24 až 32).
- Postup výpočtu některých položek:
 - ř. 14 = ř. 15 + ř. 17 + ř. 23 + ř. 33 + ř. 34
 - ř. 15 zahrnuje ř. 16, který je údajem „z toho“
 - ř. 35 = ř. 36 + ř. 40 + 41 + 42
 - ř. 36 zahrnuje ř. 37 až ř. 39, které jsou údaji „z toho“
 - ř. 43 = ř. 44 + ř. 47 + ř. 49 + ř. 50
 - ř. 44 zahrnuje ř. 45 a ř. 46, které jsou údaji „z toho“, ř. 47 zahrnuje ř. 48, který je údajem „z toho“, ř. 49 Ostatní aktiva: pokud zahrnuje tzv. šekové poštovní účty, informace o nich se uvede v příloze, ř. 50 zahrnuje ř. 51 až ř. 55, které jsou údaji „z toho“
 - ř. 56 zahrnuje ř. 57 až ř. 59, které jsou údaji „z toho“
 - ř. 58: jde o údaj ve vztahu k účtům 511 nebo 532
 - ř. 62 zahrnuje součet ř. 11, 14, 35, 43, 56, 60, 61
 - ř. 999 Kontrolní číslo aktiv. Toto číslo zahrnuje algebraický součet hodnotových údajů na straně aktiv rozvahy.
 - ř. 63 zahrnuje ř. 64 až ř. 70, které jsou údaji „z toho“
 - ř. 72 zahrnuje ř. 73 až ř. 77, které jsou údaji „z toho“
 - ř. 79 zahrnuje ř. 80 a ř. 81, které jsou údaji „z toho“
 - ř. 84 = ř. 85 + ř. 89 + ř. 90 + ř. 92 až ř. 97. Závazky v členění na závazky vůči podnikům, v nichž má zdravotní pojišťovna rozhodující vliv, a na závazky vůči podnikům, v nichž má zdravotní pojišťovna podstatný vliv se uvádějí v příloze, nevyplyvají-li toto členění již z rozvahy (ř. 95 a ř. 96).
 - Položky závazků, které se uvádějí na ř. 83 Podřízená pasiva, se již neuvádějí na ř. 84.
 - ř. 85 zahrnuje ř. 86 až ř. 88, které jsou údaji „z toho“, ř. 90 zahrnuje ř. 91, který je údajem „z toho“
 - ř. 101 zahrnuje součet ř. 63, 71, 72, 78, 79, 82, 83, 84, 98, 99, 100
 - ř. 999 Kontrolní číslo pasiv. Toto číslo zahrnuje algebraický součet hodnotových údajů na straně pasiv rozvahy.
- Na straně aktiv ve sl. 3 Úprava se uvádí u příslušných položek údaje o opravných položkách nebo oprávkách.
- V pasivech rozvahy u položky „Technické rezervy“ ř. 72 až ř. 77 a ř. 78 se jejich hrubá výše uvádí ve sl. 2. Ve sl. 3 Úprava se uvádějí částky rezerv, které představují podíl zajišťovatelů. U ostatních položek pasiv se sl. 2 a 3 nevyplynuje.
- V pasivech rozvahy se příslušné údaje s odchylkou podle odstavce 4 uvádějí za běžné účetní období až ve sl. 4 Čistá výše.
- V příloze se uvede z ř. 11 položka Software (účet 204).
- V příloze se uvedou z ř. 77 samostatnými položkami rezerva z účtu 445 a rezervy z účtu 449.
- V příloze se uvedou z ř. 59 a ř. 98 kursové rozdíly aktivní (účet 395) a kursové rozdíly pasivní (účet 396).

Ministerstvo financí ČR
schváleno č.j. 283/71 862/1998
s účinností pro účetní jednotky
účtující podle účtové osnovy pro
zdravotní pojišťovny

Výkaz Úč ZP 2 - 01

Název a sídlo účetní jednotky

VÝKAZ ZISKŮ A ZTRÁT

k 31. 12. 2002

(v tis. Kč)

VZP ČR
Orlická 4/2020
Praha 3

Čís.ř.	IKF	Rok	Měsíc	IČ
01	851098	2002	12	41197518

Účetní jednotka doručí:
1x příslušnému finančnímu
orgánu

Legenda	Číslo řádku	Základna	Mezisoučet	Výsledek
a	b	1	2	3
I. Technický účet k neživotnímu pojištění	x	x	x	x
1. Zasloužené pojistné, očištěné	11	x	x	x
Předepsané hrubé pojistné (601)	12	338 659	x	x
Pojistné postoupené zajišťovatelům (602)	13	43 721	294 938	x
Změna stavu rezervy na nezasloužené pojistné (505–605)	14	12 355	x	x
Změna stavu rezervy na nezasloužené pojistné – podíl zajišťov. (506–606)	15	12	12367	307 305
2. Převedené výnosy z finančního umístění z netechnického účtu (611)	16	x	x	
3. Ostatní technické výnosy, očištěné (618–619)	17	x	x	
4. Náklady na pojistná plnění, očištěné	18	x	x	x
Náklady na pojistná plnění (501)	19	135 667	x	x
Podíl zajišťovatelů na nákladech na pojistná plnění (502)	20	25 369	110 298	x
Změna stavu rezervy na pojistná plnění (503–603)	21	–1 640	x	x
Změna stavu rezervy na pojistná plnění – podíl zajišťovatelů (504–604)	22	–5 956	–7 596	102 702
5. Změna stavu ostatních technických rezerv – očištěná [(507–607)–(508–608)]	23	x	x	
6. Prémie a slevy, očištěné (514–515)	24	x	x	
7. Čistá výše provozních výdajů	25	x	x	x
Pořizovací náklady (výdaje) na pojistné smlouvy (511)	26	x	13 538	x
Časové rozlišení pořizovacích nákladů na pojistné smlouvy (511AE)	27	x	0	x
Správní režie (512)	28	x	141 788	x
Provize od zajišťovatelů (613) a podíly na ziscích, očištěné (616–61)	29	x	5 326	150 000
8. Ostatní technické náklady, očištěné (518–519)	30	x	x	
9. Změna stavu vyrovnávacích rezerv (509–609)	31	x	x	2 033
10. Výsledek technického účtu k neživotnímu pojištění (=712)	32	x	x	52 570
II. Technický účet k životnímu pojištění	x	x	x	x
1. Zasloužené pojistné, očištěné	33	x	x	x
Předepsané hrubé pojistné (621)	34	x		x
Předepsané hrubé pojistné postoupené zajišťovatelům (622)	35	x		x
Změna stavu rezervy na pojistné jiných období – očištěná [(523–623)–(524–624)]	36	x		
2. Výnosy z finančního umístění	37	x	x	x
Výnosy z majetkových účastí (634) a v tom: rozhodující vliv (634AE)	38	x		x
Výnosy z ostatního finančního umístění a v tom: rozhodující vliv	39	x	x	x
Výnosy z pozemků a staveb (635)	40		x	x
Výnosy z ostatních složek finančního umístění (636)	41			x
Použití opravných položek k finančnímu umístění (637)	42	x		x
Výnosy z realizace finančního umístění (638)	43	x		
3. Nerealizované přírůstky hodnoty finančního umístění *)	44	x	x	x
4. Ostatní technické výnosy, očištěné (647–648)	45	x	x	
5. Náklady na pojistná plnění, očištěné	46	x	x	x
Náklady na pojistná plnění (521)	47		x	x
Podíl zajišťovatelů na nákladech na pojistná plnění (522)	48			x
Změna stavu rezervy na pojistná plnění (525–625)	49		x	x
Změna stavu rezervy na pojistná plnění – podíl zajišťovatelů (526–626)	50			
6. Změna stavu ostatních technických rezerv	51	x	x	x
Změna stavu rezerv pojistného životního pojištění (527–627)	52		x	x
Změna stavu rezerv pojist. živ. pojištění – podíl zajišťovatelů (528–628)	53			x
Změna stavu ostatních rezerv – očištěná [(529–629)–(531–631)]	54	x		

7. Prémie a slevy, očištěné (536–541)	55	x	x	
8. Čistá výše provozních výdajů	56	x	x	x
Pořizovací náklady (výdaje) na pojistné smlouvy (532)	57	x		x
Časové rozlišení pořizovacích nákladů na pojistné smlouvy (532AE)	58	x		x
Správní režie (533)	59	x		x
Províze od zajišťovatelů (643) a podíly na ziscích – očištěné (641–6) (–)	60	x		
9. Náklady na finanční umístění	61	x	x	x
Náklady na finanční umístění (535)	62	x		x
Tvorba opravných položek k finančnímu umístění (537)	63	x		x
Náklady na realizaci finančního umístění (538)	64	x		
10. Nerealizované úbytky hodnoty finančního umístění *	65	x	x	x
11. Ostatní technické náklady, očištěné (547–548)	66	x	x	
12. Převed výnosů z finančního umístění na netechnický účet (–) (649)	67	x	x	
13. Výsledek technického účtu k životnímu pojištění (=713)	68	x	x	
III. Netechnický účet	x	x	x	x
1. Výsledek technického účtu k neživotnímu pojištění (výsledek ř. 32)	69	x	x	52 570
2. Výsledek technického účtu k životnímu pojištění (výsledek ř. 68)	70	x	x	
3. Výnosy z finančního umístění	71	x	x	x
Výnosy z majetkových účastí (651) v tom:	72	x		x
a v tom: rozhodující vliv (651AE)				
Výnosy z ostatního finančního umístění v tom:	73	x	x	x
a v tom: rozhodující vliv				
Výnosy z pozemků a staveb (652)	74		x	x
Výnosy z ostatních složek finančního umístění (653)	75	16 438	16 438	x
Použití opravných položek k finančnímu umístění (654)	76	x		x
Výnosy z realizace finančního umístění (655)	77	x	379 161	395 599
4. Převedené výnosy finančního umístění z technického účtu k živ. pojištění (656)	78	x	x	
5. Náklady na finanční umístění	79	x	x	x
Náklady na finanční umístění (551)	80	x		x
Tvorba opravných položek k finančnímu umístění (554)	81	x		x
Náklady na realizaci finančního umístění (555)	82	x	382 031	382 031
6. Převed výnosů z finančního umístění na technický účet k neživ. pojištění (657)	83	x	x	
7. Ostatní výnosy (658, 659, 661)	84	x	x	34 918
8. Ostatní náklady (558, 559, 561)	85	x	x	23 101
9. Daň z příjmů z běžné činnosti (571, 572, 575)	86	x	x	23 864
10. Hospodářský výsledek po zdanění (711AE)	87	x	x	54 091
11. Mimořádné výnosy (663)	88	x	x	16
12. Mimořádné náklady (563)	89	x	x	4
13. Mimořádný hospodářský výsledek (711AE)	90	x	x	12
14. Daň z příjmů z mimořádné činnosti (573, 574)	91	x	x	
15. Ostatní daně a poplatky (562)	92	x	x	55
16. Hospodářský výsledek za účetní období (711)	93	x	x	54 048
Kontrolní číslo	99	564 625	1 348 289	1 634 919

Odesláno dne:	Razítko:	Podpis vedoucího účetní jednotky:	Odpovídající za údaje:
		 Orlická 4/2070 130 00 Praha 3	 Ing. Šmerdova
	Ústřední pojišťovna		Telefon: 221752560

PŘÍLOHA K ÚČETNÍ ZÁVĚRCE ZA ROK 2002

(Opatření federálního ministerstva financí č.j. V/2-25 430/1992 ze dne 12. prosince 1992 ve znění pozdějších změn a doplňků)
(dle přílohy č. 3 Opatření MF ČR)

Čl. I

Obecný obsah

1) Informace o ZP a jejich změny:

- a) obchodní jméno a sídlo ZP: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky,
Orlická 4/2020, Praha 3,
IČ: 41197518
- b) předmět činnosti (podnikání):
Pojišťovna provádí:
 - 1. veřejné zdravotní pojištění – stanoveno v § 2, odst. 1 zákona č. 551/1991 Sb. v pl. z.
 - 2. pojišťovací činnost podle zákona č. 363/1999 Sb. v pl. z., § 2, písm. c) – na základě povolení MF ČR
 - 3. zprostředkovatelskou činnost v pojišťovnictví podle zákona č. 363/1999 Sb. v pl. z., § 2, písm. f)
 - 4. další činnosti – realizované na základě živnostenského listu
 - 4.1 pronájmy bytových a nebytových prostor – dle živnostenského listu ev. č. 310002-0094496, vydaného Obvodním úřadem městské části Praha 2 dne 6. 3. 1996
 - 4.2 ubytovací služby – dle živnostenského listu ev. č. 310002-0274896, vydaného Obvodním úřadem městské části Praha 2 dne 22. 7. 1996
 - 4.3 prodej zboží – dle živnostenského listu ev. č. 310002-0094296, vydaného Obvodním úřadem městské části Praha 2 dne 6. 3. 1996
- c) statutární orgány:
Dle ustanovení § 15, odst. 3 zák. č. 551/1991 Sb. v pl. z. ředitel Pojišťovny a prokurista Pojišťovny jsou statutárními zástupci Pojišťovny a jednají jejím jménem:
 - ▲ ředitelka Pojišťovny: Ing. Jiřina Musílková
 - ▲ prokurista Pojišťovny: Ing. Jiří Zahradník
- d) datum vzniku ZP: VZP ČR dne 1. 1. 1992 zřízena zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

2) Způsob oceňování dle jednotlivých složek majetku a závazků je stanoven následovně:

- a) hmotný majetek kromě zásob pořizovacími cenami,
 - b) zásoby pořizovacími cenami,
 - c) peněžní prostředky a ceniny jejich jmenovitými hodnotami,
 - d) cenné papíry pořizovacími cenami,
 - e) pohledávky a závazky při vzniku jmenovitou hodnotou,
 - f) nehmotný majetek kromě pohledávek pořizovacími cenami,
- příčemž pořizovací cenou se rozumí cena, za kterou byl majetek pořízen a náklady s jeho pořízením související. U cenných papírů je vypořádání nepřímých nákladů na správu portfolia provedeno jako součást uzávěrkových operací.

Z jednotlivých složek majetku a závazků se reálnou hodnotou oceňují finanční umístění smluvního pojištění a připojištění. Pro oceňování je jako reálná hodnota použita tržní hodnota cenných papírů.

Pojišťovna má stanoven **postup odepisování** dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku Odpisovým plánem VZP ČR. Používán je rovnoměrný způsob odepisování. Odpisové sazby na kalendářní měsíc odpovídají odpisovým sazbám dle vymezení zákona č. 596/1992 Sb., o daních z příjmů v platném znění.

Pojišťovna **opravné položky** nevytváří a ani o nich neúčtuje (Část F – Zvláštní ustanovení – postupy účtování pro zdravotní pojišťovny Opatření federálního ministerstva financí čj. V/2-25 430/1992 ze dne 12. prosince 1992 ve znění pozdějších změn a doplňků, článku I, odst. 11).

Majetek a závazky vyjádřené v **cizí měně** přepočítává Pojišťovna na českou měnu kurzem devizového trhu stanoveným Českou národní bankou, a to k okamžiku (dni) ocenění. V případě nákupu nebo prodeje cizí měny za českou měnu je v Pojišťovně využíván k okamžiku (dni) ocenění kurz, za který byly tyto hodnoty nakoupeny nebo prodány.

Pojišťovna tvoří pouze **technické rezervy** v oblasti komerčního pojištění a připojištění. Správnost tvorby a použití technických rezerv smluvního pojištění a připojištění, jejich umístění a inventarizace jsou potvrzeny odpovědným pojistným matematikem v souladu s § 23 zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví.

3) Cenné papíry k 31. 12. 2002

Cenné papíry s pevným výnosem

ISIN	Název CP	Počet kusů	Tržní cena (plášť)
XS0157184713	EIB 3,25/07	200	4 952 500,00 Kč
CZ0001000772	Stát. dluhopis 5,7/06	250	2 724 625,00 Kč
CZ0001000756	Stát. dluhopis 6,05/04	5 070	53 521 455,00 Kč
CZ0003700569	Čes. pojišťovna VAR/06	9	8 851 050,00 Kč
CZ0001000681	Stát. dluhopis 6,9/03	3 000	30 117 000,00 Kč
CZ0001000715	Stát. dluhopis 7,95/04	2 700	28 549 800,00 Kč
XS0096969976	EBRD 7/04	544	14 380 640,00 Kč
CZ0002000094	HZL ČMHB 8,9/04	1 000	10 746 000,00 Kč
CZ0000000047	ING BANK VAR/04	10	10 058 000,00 Kč
CZ0003711486	IPB VAR/08	2 250	22 757 625,00 Kč
Celkem		15 033	186 658 695,00 Kč

4) Závazky se splatností nad 5 let

- Hypoteční úvěr na koupi nemovitosti – objekt Flora**
(Smlouva o poskytnutí hypotečního úvěru ze dne 6. 2. 1998
reg. číslo: 800/000001/98/0/01/00)
Úvěr byl poskytnut v roce 1998 ve výši 75 000 tis. Kč a má být splacen do konce roku 2008. K 31. 12. 2002 činil nesplacený zůstatek jistiny úvěru 47 064 015,03 Kč. Úvěr je zajištěn zřízením zástavního práva k nemovitosti – objekt Flora ve prospěch peněžního ústavu (Českomoravská hypoteční banka, a. s.) na základě Zástavní smlouvy.
- Hypoteční úvěr na rekonstrukci objektu Flora**
(Smlouva o poskytnutí hypotečního úvěru ze dne 30. 7. 1999
reg. číslo: 8900/013624-01/99/01-001/00/R)
Úvěr byl poskytnut ČMHB, a. s., za účelem rekonstrukce objektu Flora ve výši 120 mil. Kč. Úvěr byl čerpán v letech 1999 a 2000 a má být splacen v roce 2010. K 31. 12. 2002 činil nesplacený zůstatek jistiny úvěru 96 659 279,34 Kč. Úvěr je zajištěn zřízením zástavního práva k nemovitosti – objekt Flora ve prospěch peněžního ústavu (Českomoravská hypoteční banka, a. s.) na základě Zástavní smlouvy.
- Úvěr na rekonstrukci objektu Flora**
(Smlouva o úvěru č. 200099016 ze dne 16. 11. 1999)
Úvěr byl poskytnut ČSOB, a. s., za účelem rekonstrukce nemovitosti ve výši 80 mil. Kč. V roce 2000 z něj bylo čerpáno 28 102 000 Kč. Dodatkem č. 200099016D001 ze dne 1. 2. 2001 byla snížena poskytovaná částka na 28 102 000 Kč a splatnost úvěru do 31. 8. 2003. K 31. 12. 2002 činil nesplacený zůstatek jistiny úvěru 5 752 000 Kč. Úvěr je zajištěn zřízením zástavního práva k nemovitosti ve prospěch peněžního ústavu na základě Zástavní smlouvy.

5) Veškeré **finanční závazky** Pojišťovna uvádí v rozvaze.

6) Průměrný přepočtený počet **zaměstnanců** VZP ČR za sledované období činil 4911 osob, přepočtený stav pracovníků k poslednímu dni sledovaného období činil 4921 osob. Celkový objem **hrubých mezd** (včetně mezd z daní podléhajících činností) činil 1 178 475 tis. Kč a objem **ostatních osobních nákladů** 15 069 tis. Kč.

- 7) Pojišťovna v průběhu účetního období neměnila způsoby oceňování, postupy odpisování ani účetní metody. Od 1. 1. 2002 při vedení účetnictví postupuje Pojišťovna dle Opatření Ministerstva financí České republiky č.j. 282/105 880/2001 ze dne 21. prosince 2001, kterým se vydává úplné znění Opatření federálního ministerstva financí č.j. V/2-25 430/1992 ze dne 12. prosince 1992, kterým se stanoví účtová osnova a postupy účtování pro pojišťovny.
- 8) Informace o **daňové povinnosti** jsou obsaženy v rozvaze.
- 9) Členům správních, řídicích či dozorčích orgánů byly za běžné účetní období přiznány a vyplaceny **odměny** ve výši 19 206 tis. Kč.

Čl. II

Zvláštní obsah

- 1) Ministerstvo financí ČR jako orgán státního dozoru v pojišťovnictví ve smyslu § 42 odst. 5 zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o pojišťovnictví), ve znění pozdějších předpisů, udělilo dne 29. 5. 2002 VZP ČR povolení k provozování pojišťovací činnosti a činností souvisejících dle § 7 odst. 3 zákona v rozsahu pojistných odvětví 2d) (smluvní zdravotní pojištění) neživotních pojištění uvedených v části B přílohy k zákonu o pojišťovnictví.
- 2) Smlouvy neživotních pojištění jsou uzavírány pouze na území České republiky.
- 3) Celková výše předepsaného hrubého pojistného činila za účetní období 338 659 tis. Kč, zajistitelé se na výši předepsaného hrubého pojistného podíleli částkou 43 721 tis. Kč. Zasloužené pojistné dosáhlo celkové výše 294 938 tis. Kč.
- 4) Na hrubých nákladech na pojistná plnění, které dosáhly výše 135 667 tis. Kč, se zajistitelé podíleli výši 25 368 tis. Kč. Čisté náklady na pojistná plnění dosáhly výše 110 299 tis. Kč.
- 5) Saldo zajištění (tj. podíl zajistitelů na výnosech mínus podíl zajistitelů na nákladech) činilo celkem 18 353 tis. Kč ve prospěch zajistitelů.
- 6) Hrubé provozní výdaje (tj. pořizovací náklady na pojistné smlouvy a správní režie) byly zaúčtovány v celkové výši 155 326 tis. Kč, současně provize od zajistitelů dosáhla výše 5 326 tis. Kč.
- 7) Ostatní provize, zaúčtované v rámci přímého pojištění v průběhu účetního období, byly členěny na provize pro spolupracující subjekty (celková výše 2 903 tis. Kč) a na provize od spolupracujících subjektů (celková výše 6 062 tis. Kč).

Čl. III

Ostatní obsah

V průběhu účetního období Pojišťovna neúčtovala o finančním umístění na účtech 125.

Pojišťovna nemá v žádném podniku podstatný nebo rozhodující vliv.

Pojišťovna na účtu 412 účtuje o ostatních fondech (tyto fondy nejsou tvořeny ze zisku), jde o Fond zábrany škod smluvního pojištění a připojištění (stav fondu ke konci účetního období 1 916 tis. Kč), Fond prevence (stav fondu viz příloha č. 1), Fond přerozdělení (stav fondu 957 tis. Kč) a Fond budoucnosti (stav fondu 4 961 tis. Kč). Tyto fondy se sledují odděleně v účetní evidenci.

Pojišťovna při tvorbě rezervy na nezasloužené pojistné uplatňuje metodu „pro rata temporis“.

Pojišťovna netvoří technické rezervy na prémie a slevy.

Pojišťovna v průběhu účetního období neúčtovala o technických rezervách na účet 447 a 453.

Smluvní pojištění a připojištění – správní režie – účty 512

512 110	Spotřebované nákupy	
512 111		– tiskopisy
512 120		– spotřeba energie
512 130		– opravy a udržování
512 140		– ostatní služby
512 141		– cestovné
512 142		– asistenční služba
512 143		– informační materiál
512 144		– posudky, překlady
512 145		– telekom. poplatky
512 146		– poštovné
512 147		– právní služba a poradenství
512 148		– náklady na reprezentaci
512 200		– odpisy IM
512 311		– mzdové náklady – hrubé mzdy
512 312		– mzdové náklady – OON
512 321		– odměny členům SR
512 411		– zák. soc. náklady – soc. zabezpečení
512 412		– zák. soc. náklady – zdrav. pojištění
512 421		– příspěvek na stravování
512 506		– zákon. pojistné (125/93)
512 508		– bankovní poplatky
512 509		– bankovní poplatky – platební karty
512 900		– ostatní

Pojišťovna převody výnosů nerealizuje, výnosy jsou primárně účtovány na účty účtové skupiny 60 až 61.

Pojišťovna nespravuje životní pojištění.

Na účtech **podrozvahové evidence** (účet. skupina 72*) Pojišťovna eviduje hodnoty dané do zástavy, hodnoty přijaté do zástavy, najatý majetek, půjčky zaměstnanců ze SF, poukázky Winterthur, dlouhodobé zálohy fondu prevence, závazky z leasingu a na účtech účtové skupiny 73* odpisy nedobytných pohledávek do doby promlčení z příjmové části základního fondu zdravotního pojištění.

Výsledek netechnického účtu vypočtený dle metodiky výpočtu uvedeného ve vysvětlivkách (bod 30) k Výkazu zisků a ztrát činí **130 127 tis. Kč**.

Z řádku **11/2** zůstatek účtu 204 – **Software** činí 734 691 tis. Kč, zůstatková cena software z řádku **11/4** činí 176 514 tis. Kč.

Nehmotný majetek (v tis. Kč)	poř. cena	oprávky	zůst. cena
Celkem	806 870	592 041	214 829
z toho – software	734 691	558 177	176 514
– ostatní	72 179	33 864	38 315

Z řádku **77– Vyrovňovací rezerva a jiné rezervy** činí zůstatek účtu 44 542 094 tis. Kč, účet 449 nebyl používán.

Z řádku **59** činí zůstatek účtu 395 – **Kurzové rozdíly aktivní** 0 tis. Kč.

Z řádku **98** činí zůstatek účtu 396 – **Kurzové rozdíly pasivní** 0 tis. Kč.

Hospodářský výsledek před zdaněním vypočtený dle metodiky výpočtu uvedeného ve vysvětlivkách k Výkazu zisků a ztrát (bod 4) činí **77 967 tis. Kč**.

Čl. III Zvláštní obsah

(dle přílohy č. 4 Opatření MZ ČR)

- 1) viz příloha č. 1
- 2) viz Výroční zpráva za rok 2002, kapitola 6
- 3) Pojišťovna v průběhu účetního období neúčtovala o fondech na účtu 403
- 4) **Analyt. členění ostatních nákladů a výnosů (účty 558 a 658)**

	Smluvní pojištění a připojištění	Ost. zdaň. činnost
<u>Ostatní náklady</u>		
a) nakupované výkony z toho:	0	7 289 tis. Kč
558 11* spotřebované nákupy	0	626 tis. Kč
558 12* spotřeba energie	0	3 134 tis. Kč
558 13* opravy a udržování	0	1 138 tis. Kč
558 14* ostatní služby	0	2 tis. Kč
558 15* ostatní služby	0	2 081 tis. Kč
558 16* ostatní služby	0	308 tis. Kč
b) 558 2* odpisy IM	0	7 768 tis. Kč
c) mzdové náklady z toho:	0	3 273 tis. Kč
558 3* mzd. náklady včetně OON	0	3 273 tis. Kč
d) sociální náklady z toho:	0	1 233 tis. Kč
558 41* zákonné soc. náklady	0	1 140 tis. Kč
558 42* ostatní soc. náklady	0	93 tis. Kč
e) jiné ostatní náklady z toho:	2 148 tis. Kč	317 tis. Kč
558 5* jiné ostatní náklady	2 148 tis. Kč	317 tis. Kč
<u>Ostatní výnosy</u>		
a) výnosy z výkonů z toho:	6 468 tis. Kč	7 752 tis. Kč
658 12* tržby z prodeje služeb	6 468 tis. Kč	7 752 tis. Kč
b) 658 2* ostatní výnosy	2 716 tis. Kč	17 574 tis. Kč

Druhové členění nákladů a výnosů je uvedeno v příloze č. 2

Příloha č. 1 **k Příloze k úč. závěrce za rok 2002 (Čl. III, odst. 1 přílohy č. 4)**

Výkaz ZFZP

Stav fondu k 31. 12. 2002	11 934 736 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2002	51 200 tis.
rozdíl	11 883 536 tis.
z toho: saldo pohledávek a závazků	11 883 536 tis.

Pohledávky k 31. 12. 2002

– za plátci pojistného	24 455 771 tis.
– za smluvními zdrav. zařízeními	1 150 781 tis.
– z přerozdělení	436 932 tis.
– z náhrad škod	214 628 tis.
– ostatní	19 034 tis.
– interní	316 743 tis.
celkem	26 593 889 tis.

Závazky k 31. 12. 2002

– vůči smluvním zdrav. zařízením	13 218 073 tis.
– ostatní	90 569 tis.
– interní	1 401 711 tis.
celkem	14 710 353 tis.

Výkaz FRIM

Stav fondu k 31. 12. 2002	274 714 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2002	7 662 tis.
rozdíl	267 052 tis.
z toho: saldo pohledávek a závazků	416 527 tis.
zůstatek nesplaceného úvěru	149 475 tis.

Pohledávky k 31. 12. 2002

– interní	416 527 tis.
celkem	416 527 tis.

Závazky k 31. 12. 2002

– investiční úvěr	149 475 tis.
celkem	149 475 tis.

Výkaz Sociální fond

Stav fondu k 31. 12. 2002	28 582 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2002	31 968 tis.
rozdíl	-3 386 tis.
z toho: saldo pohledávek a závazků	-3 386 tis.

Pohledávky k 31. 12. 2002

- externí (faktury, zálohy)	25 tis.
- za zaměstnanci	8 tis.
- interní	1 809 tis.
celkem	1 842 tis.

Závazky k 31. 12. 2002

- externí (faktury)	96 tis.
- vůči zaměstnancům	58 tis.
- interní	5 074 tis.
celkem	5 228 tis.

Výkaz Rezervní fond

Stav fondu k 31. 12. 2002	283 694 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2002	6 tis.
rozdíl	283 688 tis.
z toho: saldo pohledávek a závazků	283 688 tis.

Pohledávky k 31. 12. 2002

- interní	283 688 tis.
celkem	283 688 tis.

Závazky k 31. 12. 2002

	0 tis.
celkem	0 tis.

Výkaz Fond prevence

Stav fondu k 31. 12. 2002	113 824 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2002	74 949 tis.
rozdíl	38 875 tis.
z toho: saldo pohledávek a závazků	38 875 tis.

Pohledávky k 31. 12. 2002

– externí	42 392 tis.
– interní	4 000 tis.
celkem	46 392 tis.

Závazky k 31. 12. 2002

– externí	7 517 tis.
celkem	7 517 tis.

Výkaz Provozní fond

Stav fondu k 31. 12. 2002	0 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2002	20 299 tis.
rozdíl	–20 299 tis.
z toho: saldo pohledávek a závazků	–64 004 tis.
stav zásob a cenin k 31. 12. 2002	43 705 tis.

Pohledávky k 31. 12. 2002

– odběr. faktury	14 923 tis.
– provoz. zálohy	51 354 tis.
– za zaměstnance	53 tis.
– ostatní	26 424 tis.
– interní	1 182 665 tis.
celkem	1 275 419 tis.

Závazky k 31. 12. 2002

– pokuty, penále	181 074 tis.
– dodav. faktury	152 823 tis.
– přijaté provoz. zálohy	77 tis.
– vůči zaměstnancům	78 879 tis.
– vůči org. zdr. poj. a soc. zab.	51 836 tis.
– ostatní	93 950 tis.
– interní	780 784 tis.
celkem	1 339 423 tis.

Příloha č. 2

k Příloze k účetní závěrce za rok 2002 (Čl. III, odst. 4 přílohy č. 4)

Analytické členění ostatních nákladů a výnosů (účty 558 a 658)

558 – Ostatní náklady

558 1* – Nakupované výkony	558 11* – Spotřebované nákupy	558 111 – Tiskopisy 558 112 – Kancelářský materiál 558 113 – Majetek 1-40 tis. Kč 558 114 – Pohonné hmoty 558 115 – Odborná literatura 558 116 – Denní tisk 558 119 – Ostatní
	558 12* – Spotřeba energie	558 121 – El. energie 558 129 – Ostatní
	558 13* – Opravy a udržování	558 131 – Budova vlastní 558 132 – Budova pronajatá 558 133 – IS, smlouvy o podpoře 558 139 – Ostatní
	558 14* – Ostatní služby	558 141 – Cestovné 558 142 – Náklady na reprezentaci 558 143 – Orgány VZP 558 144 – Evid. NHM 558 145 – Vzdělávání 558 146 – Poštovné 558 147 – Propagace, reklama 558 148 – Přepravné
	558 15* – Ostatní služby	558 151 – Nájemné budov 558 152 – Leasing, ostatní nájemné 558 153 – Nákl. na provoz bud. – vl. 558 154 – Nákl. na provoz bud. – pron. 558 155 – Ostraha – budova vlastní 558 156 – Ostraha – budova pronajatá
	558 16* – Ostatní služby	558 161 – Tel. poplatky – pevná síť 558 162 – Tel. poplatky – mobilní síť 558 163 – Tel. poplatky – přenosy dat 558 164 – Pořizování dat 558 165 – Náklady soudních řízení 558 166 – Tech. zhodnocení do 40 tis. 558 167 – Závodní preventivní péče 558 167 – CMÚ 558 169 – Ostatní
558 2* – Odpisy NM		558 201 – Odpisy staveb 558 202 – Odpisy nehm. majetku 558 203 – Odpisy hmot. majetku 558 204 – Zúst. C prod. staveb 558 205 – Zúst. C prod. NM 558 206 – Zúst. C prod. HM 558 207 – Zúčt. poř. ceny prod. neodpis. m
558 3* – Mzdové náklady	558 31* – Mzdové náklady	558 310 – Hrubé mzdy 558 311 – OON
	558 32* – Odměny členům SR...	558 320 – Odměny členům SR...
558 4* – Sociální náklady	558 41* – Zák. soc. náklady	558 411 – Soc. zabezpečení 558 412 – Zdravotní pojištění
	558 42* – Ost. soc. náklady	558 421 – Přísp. na stravování 558 429 – Ostatní

558 5* – Ostatní náklady		558 521 – Smluvní sankce od SZZ 558 522 – Smluvní pokuty a penále 558 523 – Ost. pokuty a penále 558 524 – Sankce od plátců pojistného 558 531 – Odpis pohledávek (daňový) 558 532 – Odpis pohledávek (nedaňový) 558 550 – Kurzové ztráty 558 560 – Zák. poj. 125/1993 Sb. 558 570 – Pojištění 558 580 – Bank. poplatky, VAKUS 558 590 – Ostatní 558 591 – Prodej IM
--------------------------	--	---

Vysvětlivky: na výše uvedené účty účtuje Pojišťovna náklady vztahující se k v. z. p., ostatní zdaňované činnosti a přímé náklady smluvního pojištění a připojištění (klíčované náklady smluvního pojištění a připojištění účtuje Pojišťovna na účty 512)

658 – Ostatní výnosy

658 1* – Výnosy z výkonů	658 12* – Tržby z prodeje služeb	658 121 – Tiskopisy, met. a čísel. 658 122 – Vedení CRP, ICZP a KC 658 123 – Tržby z pronájmu 658 124 – Penzijní připojištění 658 125 – Komer. prodej metodik 658 126 – Rekreační – zam. 658 127 – Rekreační – cizí 658 128 – Zrušené poj. smlouvy 658 129 – Ostatní
658 2* – Jiné ostatní výnosy		658 210 – Pokuty, penále, úroky z prod. 658 220 – Odepsání pohledávek 658 230 – Úroky 658 240 – Kurzové zisky 658 250 – Popl. za užívání metod. 658 260 – Pronájem 658 280 – Prodej materiálu 658 290 – Ostatní

Vysvětlivky:

- označené účty patří v. z. p.
- označené účty náleží ostatní zdaňované činnosti
- označený účet náleží smluvnímu pojištění a připojištění na neoznačené účty účtuje Pojišťovna výnosy vztahující se ke všem činnostem

Poznámka:

Analytická evidence nákladových a výnosových účtů společných všem činnostem je dána analytickým hlediskem „ÚTVAR“.

Příloha č. 3

k Příloze účetní závěrky za rok 2002 – čl. III, bod j)

Provozní náklady smluvního zdravotního pojištění a připojištění

Provozní náklady, vzniklé prováděním produktů smluvního zdravotního pojištění a připojištění, jsou vyčíslovány, účtovány a financovány odděleně od provozních nákladů všeobecného zdravotního pojištění.

- A) Provozní náklady přímé, vynaložené výhradně ve prospěch činnosti smluvního zdravotního pojištění a připojištění, jsou účtovány přímo na vrub této činnosti a hrazeny přímo z bankovních účtů této činnosti, a to jak na okresních pojišťovnách, tak na ústřední pojišťovně.
- B) Výše vyjmenovaných provozních nákladů na okresních pojišťovnách (klíčované náklady na OP VZP) se vztahuje k předepsanému hrubému pojistnému a na těchto pojišťovnách pokrývá náklady na spotřebu materiálu, energií a ostatních služeb, dále mzdové náklady a zákonné sociální a zdravotní pojištění.

Z bankovního účtu smluvního zdravotního pojištění a připojištění převádějí OP VZP začátkem měsíce na provozní účet zálohu na tyto klíčované náklady. Po uplynutí měsíce je zaúčtována skutečnost a případný rozdíl je dorovnán v rámci další zálohy.

- C) Vyčíslení podílu ostatních provozních nákladů činnosti smluvního zdravotního pojištění a připojištění na provozních nákladech VZP ČR (klíčované náklady VZP ČR) je odvozeno z vnitřních směrnic VZP ČR pro nákupy a zajištění provozu a z počtu pracovníků, podílejících se na této činnosti.
- ▲ podíl činnosti smluvního pojištění na provozních nákladech VZP, hrazených Ústřední pojišťovnou pro potřeby všech okresních pojišťoven včetně Ústřední pojišťovny (poměr všech pracovníků, provádějících smluvní pojištění, a všech pracovníků VZP ČR)
 - ▲ podíl činnosti smluvního pojištění na provozních nákladech VZP, hrazených Ústřední pojišťovnou pro potřeby Ústřední pojišťovny (poměr pracovníků provádějících smluvní zdravotní pojištění na ÚP VZP a všech pracovníků na ÚP VZP)
 - ▲ podíl činnosti smluvního pojištění na provozních nákladech VZP, hrazených Ústřední pojišťovnou pro potřeby Ústřední pojišťovny (poměr pracovníků provádějících smluvní zdravotní pojištění na ÚP VZP snížený o počet pracovníků, na jejichž pracovišti jsou telekomunikační poplatky přímým nákladem, a všech pracovníků na ÚP VZP)

K vyčíslení provozních nákladů činností smluvního zdravotního pojištění a připojištění na provozních nákladech VZP ČR se používají údaje o počtu pracovníků z jednotlivých čtvrtletí. Na provozní účet je převáděna záloha z účtu smluvního pojištění. Účtování klíčovaných nákladů VZP ČR se provádí čtvrtletně.

Tvorba technických rezerv

Technické rezervy jsou určeny ke krytí budoucích závazků pojišťovny vůči pojištěným, které jsou pravděpodobné nebo jisté, ale nejistá je jejich výše nebo okamžik, ke kterému vzniknou. Jejich tvorba se řídí zákonem č. 363/1999 Sb. a vnitřními předpisy pojišťovny.

VZP ČR tvoří následující rezervy:

- ▲ **rezervu na nezasloužené pojistné**
- ▲ **rezervu na pojistná plnění**
- ▲ **vyrovnávací rezervu**

Technické rezervy jsou vytvářeny a vedeny za každý produkt zvlášť. Při účtování o tvorbě a použití (čerpání) těchto rezerv se účtuje jednak o jejich hrubé výši a jednak o podílu zajišťovatelů na nich.

Rezerva na nezasloužené pojistné (původně rezerva na pojistné jiných období)

Rezerva je tvořena z části pojistného, které se vztahuje k budoucím účetním obdobím. Rezerva vstupuje do zajištění.

Tato rezerva je vytvářena při uzavírání pojistných smluv, a to jak na OP VZP, tak na ÚP VZP ČR. Rozpouští se v místě tvorby. Podíl zajišťovatele na tvorbě rezervy i rozpouštění podílu zajišťovatele je prováděno na ÚP VZP ČR.

Analytické členění rezervy je dle jednotlivých pojistných produktů.

Rezerva na pojistná plnění

Je určena ke krytí závazků z pojistných událostí

a) v běžném účetním období vzniklých, hlášených, ale v tomto období nezlikvidovaných. Stanoví se jako souhrn nákladů na pojistná plnění vypočítaných pro jednotlivé pojistné události.

b) v běžném účetním období vzniklých, ale v tomto období nenahlášených.

Stanoví se metodou kvalifikovaného odhadu.

Rezerva vstupuje do zajištění.

Rezerva na pojistná plnění je (včetně podílu zajišťovatele na její tvorbě nebo čerpání) vytvářena na ÚP podle údajů z OP VZP a OSML ÚP VZP.

Analytické členění rezervy na pojistná plnění je dle jednotlivých pojistných produktů.

Vyrovnávací rezerva (původně rezerva na vyrovnání mimořádných rizik)

Rezerva je tvořena z části pojistného a je určena na vyrovnání zvýšených nákladů na pojistná plnění, které vznikly z titulu výkyvů ve škodném poměru, způsobených skutečnostmi nezávislými na vůli pojišťovny. Postup pro určení výše této rezervy a podmínky pro čerpání rezervy stanovuje ministerstvo vyhláškou.

Rezerva nevstupuje do zajištění.

Rezerva je tvořena na ÚP VZP ČR.

Analytické členění vyrovnávací rezervy je dle jednotlivých pojistných produktů.

Výše tvorby, čerpání a skladba finančního umístění technických rezerv podléhá schválení odpovědným pojistným matematikem. Výkaz o tvorbě technických rezerv a skladbě finančního umístění je v souladu se zákonem č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, předkládán Ministerstvu financí ČR.

Způsob a forma zveřejnění výroční zprávy

Výroční zpráva je k dispozici k nahlédnutí v sídle VZP ČR, v Centru informací VZP ČR a na všech okresních pojišťovnách. Podstatná část výroční zprávy je zveřejněna na internetu na adrese www.vzp.cz a ve Zpravodaji VZP ČR, který je určen smluvním partnerům Pojišťovny.