



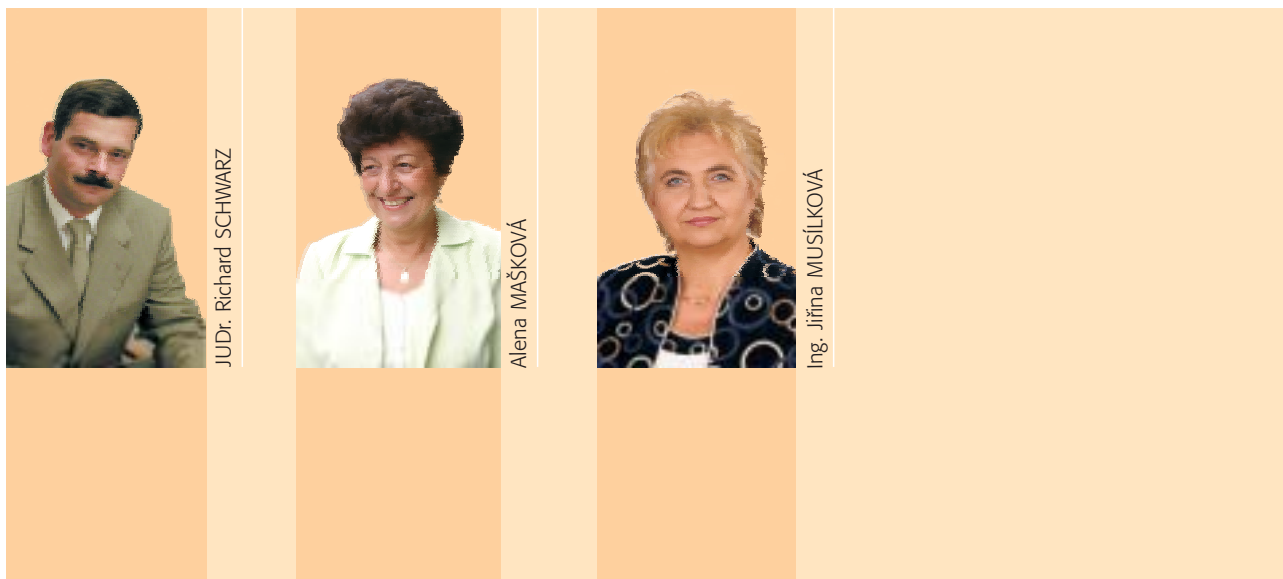
VÝROČNÍ ZPRÁVA

VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ČESKÉ REPUBLIKY

2004

1. Vstupní údaje	5
2. Charakteristika vývoje v roce 2004	7
3. Orgány Pojišťovny	11
3.1 Správní rada Pojišťovny	12
3.2 Dozorčí rada Pojišťovny	14
3.3 Rozhodčí orgán Pojišťovny	14
3.4 Sbor zástupců a správní a dozorčí rady okresních pojišťoven (do 31. 7. 2004), společné zasedání Správní rady a Dozorčí rady Pojišťovny (od 1. 8. 2004)	16
4. Činnost Pojišťovny	19
4.1 Organizační struktura	20
4.2 Informační systém	21
4.3 Kontrola a kontrolní systém Pojišťovny	23
4.4 Zabezpečení činností Pojišťovny hmotným a nehmotným majetkem	33
4.5 Zdravotní politika	34
4.6 Využívání regulačních mechanismů daných § 17 odst. 14 zákona č. 48/1997 Sb.	45
4.7 Pohledávky za ZZ po lhůtě splatnosti	45
4.8 Smluvní politika	46
4.9 Zdravotní péče poskytovaná pojištěncům a hrazená nad rámec veřejného zdravotního pojištění	49
5. Pojištěnci Pojišťovny a jejich pohyb	51
5.1 Pojištěnci Pojišťovny	52
5.2 Pohyb pojištěnců	53
6. Tvorba a čerpání fondů Pojišťovny	59
6.1 Základní fond zdravotního pojištění	60
6.2 Provozní fond	72
6.3 Fond reprodukce investičního majetku	77
6.4 Sociální fond	79
6.5 Rezervní fond	81
6.6 Fond prevence	82
6.7 Ostatní zdaňované činnosti	84
6.8 Doplňující údaje	86
7. Souhrnný přehled vybraných ukazatelů o činnosti Pojišťovny	89
7.1 Stav pohledávek a závazků Pojišťovny	90
7.2 Plnění podmínek splátkových kalendářů úvěrů	91
8. Plnění podmínek ustanovení § 18 zákona č. 106/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů	95
9. Závěr	97
10. Přílohy	103
Stanovisko Dozorčí rady k výroční zprávě	104
Usnesení Správní rady k výroční zprávě	105
Zpráva auditora k účetní závěrce a výroční zprávě	106
Účetní závěrka za rok 2004	107
Způsob a forma zveřejnění Výroční zprávy 2004	115
Vývoj nákladů v jednotlivých segmentech zdravotní péče	116
Zvláštní část VZ 2004	120

VSTUPNÍ ÚDAJE



● VÝROČNÍ ZPRÁVU ZA ROK 2004 PŘEDKLÁDÁ:

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY se sídlem:

Praha 3, Orlická 4/2020

IČO 41197518

DIČ CZ41197518

● PŘEDSTAVITELÉ ORGÁNŮ VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ČR:

JUDr. Richard SCHWARZ, předseda Správní rady

Alena MAŠKOVÁ, předsedkyně Dozorčí rady

● STATUTÁRNÍ ZÁSTUPCI VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ČR:

Ing. Jiřina MUSÍLKOVÁ, ředitelka VZP ČR

Ing. Jiří ZAHRADNÍK, prokurista VZP ČR (do 31. 5. 2004)

● ZŘÍZENÁ:

zákonem ČNR č. 551/1991 Sb.,

o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky,

dnem 1. ledna 1992

● BANKOVNÍ SPOJENÍ:

Československá obchodní banka, a. s.

Na Příkopě 14, Praha 1

GE Money Bank, a. s.

Hybernská 18, Praha 1

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

VÝROČNÍ ZPRÁVA VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ČESKÉ REPUBLIKY ZA ROK 2004



- CHARAKTERISTIKA VÝVOJE V ROCE 2004

Rok 2004 byl pro systém zdravotního pojištění i Pojišťovnu poměrně bohatý na události. Došlo k řadě změn legislativního rámce veřejného zdravotního pojištění včetně organizačního uspořádání Pojišťovny, Česká republika vstoupila do Evropské unie, a tak samozřejmě i systém zdravotního pojištění a Pojišťovna musely připravit řadu opatření, aby vyhovely novým podmínkám své činnosti, v odborné i laické veřejnosti probíhaly debaty o dalším směřování systému zdravotního pojištění a veřejnosti byly představeny koncepce zdravotnictví připravené státní správou.

V oblasti vlastního hospodaření se Pojišťovna zaměřovala (a to i ve svém Zdravotně pojistném plánu na rok 2004) na vyrovnaní finančního deficitu z minulých let. Vzhledem k tomu, že **Pojišťovna sama nemůže plně ovlivňovat výši příjmů ani nákladů** (jejichž vývoj je z velké míry závislý na rozhodnutí vnějších institucí), **nebylo jejím cílem úplné vyrovnaní bilance vlastními silami**. Přijala řadu vnitřních opatření, čímž sice zmiřňovala tempo růstu deficitu finanční bilance, nezastavila jej však, neboť jeho základní příčiny spočívají v samotném systému veřejného zdravotního pojištění. Tyto vnější příčiny navrhovala brzdít následujícími opatřeními:

- na straně nákladů na zdravotní péči
 - uplatněním regulačních mechanismů uvedených ve Zdravotně pojistném plánu pro rok 2002, kapitola 3.5 Náklady na zdravotní péči, část Omezení úhrad za zdravotní péči vykázanou zdravotnickými zařízeními,
 - iniciací právního předpisu, který by zrušil souběh volnoprodejnosti léčiv a předepisování na recepty u léčivých přípravků,
 - restrukturalizací lůžkové péče s návazností na ambulantní péči a vyčleněním úhrad sociální péče ze zdravotního pojištění,
- na straně příjmů
 - prodejem pohledávek Pojišťovny České konsolidační agentuře,
 - odstraněním odpočtů při odvodu pojistného zaměstnavatelem u osob, za které je zároveň plátcem pojistného stát, ze zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění,
 - legislativními změnami v platbách pojistného u OSVČ a OBZP,
 - zavedením 100% přerozdělení, vč. přerozdělení nákladů na nákladnou péči.

Některá z těchto opatření na straně příjmů byla v průběhu roku 2004 přijata, jejich působení však bylo pomalejší nebo méně výrazné, aby ovlivnilo již výsledek hospodaření roku 2004. Již na konci roku 2003 vláda rozhodla o postoupení pohledávek za plátcí pojistného. Celková částka takto postoupených pohledávek činila v případě Pojišťovny 2 356 182 tis. Kč, přičemž již na konci roku 2003 byla poskytnuta záloha ve výši 1 649 400 tis. Kč, v srpnu 2004

bylo doplaceno 706 782 tis. Kč. Tyto finanční prostředky byly ihned použity na splacení nejstarších závazků vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti. Další významné legislativní opatření, které se Pojišťovně v roce 2004 podařilo prosadit, tj. postupný přechod na nový způsob přerozdělování pojistného, pracovně nazývaný „stoprocentním přerozdělováním“, začne plně ovlivňovat finanční pozici Pojišťovny až od roku 2007. V průběhu roku 2004 totiž byla (změnou zákona) završena snaha Pojišťovny změnit nespravedlivý systém přerozdělení pojistného mezi zdravotními pojišťovnami tak, aby byla omezena motivace zdravotních pojišťoven konkurovat si výhodnou skladbou pojištěnců ať už z hlediska příjmového nebo nákladového. Od ledna 2005 probíhá dvouletý postupný přechod od „starého“ způsobu přerozdělování (na základě počtu pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, ve dvou věkových skupinách do 60 let a nad 60 let věku, používaného od roku 1994 až do konce roku 2004), na nové přerozdělování na základě indexů nákladovosti skupin pojištěnců podle věku a pohlaví. Během roku 2005 bude částku z přerozdělování tvořit 65 % podílu vytvořeného „starým způsobem“ a 35 % podílu vytvořeného na základě indexů nákladovosti skupin pojištěnců podle věku a pohlaví. V následujícím roce 2006 bude částku z přerozdělování tvořit již jen 30 % podílu vytvořeného „starým způsobem“ a zbývajících 70 % podílu budou tvořit prostředky určené na základě indexů nákladovosti skupin pojištěnců podle věku a pohlaví. Od roku 2007 bude celý proces přerozdělování vytvořen již jen na základě indexů nákladovosti skupin pojištěnců podle věku a pohlaví. Současně byl zaveden tzv. systém hrazení zvláště nákladné zdravotní péče, který částečně rozloží mezi všechny zdravotní pojišťovny rizika vznikající s pojišťováním klientů s velmi nákladnými diagnózami. Vedle této systémové změny, jejíž důsledky se začnou projevovat až od roku 2005, byly upraveny i některé dílčí parametry ovlivňující výběr pojistného, jako například zrušení odpočtů u výdělečně činných osob (zaměstnanců, OSVČ), za které je plátcem pojistného i stát, a zvýšení plateb OSVČ a OBZP.

Na straně nákladů na zdravotní péči nebyla přijata žádná plošná opatření, naopak uplatnění regulačních mechanismů uvedených ve Zdravotně pojistném plánu pro rok 2002 se setkal s výrazným odporem, a to nikoliv pouze u poskytovatelů zdravotní péče, nýbrž i na straně státu a Parlamentu ČR. Nastavení cen zdravotní péče je v podstatě prolongováno od roku 2001. Od toho roku nebyla v segmentech ústavní péče učiněna v rámci dohodovacího řízení dohoda a z toho důvodu vydávalo do 1. pololetí 2003 vyhlášku o cenách zdravotní péče Ministerstvo zdravotnictví. V případě, že Ministerstvo zdravotnictví vyhlášku nevydá, platí ceny a úhradové mechanismy z posledního období, kdy tak bylo učiněno, nebo z období poslední dohody. Tak tomu bylo od 2. pololetí 2003 a po celý rok 2004. Protože v roce

2001 byly úhrady nastaveny nad možnostmi příjmové strany bilance, prolouhuje se tento stav až do současnosti. Žádné z opatření tak neznamenalo zásadní změnu v trendech růstu příjmů a nákladů na zdravotní péči již v roce 2004.

Celá řada legislativních změn a dalších opatření (včetně rezignace na uplatnění zmíněných regulací) byla také důvodem, proč v průběhu roku 2004 bylo Pojišťovně usnesením vlády České republiky č. 638 ze dne 23. června 2004 uloženo zpracovat Dodatek ke Zdravotně pojistnému plánu pro rok 2004*, v němž měly být zapracovány dopady novel zákonů upravujících systém veřejného zdravotního pojištění a další vlivy na hospodaření v roce 2004, zejména v oblasti vývoje pohledávek za zdravotnickými zařízeními (souvisejících s uplatněním regulací) a vytvoření počátečního zůstatku k 1. lednu 2004 na rezervním fondu. Pojišťovna tento Dodatek zpracovala a předala jej Poslanecké sněmovně cestou Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva financí na podzim roku 2004. ZPP na rok 2004 (původní) ani Dodatek k ZPP na rok 2004 nebyl Poslaneckou sněmovnou ČR schválen a nebylo ani stanoveno rozpočtové provizorium Ministerstvem zdravotnictví ČR. V Dodatku byly zapracovány dopady novel zákonů upravujících fungování systému veřejného zdravotního pojištění, a to zejména:

- změny organizační struktury a orgánů dle novely zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky,
- očekávaného pozitivního dopadu do příjmů základního fondu zdravotního pojištění (dále jen „ZFZP“) v roce 2004 na základě novely zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, kdy již od srpna 2004 nejsou při stanovení vyměřovacího základu u zaměstnanců prováděny tzv. odpočty u pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, a další vlivy, které nebyly známy v době sestavování Zdravotně pojistného plánu na rok 2004, tj. zejména:
- postoupení části pohledávek Pojišťovny za plátcí pojistného na veřejné zdravotní pojištění na Českou konsolidační agenturu, vývoj pohledávek za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti a závazků vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti,
- vytvoření počátečního zůstatku k 1. lednu 2004 na rezervním fondu v souladu se zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, ve znění pozdějších předpisů,
- úpravy promítnutí regulací dle zdravotně pojistných plánů na rok 2002 a 2003 vyplývajících z ustanovení § 17 odst. 14 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Přes řadu zmíněných opatření skutečný výsledek hospodaření Pojišťovny v roce 2004 neznamenal (kromě změny počtu pojištěnců) významnou změnu trendů dosahovaných v minulých letech. Počet pojištěnců klesl o 120 tis. osob, tj. o 1,8 % oproti roku 2003. Ve srovnání s poklesem počtu pojištěnců dosaženým v minulém roce (150 tis. osob, 2,2 %) je to zřetelné zlepšení. V oblasti vývoje příjmů a nákladů na zdravotní péči dosáhla Pojišťovna podobných výsledků jako v předcházejících letech. Příjmy z veřejného zdravotního pojištění rostly (při odstínění vlivu postoupení pohledávek) o 5 %, což odpovídá trendům dosahovaným v minulých letech, náklady na zdravotní péči však rostly o 7 % oproti předcházejícímu roku. Konečným výsledkem je zvýšení stavu závazků po lhůtě splatnosti vůči poskytovatelům zdravotní péče o cca 4 mld. Kč (konečný stav závazků po lhůtě splatnosti činil ke konci roku 2004 9,3 mld. Kč).

Pojišťovna se také v průběhu roku 2004 vypořádávala s organizační změnou vyvolanou jednak novým zněním zákona o Všeobecné zdravotní pojišťovně, jednak také potřebou reagovat na vývoj systému zdravotního pojištění a postavení Pojišťovny v jeho rámci. Zákon č. 438/2004 Sb., kterým se mimo jiné změnil zákon č. 551/1991 Sb., významně změnil od 1. srpna 2004 strukturu orgánů Pojišťovny. Byly zrušeny správní rady a dozorčí rady okresních pojišťoven včetně Sboru zástupců. Správní rada Ústřední pojišťovny byla přejmenována na Správní radu VZP ČR. Vedle toho byly zřízeny krajské pobočky a dosavadní okresní pojišťovny se staly územními pracovišti. V roce 2004 tak byly provedeny první kroky reorganizace a v dalších letech bude Pojišťovna v přeměně organizační struktury pokračovat s cílem racionalizovat jednotlivé procesy a činnosti. Hlavní kroky reorganizace by měly být ukončeny do roku 2007.

Dalším zásahem do činnosti Pojišťovny byl vstup České republiky do Evropské unie. Pojišťovna se na tento vstup připravovala již dlouhou dobu, proto se podařilo zvládnout většinu administrativy spojené se vstupem bez významných problémů. Pojišťovna v této souvislosti nezvýšila počet zaměstnanců, což se podařilo pouze díky racionalizaci některých procesů a úspoře zaměstnanců v jiných agendách. Kromě toho, že vznikla nová administrativní spojení s evidencí nových pojištěnců, výběrem pojistného a úhradou jejich zdravotní péče, vyvolal vstup do Evropské unie také potřebu jiným způsobem pojmout aktivity spojené se smluvním zdravotním pojištěním prováděným dosud Pojišťovnou podle právních předpisů platných pro komerční pojišťovny. Se vstupem smlouvy o přistoupení České republiky k Evropské unii v platnost totiž pozbylo právní opory povolení k pojišťovací činnosti, vydané Pojišťovně Ministerstvem financí dne 29. 5. 2002. Z tohoto důvodu založila Pojišťovna jako jediný akcionář společnost Pojišťovna VZP, a. s.

Pojišťovna VZP, a. s., vykonává v souladu s povolením Ministerstva financí pojišťovací činnost v rozsahu pojistného

* V dalším textu této Výroční zprávy jsou výsledky Pojišťovny srovnávány s údaji obsaženými v tomto Dodatku (v souladu s Metodikou MZ), tzn. nikoliv s údaji obsaženými v původním Zdravotně pojistném plánu. Tam, kde to pokládáme za potřebné, srovnáváme také s údaji uvedenými v původním plánu, což může někdy zkomplikovat porozumění. Za to se čtenáři omlouváme.

odvětví neživotní pojištění – smluvní zdravotní pojištění. Dále v návaznosti na uvedenou hlavní činnost provádí činnosti související s pojišťovací činností, zprostředkovatelskou činností v souvislosti s pojišťovací činností, poradenskou činností související s pojištěním a šetření pojistných událostí. Pojišťovna VZP, a. s., se zaměřuje na pojištění osob pobývajících na území České republiky, u nichž nejsou splněny podmínky pro účast v systému veřejného zdravotního pojištění, a dále na pojištění nákladů zdravotní péče, přesahujících rámec úhrady z veřejného zdravotního pojištění, zejména pojištění léčebných výloh při pobytu v cizině.

Nemalé úsilí věnovala Pojišťovna v roce 2004 oblastem činností, které provádí ve prospěch celého systému veřejného zdravotního pojištění. 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 Kapitálního centra, Informačního centra a Analytické komise dohodovacího řízení, pro které bylo nutno v průběhu roku 2004 soustřeďovat a zpracovávat velké množství dat.

Dlouhodobě prokazovaná a vnímaná spolehlivost Pojišťovny vedla k tomu, že jí bylo i v roce 2004 svěřeno zajišťování agendy Česko-německého fondu budoucnosti, pro který – ve spolupráci s Ministerstvem zahraničních věcí a Koordinační komisí – prováděla výplatu dávek sociální pomoci v objemu cca 187 milionů Kč.

Rok 2004, přestože byl poměrně plodný jak v oblasti vývoje legislativy, tak i dalších opatření v oblasti veřejného zdravotního pojištění, nepřinesl bohužel žádné skutečné výsledky, které by znamenaly významnou změnu trendů dosahovaných v minulých letech. Na většinu výzev, kterým Česká republika čelí dnes a bude čelit v následujících letech, odpovězeno nebylo.

Jiřina Mušková

Tabulka č. 1: Makroekonomické ukazatele použité pro sestavení Dodatku ZPP VZP ČR pro rok 2004 a dosažená skutečnost

	Dodatek ZPP 2004		Rok 2004 - skutečnost	
	1. pol.	2. pol.	1. pol.	2. pol.
PRŮMĚRNÝ POČET POJIŠTĚNCŮ VZP	6 731 767	6 700 000	6 728 495	6 680 790
Nárůst objemu mezd (odhad/skut VZP)	106,1		106,1	
Nárůst průměrné mzdy (odhad/skut VZP)	107,3		107,5	
Minimální mzda	6 700		6 700	
Minimální pojistné zaměstnanci, pojistné OBZP	905		905	
Průměrná mzda o 2 roky zpět	15 857		15 857	
Minimální pojistné OSVČ (z 50 % prům. mzdy)	1 071		1 071	
Vyměřovací základ státu	3 520		3 520	
Pojistné státu	476		476	
NEZAMĚŠTNANOST				
Počet nezaměstnaných ČR (dle MF - MPSV)	541 000	549 000	537 395	541 675
Míra nezaměstnanosti ČR (dle MF - MPSV)	10,3%	10,5%	10,2%	10,3 %
Počet nezaměstnaných u VZP	341 000	348 000	330 844	332 522
Míra nezaměstnanosti u VZP	11,9%	12,2%	11,4%	11,5 %
Míra inflace	2,9%		2,8%	

VÝROČNÍ ZPRÁVA VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ČESKÉ REPUBLIKY ZA ROK 2004



- ORGÁNY POJIŠŤOVNY

V souladu se zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, působily v roce 2004 ustavené orgány Pojišťovny, a to do 31. července 2004 Sbor zástupců, Správní rada Ústřední pojišťovny, Dozorčí rada VZP ČR, 77 správních rad okresních pojišťoven a 77 dozorčích rad okresních pojišťoven. Zákon č. 438/2004 Sb., kterým se mimo jiné změnil zákon č. 551/1991 Sb., významně změnil od 1. srpna 2004 strukturu orgánů Pojišťovny. Byly zrušeny správní rady a dozorčí rady okresních pojišťoven (nově územních pracovišť), tzn. že byl zrušen i orgán Sbor zástupců. Správní rada Ústřední pojišťovny byla tímto zákonem přejmenována na Správní radu VZP ČR. Dozorčí rada VZP ČR zůstává po dobu 6 měsíců od data účinnosti zákona č. 438/2004 Sb., tj. do 31. ledna 2005 v původní struktuře (tj. 9 členů, z toho 3 zástupci státu, 3 zástupci pojištěnců a 3 zástupci zaměstnavatelů pojištěnců). Od 1. února 2005 bude Dozorčí rada VZP ČR rozšířena o 14 zástupců pojištěnců Pojišťovny (tj. po jednom zástupci pro každou krajskou pobočku, voleném krajským zastupitelstvem) a o 14 zástupců zaměstnavatelů pojištěnců (tj. po jednom zástupci pro každou krajskou pobočku, voleném organizací zaměstnavatelů).

● 3.1 SPRÁVNÍ RADA POJIŠŤOVNY

SLOŽENÍ SPRÁVNÍ RADY VZP ČR V ROCE 2004:

PŘEDSEDA:

JUDr. Richard SCHWARZ
(zástupce zaměstnavatelů pojištěnců)

radové:

pro ekonomické otázky:

Ing. Jiří NEKOVÁŘ
(zástupce zaměstnavatelů pojištěnců)

zdravotní rada:

MUDr. Dalibor STEJSKAL
(zástupce zaměstnavatelů pojištěnců)

zástupci pojištěnců:

Ing. Bohumír BOBÁK (do 29. 5. 2004)
Jarmila BOHÁČKOVÁ (do 29. 5. 2004 a dále od 29. 6. 2004)
MUDr. Milan CABRNOCH (do 29. 5. 2004)
Jana DVOŘÁKOVÁ
JUDr. Karel KOS
Doc. Ing. Lubomír MIKŠ, CSc.
Ing. Miloš PATERA (od 29. 6. 2004)
MUDr. Vladimír PLAČEK
RSDr. Ing. Svatomír RECMAN (od 29. 6. 2004)
Ing. Antonín SEĎA (od 29. 6. 2004)
Ing. Lucie TALMANOVÁ (do 29. 5. 2004)
Ing. Monika TURNOVSKÁ (do 29. 5. 2004
a dále od 29. 6. 2004)
Ing. Jan VRANÝ

ČLENOVÉ:

zástupci státu:

JUDr. Jaroslav CIVÍN (do 30. 6. 2004)
MUDr. Rostislav ČEVELA (do 11. 2. 2004)
Ing. Karel DOLEŽAL (od 12. 2. 2004)
Ing. Jarmila FUCHSOVÁ
Ing. Kateřina HELIKAROVÁ
Ing. Antonín HLAVÁČEK, CSc. (do 3. 3. 2004)
Jiří HOFMAN
Zdeněk KADLEC
Mgr. Vladimíra KALFUSOVÁ
Ing. František KONÍČEK
Ing. Josef LANGER (od 1. 7. 2004)
Ing. Oldřich LEBL
Ing. Ludmila MÜLLEROVÁ

zástupci zaměstnavatelů pojištěnců:

JUDr. Eva BATUNOVÁ
Ing. František HÝBNER
JUDr. Stanislav KLIMEŠ (od 1. 7. 2004)
Ing. Zdeněk LIŠKA (do 30. 6. 2004)
Ing. Jaroslav MICHAL
Karel PFABIGAN
Ing. Helena PÍSKOVSKÁ
Mgr. Petr PRCHAL (od 1. 7. 2004)
Jan WIESNER (do 30. 6. 2004)

Jednání Správní rady Pojišťovny se za řízení předsedy JUDr. Richarda Schwarze konala v roce 2004 celkem 10krát. V následujícím přehledu jsou uvedeny nejdůležitější projednané materiály, kterými se Správní rada Pojišťovny na svých jednáních zabývala:

30. ledna 2004

Problematika vstupu do EU z pohledu zdravotního pojištění
 Informace o využití finančních prostředků z ČKA
 Informace o financování zdravotní péče formou DRG

27. února 2004

Výsledky veřejných zakázek za 2. pololetí 2003
 Informace o postupu reorganizace Pojišťovny
 Ekonomické dopady na Pojišťovnu v rámci vstupu do EU
 Informace o regulaci uplatněné v souvislosti s překročením maximální ceny bodu u záchranných služeb

26. března 2004

Informace o postupu realizace projektu Elektronický identifikátor
 Regulace zdravotnických zařízení dle ZPP 2002
 Problematika dceřiné společnosti – smluvní pojištění, informace o postupu prací

23. dubna 2004

Výroční zpráva VZP ČR za rok 2003
 Informace o postupu realizace projektu Elektronický identifikátor

28. května 2004

Problematika předávání údajů exekutorům
 Vyúčtování lůžkové péče za 2. pololetí 2003
 Odstoupení prokuristy VZP ČR z funkce
 Problematika dceřiné společnosti Pojišťovna VZP, a. s.

25. června 2004

Návrh nové organizační struktury Pojišťovny
 Komplexní informace o pobytech dětí Mořský koník
 Problematika mlčenlivosti členů orgánů Pojišťovny

24. září 2004

Zdravotně pojistný plán VZP ČR na rok 2005
 Úhrady antikoncepce
 Návrh na jmenování ředitele úseku informačního systému
 Návrhy na jmenování ředitelů krajských poboček
 Dodatek ke Zdravotně pojistnému plánu VZP ČR na rok 2004
 Navýšení základního kapitálu Pojišťovny VZP, a. s.

22. října 2004

Jednací řád VZP ČR
 Zpráva o plnění strategie k udržení pojištěnců, analýza a vyhodnocení programu Klient
 Informace o postupu realizace projektu Elektronický identifikátor

26. listopadu 2004

Organizační řád VZP ČR
 Informace o postupu zajištění přístupu na Portál VZP ČR
 Návrh dopisu Správní rady ve věci způsobu úhrad poskytnuté zdravotní péče
 Dopady novely Seznamu výkonů v případě přijetí návrhu ČLK

17. prosince 2004

Smluvní zdravotní pojištění v roce 2004
 Informace o schválených projektech financovaných z fondu prevence na rok 2005
 Rámcové smlouvy – záměry Pojišťovny

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, Informace o průběhu projektu Elektronický identifikátor 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 ekonomická, zdravotní, investiční, pro informatiku, mzdová, pro fond prevence a další.

● 3.2 DOZORČÍ RADA POJIŠŤOVNY

SLOŽENÍ DOZORČÍ RADY VZP ČR V ROCE 2004:

PŘEDSEDA:

Alena MAŠKOVÁ
(zástupce zaměstnavatelů pojištěnců)

MÍSTOPŘEDSEDA:

Ing. Marie BÍLKOVÁ (od 22. 3. 2004)
(zástupce státu)

ČLENOVÉ:

zástupci státu:

Ing. Marie BÍLKOVÁ (do 22. 3. 2004)
Ing. Květuše SRNOVÁ
Ing. Sylva STODULKOVÁ (od 1. 8. 2004)
MUDr. Michael VÍT (do 31. 7. 2004)

zástupci pojištěnců:

Ing. Jiří STŘÍTESKÝ
Ing. Rudolf TOMÍČEK
Jan VIDÍM

zástupci zaměstnavatelů pojištěnců:

Ing. Petr JANŮ
Ing. Stanislav MORAVEC

Jednání Dozorčí rady se za řízení předsedkyně Aleny Maškové uskutečnila v roce 2004 celkem 5krát, termíny jednání navazovaly především na zákonné povinnosti orgánů Pojišťovny. Konkrétně se jednání Dozorčí rady v roce 2004 uskutečnila ve dnech 22. března, 26. dubna, 21. června, 4. října a 29. listopadu.

Dozorčí rada na svých zasedáních především řešila a projednala:

- plnění úkolů vyplývajících ze Stanov VZP ČR,
- stanovisko Dozorčí rady k Výroční zprávě VZP ČR za rok 2003,
- stanovisko k Zdravotně pojistnému plánu VZP ČR pro rok 2005,
- stanovisko k Dodatku Zdravotně pojistného plánu VZP ČR na rok 2004,
- problematiku úhrad příspěvků na hormonální antikoncepci,
- problematiku interního auditu Pojišťovny,
- řešení zajištění smluvního pojištění založením dceřiné společnosti Pojišťovna VZP, a. s.,
- vlastní kontrolní činnost,
- zprávy o činnosti a úkolech plněných odborem hlavního kontrolora Pojišťovny za každé kalendářní čtvrtletí včetně výsledků vnějších kontrol, přijetí a plnění nápravných opatření ze strany vedení Pojišťovny,
- zprávy o výsledku kontrol, provedených členy Dozorčí rady,
- situaci v úhradách zdravotní péče zdravotnickým zařízením,
- změnu organizační struktury a nový Organizační řád VZP ČR,
- obsazení členů Dozorčí rady v Rozhodčím orgánu VZP ČR.

Trvale byla sledována činnost Správní rady Pojišťovny účastí předsedkyně Dozorčí rady na jejích jednáních. Na všech svých jednáních byla Dozorčí rada průběžně seznamována s aktuální situací v Pojišťovně a byla informována o jednáních Správní rady Pojišťovny. Průběžně byly řešeny stížnosti a podněty podané Dozorčí radě v koordinaci s odborem kontroly a ředitelkou Pojišťovny.

● 3.3 ROZHODČÍ ORGÁN POJIŠŤOVNY

Rozhodčí orgán Pojišťovny (dále jen RO) je orgán, který na základě zákonného zmocnění rozhoduje o řádných a mimořádných opravných prostředcích proti platebním výměrům vydaným územními pracovišti a Krajskou pobočkou pro hl. m. Prahu (dále jen souhrnně ÚP) ve správním řízení. Dále je ze zákona zmocněn odstraňovat tvrdosti, které by se vyskytly při vyměřování penále, pokut a přírůžek k pojistnému.

Rozhodčí orgán pracoval v roce 2004 v následujícím složení:

PŘEDSEDKYNĚ:

Mgr. Běla PLACHÁ (od 3. 3. 2004)
(od 1. 1. 2004 do 2. 3. 2004 místopředsedkyně zastupující předsedkyni)
zástupce MPSV ČR

MÍSTOPŘEDSEDKYNĚ:

JUDr. Hana HYNKOVÁ (od 3. 3. 2004)
zástupce VZP ČR

ČLENOVÉ:**za Správní radu:**

Karel PFABIGAN (do 30. 11. 2004)
JUDr. Karel KOS (od 1. 12. 2004)
Ing. Jan VRANÝ
Jana DVORÁKOVÁ

za Dozorčí radu:

Ing. Marie BÍLKOVÁ
Alena MAŠKOVÁ
Ing. Květuše SRNOVÁ
(od 1. 1. 2004 do 31. 1. 2004,
od 1. 5. 2004 do 31. 5. 2004,
od 1. 10. 2004 do 31. 12. 2004)
Ing. Petr JANŮ
(od 1. 2. 2004 do 29. 2. 2004,
od 1. 7. 2004 do 31. 7. 2004)
Ing. Jiří STRÍTESKÝ
(od 1. 3. 2004 do 31. 3. 2004,
od 1. 8. 2004 do 31. 8. 2004)
Ing. Stanislav MORAVEC
(od 1. 4. 2004 do 30. 4. 2004,
od 1. 6. 2004 do 30. 6. 2004)
Jan VIDÍM
(od 1. 9. 2004 do 30. 9. 2004)

za MZ:

MUDr. Eva ZAVADILOVÁ

za MF:

Ing. Marie HERANOVÁ

Rozhodčí orgán se v roce 2004 sešel k 36 celodenním pracovním jednáním, na kterých s konečnou platností projednal 7 571 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.

Rozhodčí orgán v roce 2004 projednal 6 597 podání plátců pojistného proti platebním výměrům na penále, 676 podání proti platebním výměrům na dlužné pojistné a 277 podání proti platebním výměrům na pokuty za nesplnění povinností plátců pojistného. Rozhodčí orgán projednával každý případ v celém jeho rozsahu, u každého zkoumal oprávněnost vydání platebního výměru a zákonnost postupu ÚP VZP ČR.

Plátcí ve svých podáních ve většině případů nezpochybňují nárok Pojišťovny na vyměřené pohledávky, ale poukazují na nepříznivou finanční situaci. 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 tvrdostí.

Zákonem č. 176/2002 Sb. došlo s účinností od 1. 7. 2002 k rozdělení rozhodovací pravomoci ve věcech řízení o prominutí penále mezi RO a OP VZP ČR. RO může odstraňovat tvrdosti, které by se vyskytly při uložení pokuty, vyměření přírážky k pojistnému nebo předepsání penále, jehož výše přesahuje 20 000 Kč. OP (tj. nyní ÚP) mohou odstraňovat tvrdosti, které by se vyskytly při předepsání penále, jehož výše nepřesahuje 20 000 Kč. V roce 2004 RO rozhodoval o odstranění tvrdostí v 3 327 případech a prominul celkem 213 282 tis. Kč. ÚP vydala v roce 2004 celkem 44 382 rozhodnutí a prominuto bylo 155 473 tis. Kč.

Pravomocná rozhodnutí RO ve věcech pojistného, penále, pokut a přírážek k pojistnému, vydaná ve správním řízení, jsou přezkoumatelná soudem dle zákona č. 150/2002 Sb., Soudní řád správní. K přezkoumání rozhodnutí je příslušný Městský soud v Praze. Proti rozhodnutím RO bylo v roce 2004 podáno plátcí pojistného celkem 12 žalob. Městský soud v Praze v tomto období rozhodl s konečnou platností o 10 žalobách, z nichž byly 4 žaloby plátců pojistného zamítnuty, ve 4 případech bylo řízení zastaveno, ve 2 případech bylo rozhodnutí zrušeno a věc byla vrácena RO k novému projednání a rozhodnutí.

Tabulka č. 2: Počet podání k RO a počet vyřízených případů

Rok	Počet došlých podání	Počet jednání RO	Počet projed. podání	Rozhodnuté částky v tis. Kč
2002	10 562	33	*7 465	201 085
2003	5 891	36	6 818	249 440
2004	7 171	36	7 571	193 899

* z toho 1 585 podání vyřízeno na základě Generálního rozhodnutí RO

Tabulka č. 3: Počty rozhodnutí RO vydaných v roce 2004

Odvolání ve věcech	Rozhodnutí		Částka	
	Počet	Index 2004/2003	Předepsaná v tis. Kč	Výsledná v tis. Kč
Penále	6 597	1,20	411 871	175 652
Dlužného pojistného	676	0,78	28 329	17 616
Pravděpodobné výše pojistného	–	–	–	–
Vrácení přeplatku na pojistném	20	1,82	120	24
Pokut za nepředložení dokladů ke kontrole	69	0,61	917	227
Pokut za nepředložení Přehledů OSVČ a zaměstnavatelů	195	0,62	832	330
Pokut za nesplnění oznamovací povinnosti	9	0,64	54	20
Pokut za opakované nesplnění oznamovací povinnosti	2	–	15	10
Přirážek k pojistnému	1	1,00	18	18
Pokut za nezaslání kopie Záznamu o pracovním úrazu	2	–	4	2
Celkem rok 2004	7 571	1,11	442 160	193 899

● 3.4 SBOR ZÁSTUPCŮ, SPRÁVNÍ RADY A DOZORČÍ RADY OKRESNÍCH POJIŠŤOVEN (DO 31. 7. 2004), SPOLEČNÉ ZASEDÁNÍ SPRÁVNÍ RADY A DOZORČÍ RADY POJIŠŤOVNY (OD 1. 8. 2004)

3.4.1 SBOR ZÁSTUPCŮ

Sbor zástupců byl v roce 2004 složen z 30 členů Správní rady Ústřední pojišťovny, 77 zástupců správních rad okresních pojišťoven a z jednoho zástupce ředitelství Ústřední pojišťovny. V roce 2004 se konalo jedno zasedání Sboru zástupců, a to dne 5. května 2004, zasedání řídil předsedající JUDr. Richard Schwarz, předseda Správní rady Ústřední pojišťovny.

Na zasedání Sboru zástupců dne 5. května 2004 byla projednána předložená Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2003, která byla po diskusi všemi přítomnými schválena. Dále byl projednán vývoj situace v Pojišťovně v souvislosti s nástupem nového ministra zdravotnictví MUDr. Kubinyho a k situaci bylo přijato usnesení.

3.4.2 SPRÁVNÍ RADY A DOZORČÍ RADY OKRESNÍCH POJIŠŤOVEN

V souladu se zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, byly do 31. 7. 2004 nadále při okresních pojišťovnách ustaveny správní a dozorčí

rad. Správní rady měly v průběhu roku 2004 v každé OP zákonem stanovený počet členů 9, z toho 5 zástupců pojištěnců a 4 zástupce zaměstnavatelů pojištěnců. Dozorčí rady měly v průběhu roku 2004 v každé OP zákonem stanovený počet 5 členů, z toho 3 zástupce pojištěnců a 2 zástupce zaměstnavatelů pojištěnců. K datu ukončení činnosti nebyl ve všech okresních pojišťovnách naplněn zákonem stanovený počet členů orgánů (u 16 správních rad a u 13 dozorčích rad), a to z důvodu ukončení funkčního období některých členů a jejich nenahrazení v souvislosti se zrušením těchto orgánů k 31. 7. 2004.

Ve všech správních radách okresních pojišťoven pracovalo v roce 2004 **668 členů**, jednání všech správních rad okresních pojišťoven se uskutečnila celkem 268krát.

Ve všech dozorčích radách okresních pojišťoven pracovalo v roce 2004 **366 členů**, jednání všech dozorčích rad okresních pojišťoven se uskutečnila celkem 210krát.

Správní rady okresních pojišťoven v roce 2004 se na svých jednáních zabývaly zejména následující problematikou:

- hospodaření, smluvní vztahy s poskytovateli zdravotní péče, aktuální finanční situace ve vztahu k úhradám poskytnuté zdravotní péče,
- plnění vnitřního rozpočtu okresní pojišťovny, platební schopnost, stav pohledávek a závazků,
- hodnocení činnosti, výsledky hospodaření a účetní závěrka,

- rozhodování o čerpání finančních prostředků fondu prevence,
- realizace a hodnocení programu Klient, opatření ke stabilizaci pojištěnců, propagace a reklama,
- smluvní zdravotní politika, revize a vykazování zdravotní péče, kvalita a dostupnost zdravotní péče v okrese, problematika výběrových řízení, restrukturalizace nemocnic,
- plátcí pojistného, výběr pojistného, vymáhání dlužného pojistného,
- projednání Výroční zprávy VZP ČR za rok 2003 a Zdravotně pojistného plánu VZP ČR pro rok 2005,
- sledování nových zákonných norem, ochrana osobních dat,
- ukončení činnosti správních rad k 31. 7. 2004 v souvislosti se změnou zákona č. 551/1991 Sb.

Dozorčí rady okresních pojišťoven v roce 2004 se na svých jednáních zabývaly především následující problematikou:

- kontrola hospodaření okresní pojišťovny, kontrola plnění stanoveného rozpočtu,
- kontrola plnění Zdravotně pojistného plánu,
- kontrola 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 Pojišťovny a zvýšení jejich počtu, kontrola úspěšnosti a hodnocení programu Klient,
- kontrola výběru pojistného, řešení vymáhání pohledávek, kontrola splácení nedoplatků pojistného, kontrola platební kázně firem a OSVČ,
- kontroly smluvních vztahů, aktuální finanční situace ve vztahu k úhradám poskytnuté zdravotní péče,
- výsledky kontrolní činnosti, výsledky dosažené při výběru pojistného,
- kontrola využití prostředků fondu prevence,
- dohled nad dodržováním právních a vnitřních předpisů,
- řešení stížností pojištěnců a zdravotnických zařízení,

- projednání Výroční zprávy VZP ČR za rok 2003 a Zdravotně pojistného plánu VZP ČR pro rok 2005,
- ukončení činnosti dozorčích rad k 31. 7. 2004 v souvislosti se změnou zákona č. 551/1991 Sb.

3.4.3 SPOLEČNÉ ZASEDÁNÍ SPRÁVNÍ RADY A DOZORČÍ RADY POJIŠŤOVNY (od 1. 8. 2004)

V souladu s novelou zákona č. 551/1991 Sb. se uskutečnilo **společné zasedání Správní rady a Dozorčí rady dne 4. října 2004**, společné zasedání řídila ředitelka VZP ČR Ing. Jiřina Musílková.

Na společném zasedání byl projednán Dodatek ke Zdravotně pojistnému plánu VZP ČR na rok 2004 a Zdravotně pojistný plán VZP ČR na rok 2005. Společné zasedání vzalo na vědomí souhlasná stanoviska jak Dozorčí rady, tak i Správní rady k oběma projednávaným dokumentům.

VÝROČNÍ ZPRÁVA VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ČESKÉ REPUBLIKY ZA ROK 2004



- ČINNOST POJIŠŤOVNY

● 4.1 ORGANIZAČNÍ STRUKTURA

4.1.1 ÚSTŘEDÍ

Zákon č. 438/2004 Sb., kterým se mimo jiné mění i zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, nabyl účinnosti dnem 1. 8. 2004. Tento zákon provedl zásadní změny v organizační struktuře Pojišťovny, týkající se zejména nového uspořádání a označení jejích organizačních složek, statutárního orgánu a změn v orgánech Pojišťovny, jimiž jsou Správní rada a Dozorčí rada.

Organizační strukturu Ústředí tvoří v souladu s Organizačním řádem VZP ČR tyto útvary: úsek ředitele, ekonomický úsek, úsek zdravotní péče, úsek informačního systému, úsek provozní a investiční, právní úsek, úsek pojistného a služeb pro klienty a nově zřízený úsek personálních záležitostí.

V roce 2004 Pojišťovna pokračovala v přípravě zásadní reorganizace, která se začala realizovat v návaznosti na citovanou novelu zákona o Pojišťovně. Nový Organizační řád VZP ČR reflektující všechny změny zákona a výsledky transformace Pojišťovny byl vydán s účinností od 1. 1. 2005.

Reorganizace Ústředí má za cíl zlepšit a zvýšit efektivitu řízení organizačních složek tak, aby odpovídala rozsáhlým změnám v systému veřejného zdravotního pojištění a vývoji ekonomického a právního prostředí v ČR. Zásadní změnou navazující na změny v územně správním uspořádání státu, je zřízení krajských poboček jako nových organizačních složek Pojišťovny. Jako svým významem nezastupitelné a výkonné organizační složky budou i nadále pracovat územní pracoviště (okresní pojišťovny) a úřadovny. Zároveň dojde ke sjednocení organizačního uspořádání územních pracovišť tak, aby tyto změny vedly k optimalizaci řízení a organizace práce těchto pracovišť.

4.1.2 ŘEDITELSTVÍ ÚSTŘEDÍ

Členy ředitelství Ústředí v roce 2004 byli:

Ing. Jiřina Musílková	ředitelka VZP ČR
------------------------------	------------------

Ing. Jiří Zahradník	prokurista VZP ČR (do 31. 5. 2004)
----------------------------	------------------------------------

Ing. Vratislav Matys	ředitel ekonomického úseku
-----------------------------	----------------------------

MUDr. Antonín Pečenka	ředitel úseku zdravotní péče
------------------------------	------------------------------

JUDr. Karel Hlaváček	ředitel právního úseku
-----------------------------	------------------------

4.1.3 ORGANIZAČNÍ SLOŽKY POJIŠŤOVNY

V souladu se zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění účinném od 1. 8. 2004, jsou zřízeny jako organizační složky Pojišťovny krajské pobočky a územní pracoviště.

Příkazem ředitele vydaným s účinností od 1. 10. 2004 byly konstituovány krajské pobočky pro každý vyšší územní samosprávný celek včetně hl. m. Prahy a územní pracoviště v jednotlivých okresech (dříve okresní pojišťovny).

Organizační složky Pojišťovny provádějí veřejné zdravotní pojištění na území příslušného kraje (okresu) a zabezpečují činnost Pojišťovny v rozsahu pravomocí daných jim zákonem č. 551/1991 Sb., Organizačním řádem VZP ČR a vnitřními organizačními a řídícími předpisy Pojišťovny.

Mezi hlavní úkoly organizačních složek Pojišťovny v roce 2004 patřilo i nadále:

- zajištění maximálního výběru pojistného na veřejné zdravotní pojištění
- provádění kontrol plátců pojistného
- vymáhání dlužného pojistného a efektivní správa pohledávek Pojišťovny
- úhrada zdravotní péče poskytované klientům smluvními zdravotnickými zařízeními
- kontrola a revize zdravotní péče poskytované smluvními zdravotnickými zařízeními v jejím objemu a kvalitě
- kontrola oprávněnosti vyúčtování poskytnuté zdravotní péče dle uzavřených smluv
- minimalizace závazků po lhůtě splatnosti
- jednání s poskytovateli zdravotní péče o smluvních vztazích, zejména o dodatcích ke Smlouvám o poskytování a úhradě zdravotní péče.

Ostatní aktivity:

Vzhledem k tomu, že dnem 1. května 2004, se vstupem smlouvy o přistoupení České republiky k Evropské unii v platnost, pozbylo platnosti ustanovení § 54 odst. 3 až 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, pozbylo právní opory povolení k pojišťovací činnosti, vydané Pojišťovně Ministerstvem financí dne 29. 5. 2002. Z tohoto důvodu založila Pojišťovna jako jediný akcionář společnost Pojišťovna VZP, a. s.

Pojišťovna VZP, a. s., byla zapsána do obchodního rejstříku dne 16. ledna 2004. Základní kapitál této společnosti činí 60 mil. Kč a byl splacen z prostředků, které Pojišťovna získala provozováním zdaňované činnosti – smluvního pojištění. Bylo vydáno 600 zaknihovaných akcií v nominální hodnotě 100 000 Kč. Pojišťovna VZP, a. s., vykonává v souladu s povolením Ministerstva financí č.j. 322/102368/2003 ze dne 1. prosince 2003 pojišťovací činnost v rozsahu pojistného odvětví neživotní pojištění – smluvní zdravotní pojištění. Dále v návaznosti na uvedenou hlavní činnost provádí činnosti související s po-

jišťovací činností, zprostředkovatelskou činnost v souvislosti s pojišťovací činností, poradenskou činnost související s pojištěním a šetření pojistných událostí. Pojišťovna VZP, a.s., se zaměřuje na pojištění osob, pobývajících na území České republiky, u nichž nejsou splněny podmínky pro účast v systému veřejného zdravotního pojištění, a dále na pojištění nákladů zdravotní péče, přesahujících rámec úhrady z veřejného zdravotního pojištění, zejména pojištění léčebných výloh při pobytu v cizině.

Na základě pravomocného souhlasu Ministerstva financí převedla Pojišťovna na Pojišťovnu VZP, a.s., ke dni 1. května 2004 pojistný kmen dosavadního smluvního zdravotního pojištění ve smyslu § 54 citovaného zákona o veřejném zdravotním pojištění a ke stejnému dni Pojišťovna ukončila provozování aktivní pojišťovací činnosti.

V prosinci 2004 bylo rozhodnuto o zvýšení základního kapitálu na celkových 100 mil. Kč a toto rozhodnutí zapsáno do obchodního rejstříku. Zdrojem zvýšení jsou finanční prostředky po zdanění, získané provozováním smluvního pojištění v minulých obdobích.

● 4.2 INFORMAČNÍ SYSTÉM

Hlavním úkolem informačního systému Pojišťovny v roce 2004 bylo zajištění podpory procesů a činností, k nimž je Pojišťovna ze zákona zmocněna nebo oprávněna. Jde zejména o následující základní činnosti:

- příjem, kontrola, ocenění a úhrada poskytované zdravotní péče,
- výběr a kontrola pojistného,
- vedení Centrálního registru pojištěnců,
- správa Informačního centra zdravotního pojištění.

Významným úkolem Pojišťovny je rovněž zabezpečení chodu Kapitačního centra.

V roce 2004 se Pojišťovna a samozřejmě i její informační systém musely vypořádat se dvěma významnými změnami, které měly výrazný dopad na veškeré procesy Pojišťovny. Jednak to byl vstup České republiky do Evropské unie k 1.5.2004, který přinesl změny do systému veřejného zdravotního pojištění, nejzávažnější od jeho vzniku v roce 1992, a druhým důležitým momentem pak byla změna organizačního uspořádání Pojišťovny, vyhlášená na podzim 2004, a ustavení krajských poboček a územních pracovišť.

Aplikace informačního systému pro podporu procesů vyplývajících ze vstupu do EU byly realizovány v průběhu května až července 2004 v návaznosti na dopracování legislativních a metodických předpisů, znamenajících mimo jiné zavedení nových kódů pojištění, on-line zpřístupnění centrálního registru pojištěnců pro úlohy zpracováváné na územních pracovištích, rozšíření aplikací ve smyslu zpracování standardních formulářů EU apod.

V roce 2004 přistoupila Pojišťovna v souladu s rozhodnutím orgánů EU k vydání Evropského průkazu zdravotního pojištění (EHIC), který plní zároveň i funkci průkazu pojištěnce Pojišťovny. Tento průkaz byl vydáván ve formě neelektronické (pouze okem čitelné) jako předstupeň cílového elektronického průkazu ve formě čipové procesorové karty, jehož zavedení si vyžádá delší přípravu. Projekt proto zajišťoval úsek informačního systému jak z hlediska přípravy samotného informačního systému, tak ve spolupráci s úsekem pojistného a služeb pro klienty i metodicky a provozně. Pojišťovna zajišťovala zpracování nároků, evidenci a částečně i distribuci průkazů, vlastní výroba probíhala na základě veřejné obchodní soutěže dodavatelů. Výměna průkazů pojištěnce probíhala postupně podle abecedy s distribucí na adresu pojištěnce, nebo byl pojištěnec s žádostí o průkaz obslužen na libovolném územním pracovišti Pojišťovny. V mnoha případech se osvědčila i spolupráce s obecními úřady a zaměstnavateli. V období od 1. 9. 2004 do konce roku 2004 byly pojištěncům vydány více než 3 miliony těchto nových průkazů pojištěnce, hromadná výměna většiny průkazů pojištěnců bude ukončena do května 2005. K 31. 12. 2005 bude zároveň ukončena platnost všech typů dosud platných papírových průkazů pojištěnce Pojišťovny.

Zkušenosti s rozsáhlou výměnou průkazů pojištěnce jsou využívány v přípravě na cílový projekt elektronického identifikátoru. V přípravné fázi projektu Pojišťovna spolupracuje s orgány EU a v rámci projektu EU Netc@rds jsou identifikční projekty Pojišťovny koordinovány s dalšími státy EU.

V oblasti evidence a výběru pojistného byly implementovány úlohy pro podporu činností odpisů pojistného a byly provedeny úpravy zpracování v registrační části v návaznosti na legislativní změny.

V oblasti účetnictví musely být do informačního systému promítnuty změny, vyplývající ze zařazení Pojišťovny mezi plátce DPH.

V roce 2004 došlo na Ústředí Pojišťovny k dalšímu posunu v přechodu provozovaných aplikací na třívrstvou architekturu s využitím nových verzí aplikačního a databázového programového vybavení. Většina databáze byla převedena na společnou verzi softwaru a u aplikací byly nasazovány nejnovější verze softwaru aplikačních serverů. Stěžejní aplikace „Centrální registr pojištěnců“ (CRP) byla převedena do třívrstvé architektury s funkcionalitou grafického přístupu uživatelů z územních pracovišť Pojišťovny. V souvislosti se vstupem ČR do EU byla aplikace CRP rozšířena o registrační a výkazovou část, která slouží jednotlivým ÚP k přímému přihlášení pojištěnce ze států EU k Pojišťovně a umožňuje generování výkazů pro CMÚ o zdravotní péči těchto pojištěnců. V aplikacích informačního systému (CRP, Portál) byla vytvořena podpora pro vydávání nových EHIC průkazů pojištěnce. Pro zrychlení vyřízení požadavků klientů Pojišťovny na výpis vykázané zdravotní

péče začala úloha „Individuální účet pojištěnce“ využívat aplikaci „Centrální datový sklad“ (CDS) na Ústředí Pojišťovny, čímž došlo ke zkrácení doby odezvy. V rámci zkvalitnění komunikace s klienty Pojišťovny byla vytvořena aplikace „Kontaktní centrum“, která poskytuje servis pracovníkům Centra informací Pojišťovny. Do plného provozu byla uvedena aplikace „Stomatologický registr“, která slouží k revizním účelům, a ve fázi testování je nově přepracovaná aplikace DRG. Ve fázi příprav bylo předávání dat z aplikace „Centrálně účtovaná léčiva“ do aplikace CDS, kde se shromažďuje veškerá vykázaná zdravotní péče v rámci Pojišťovny. Během roku 2004 byla převedena aplikace ICZP do grafického prostředí.

V průběhu roku probíhaly přípravy na postupnou konsolidaci hardwarového vybavení a přechod na nejnovější stabilní verze softwarového vybavení Ústředí Pojišťovny tak, aby IS poskytoval dostatečnou, bezpečnou a stabilní podporu pro činnosti spojené s fungováním Pojišťovny. V rámci zvyšování dostupnosti aplikací bylo zprovozněno on-line zálohování databází a systémů Ústředí Pojišťovny a v současnosti je diskutována možnost využití clusterového řešení serverů s místně vzdálenou lokalitou.

Nadále byl ze strany Pojišťovny rozvíjen Portál jakožto zásadní nástroj pro elektronickou komunikaci Pojišťovny s jejími partnery. Portál garantuje bezpečnou výměnu dat podepsaných elektronickým podpisem a poskytování informací z informačního systému Pojišťovny podle osobního nastavení uživatele. V roce 2004 byly realizovány některé nové úlohy a kanály pro komunikaci s dalšími partnery Pojišťovny. Jednalo se například o možnost ověření platnosti plastového průkazu pojištěnce (EHIC), komunikaci s dodavatelem plastových průkazů, apod. V rámci Portálu byla zprovozněna obousměrná datová komunikace mezi Centrálním registrem pojištěnců a zaměstnaneckými zdravotními pojišťovnami, konkrétně s Revírní bratrskou pokladnou. Dále došlo ke zvýšení integrace Portálu a ZIS Pojišťovny a převedení části úloh do režimu automatizovaného zpracování. Pojišťovna i nadále předpokládá, že Portál bude jednotným a otevřeným systémem pro komunikaci se všemi typy partnerů, a jako takový jej bude dále rozvíjet.

V roce 2004 byl také zahájen a úspěšně dokončen převod všech aplikací informačního systému územních pracovišť Pojišťovny do třívrstvé architektury včetně migrace databáze do prostředí Oracle 9i. Provedení převodu aplikací a migrace databáze představuje výchozí krok k další konsolidaci informačního systému a rozvoji směrem k regionálnímu, resp. centralizovanému zpracování.

Stejně jako v předchozích letech musel IS zajistit úpravy aplikací pro financování ZZ v souladu s vyhláškami pro financování zdravotní péče v roce 2004. Jednalo se o aplikace pro AZZ (SRM – standardní regulační mechanismy pro praktické lékaře, MAXU – maximální úhrada a BRM –

bonifikačně regulační mechanismy, obě úlohy pro ambulantní specialisty).

Byly provedeny úpravy aplikací tak, aby byly realizovány požadavky plynoucí z „Nařízení Rady Evropy“. Byla vytvořena podpora „Centra mezinárodních úhrad“ (CMÚ) pro zajištění vyúčtování mezi Pojišťovnou a zahraničními zdravotními pojišťovnami.

Pro financování lůžkových zařízení byla zavedena částečná úhrada financování podle diagnóz (DRG) a stávající aplikace financování lůžkových zařízení (FLZ) byla doplněna tak, aby došlo k propojení s DRG. Úpravy se navíc týkaly i rozšíření dokumentačních souborů (zejména FLZ) tak, aby měly větší vypovídací schopnost a lépe sloužily jako podklad pro dohledání případných rozporů.

V roce 2004 bylo zahájeno vypracovávání aplikace pro výkaz nedoplatků, který byl zaveden do systému veřejného zdravotního pojištění zákonem č. 438/2004 Sb., jenž mimo jiné novelizoval ustanovení § 53 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, tj. rozhodování zdravotních pojištěnců. Cílem provedené změny v § 53 zákona o veřejném zdravotním pojištění je zefektivnění výběru a vymáhání dlužného pojistného na veřejné zdravotní pojištění a penále.

V souvislosti s reorganizací struktury Pojišťovny (vznik krajských poboček a územních pracovišť) bylo třeba v krátkém časovém termínu zajistit příslušné změny v tiskových a elektronických výstupech z informačního systému. Jednalo se o hlavičkové a podpisové části sestav, dopisů a dalších dokumentů, ale zejména o změny v textech.

V prvním pololetí roku 2004 bylo upgradováno 24 unixových serverů třídy K (modely K360, K460). Tato akce umožnila hladké provozování aplikace v grafickém rozhraní a implementaci kroků projektu „Migrace 2004“ (přechod na vyšší verzi databázového systému Oracle a třívrstvou architekturu aplikace).

Zastaralé servery třídy K byly nahrazeny současnými modely třídy L a N. Díky této modernizaci bylo možno provozovat grafickou aplikaci s akceptovatelnými odezvami. Sjednocením třídy HP-UX serverů bylo umožněno provozovat jedinou verzi operačního systému HP-UX, a tím také mnohem přehledněji a efektivněji spravovat tyto servery.

Dalším významným krokem ke zvýšení dostupnosti základních aplikací v Pojišťovně je projekt clusteru mezi Krajskou pobočkou pro hl. m. Prahu a Ústředím Pojišťovny. Propojením těchto lokalit společně s nasazením příslušných HW a SW technologií bude vybudován cluster, který umožní mnohem spolehlivější provozování základních aplikací. Základní prvky tohoto řešení byly nainstalovány v průběhu 2. pololetí 2004 a v dalším období bude systém dobudován až k cílovému clusterovému řešení. V závěru roku 2004 byly doplněny systémové zdroje unixových serverů (především paměť RAM) pro požadavky nového prostředí v souvislosti s Migrací 2004.

● 4.3 KONTROLA A KONTROLNÍ SYSTÉM POJIŠŤOVNY

Vnitřní kontrolní systém se v roce 2004 v Pojišťovně řídil podle zákona č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole, v platném znění, a jeho prováděcích vyhlášek č. 64/2002 Sb. (platné do 31. 7. 2004) a 416/2004 Sb. (platné od 1. 8. 2004). Obsahuje tyto tři základní segmenty:

- schvalovací a rozhodovací procesy orgánů Ústředí Pojišťovny, dále jejich krajských poboček a územních pracovišť,
- kontrolní činnost vedoucích zaměstnanců a odborných útvarů Pojišťovny,
- kontrolní činnost odboru kontroly Pojišťovny.

4.3.1 VNĚJŠÍ KONTROLA ČINNOSTÍ A HOSPODAŘENÍ POJIŠŤOVNY

Dohled nad činností Pojišťovny upravují zákony a realizují orgány státní správy. Formou schvalovacích procesů jej provádějí v rámci svých zákonných pravomocí příslušná ministerstva, vláda České republiky, Poslanecká sněmovna a Senát Parlamentu České republiky, a to zejména při schvalování návrhu Zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a Výroční zprávy.

Výkonnou kontrolu provádějí Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo financí a Nejvyšší kontrolní úřad.

Specificky se na kontrole podílejí i další instituce, např. Úřad pro ochranu hospodářské soutěže, Úřad pro ochranu osobních údajů, veřejný ochránce práv, sdělovací prostředky a veřejnost.

Soustavnou kontrolu vykonávají také orgány Pojišťovny, kterými jsou Správní rada a Dozorčí rada, zastupující pojištěnce, zaměstnavatele a stát.

V roce 2004 byla z vnějších kontrol:

- ukončena kontrola Ministerstva financí – Úřadu státního dozoru v pojišťovnictví,
- provedena Ministerstvem zdravotnictví kontrola 1. a 2. etapy použití finančních prostředků získaných od ČKA postoupením části pohledávek Pojišťovny za plátcí pojistného,
- provedena Ministerstvem zdravotnictví kontrola smluvních vztahů mezi Pojišťovnou a ambulantními specialisty v okrese Louny,
- zahájena finanční kontrola Pojišťovny, kterou provádělo oddělení speciální kontroly Finančního úřadu pro Prahu 1. Tato kontrola nebyla do konce roku 2004 uzavřena projednáním jejích výsledků.

Ministerstvo financí jako orgán státního dozoru v pojišťovnictví provedlo na přelomu roku 2003 a 2004 kontrolu, která směřovala výlučně do oblastí komerčních aktivit Pojišťovny. Byla ukončena v únoru 2004. Na základě jejích výsledků, které především doporučovaly některé speciální postupy při oddělování agendy komerčního pojištění z agend

Pojišťovny, byl vypracován postup směřující k jejich realizaci, tj. vzniku Pojišťovny VZP ČR, a. s., což se uskutečnilo dne 1. května 2004.

Ministerstvo zdravotnictví provedlo v květnu a následně v říjnu 2004 kontrolu 1. a 2. etapy použití finančních prostředků získaných od ČKA postoupením části pohledávek Pojišťovny za plátcí pojistného. Byla ukončena projednáním Kontrolního protokolu v listopadu 2004, ze kterého vyplývá, že Pojišťovna postupovala v souladu s usnesením vlády č. 1184 ze dne 19. listopadu 2003, všechny získané prostředky od ČKA převedla do základního fondu zdravotního pojištění a ihned je použila na úhradu závazků po lhůtě splatnosti zdravotnickým zařízením. Dále, že 60 % finančních prostředků připadajících na pojistné řádně nahlásila do přerozdělení.

Dále kontrolní skupina Ministerstva zdravotnictví provedla kontrolu zaměřenou na smluvní vztahy Pojišťovny s vybranými ambulantními specialisty v okrese Louny. Kontrolní skupina ministerstva konstatovala, že oprávněně poskytnutá zdravotní péče byla uhrazena a Pojišťovna nezvýhodňovala určité vybrané skupiny zdravotnických zařízení.

Finanční úřad pro Prahu 1 byl pověřen provedením daňové kontroly v Pojišťovně, a to podle ust. § 16 zákona č. 337/1992 Sb., o správě daní a poplatků, ve znění pozdějších předpisů. Kontrola byla zahájena v srpnu 2004 a ukončena v prosinci 2004. Výsledek této kontroly bude projednán na počátku roku 2005.

4.3.2 VNITŘNÍ KONTROLA ČINNOSTÍ A HOSPODAŘENÍ POJIŠŤOVNY

V roce 2004 odbor kontroly zajišťoval následující úkoly vnitřní kontroly a provedl:

- 12 komplexních finančních kontrol územních pracovišť Pojišťovny,
 - 4 tematické kontroly a 1 cílenou kontrolu na základě stížností,
 - 5 kontrol plnění nápravných opatření vyplývajících z vnitřních finančních kontrol provedených v roce 2003.
- Stejně jako v roce 2003 spočívalo i v roce 2004 hlavní těžiště práce odboru kontroly v provedení 12 komplexních finančních kontrol územních pracovišť, které byly zejména ve 2. pololetí roku 2004 zaměřeny na ta územní pracoviště Pojišťovny, kde docházelo v rámci restrukturalizace Pojišťovny ke slučování dvou bývalých OP VZP ČR do jednoho celku a zároveň i ke změnám v jejich vedení.

Zejména v tomto roce, kdy docházelo k řadě změn uvnitř organizační struktury Pojišťovny, bylo třeba při tvorbě programu kontrol věnovat zvýšenou pozornost specifickým potřebám nového vedení územních pracovišť. Každá z těchto kontrol tedy vyžadovala řádnou přípravu spočívající zejména v podrobné analýze rizikových faktorů v jednotlivých oblastech činností daného územního pracoviště. Ta pak byla promítnuta do kontrolních postupů a návazně i do

výkonu kontroly. Na rozdíl od předchozích období, kdy byla realizace nápravných opatření ponechávána na vedení OP VZP ČR, bylo maximum času při vlastním výkonu kontroly vynaloženo na zjišťování příčin vzniku nedostatků a zajištění jejich odstranění ještě v průběhu kontrol. Tento postup byl zvolen zejména z toho důvodu, aby nové vedení územních pracovišť mělo k dispozici co nejvíce informací nutných pro realizaci svých záměrů. Zprávy o výsledku kontrol byly nově projednávány i za účasti ředitelů krajských poboček Pojišťovny a v některých případech přímo na územních pracovištích s jejich zaměstnanci. Tím bylo usnadněno přesné definování postupů směřujících k nápravě zjištěných nedostatků a zajištění prevence jejich vzniku nebo výskytu i v rámci kraje.

Poznatky z těchto kontrol potvrdily správnost současných organizačních změn probíhajících v Pojišťovně, které směřují zejména ke sjednocení a tím i zjednodušení organizačních směrnic, vytvářejí v Pojišťovně nové formy řízení a zkracují finanční toky. Jejich nedílnou součástí je již realizované krajské uspořádání Pojišťovny.

Základním principem, který je však třeba mít neustále na zřeteli, je práce s klienty, odpovídající dostupnost kontaktu s nimi, spojená se snadným a okamžitým zajištěním maximálního množství požadovaných údajů pomocí informačního systému. Proto je i tato oblast hodnocena ve zprávách z kontrol.

Jako každoročně i v roce 2004 byla provedena tematická kontrola dokumentace namátkově vybraných veřejných zakázek ukončených v roce 2003. Tato následná kontrola prověřovala dokumentaci celého procesu výběrového řízení, až po uzavření smluvního vztahu.

Smluvních vztahů, jejich plnění, fakturačních postupů a případného uplatňování sankčních postihů se týkala následná kontrola zaměřená na financování dodávek softwaru pro IS. Tematicky byla zaměřena podle Příkazu ředitele k nápravě nedostatků zjištěných kontrolou NKÚ. Obdobně tomu bylo i při kontrole dokumentace osobní dopravy Ústředí Pojišťovny.

Ještě před oddělením Pojišťovny VZP ČR, a. s., z činnosti Pojišťovny byly k cílené kontrole vybrány tři smlouvy cizinců s dlouhodobým pobytem na území ČR, ze kterých byla patrná snaha jejich účelového chování s cílem získat smluvní pojištění a neuvést skutečný zdravotní stav.

Na základě stížnosti dodavatele zdravotnických prostředků byla provedena cílená kontrola provádění a financování jejich oprav. Jednalo se o dokladování evidence o opravách, jejich četnosti a výši fakturovaných částek, včetně realizace 10% spoluúčasti pojištěnců, která má stimulovat jejich zájem na odpovídajícím zacházení se zdravotnickými prostředky.

V roce 2004 trvala povinnost Pojišťovny poskytovat požadované informace úřadu veřejného ochránce práv. Byly získávány na základě cílených šetření a týkaly se opakovaně zejména těchto oblastí:

- léčby makulární degenerace oka,
- neschválení diagnostických proužků nad početní limit u diabetes 1. stupně,
- neschválení komplexní lázeňské léčby včetně její kontraindikace,
- úhrad cytostatické nebo jiné léčby,
- postupů při vymáhání úhrad pojistného.

Stejně tak se na Pojišťovnu obracel i Úřad na ochranu hospodářské soutěže, z jehož podnětu odbor kontroly prověřoval ve vybraných lékárnách frekvenci výskytu náhrady léčiv bez doplatku za léčiva s doplatkem nebo zjišťoval důvody neuzavření smlouvy s novým dodavatelem zdravotnických prostředků.

Na základě požadavků Policie ČR a státních zastupitelství byl prošetřován např. internetový prodej testosteronů získaných prostřednictvím falešných receptů, zapůjčování průkazu pojištěnce za úplatu nepojištěným cizincům, neoprávněné vykazování zdravotní péče v různých zdravotnických zařízeních, neoprávněné čerpání zdravotní péče na základě účelově vystavovaných pracovních neschopností, zneužívání lékařské péče drogově závislými, nálezy odcizených průkazů pojištěnců a řada dalších případů, které bylo třeba řešit i průřezově po celé ČR. Většinou se na základě výsledků šetření Pojišťovna připojila k trestnímu stíhání.

Na odbor kontroly se obraceli i lékaři, kteří se cítili ohroženi agresivními pacienty a žádali pomoc a spolupráci.

Zaměření činnosti vnitřního auditora

Činnost interního auditu v roce 2004 ve VZP ČR je možno rozdělit do dvou částí. Nejpodstatnější činností bylo provádění jednotlivých auditních šetření podle ročního plánu práce. Tato šetření byla členěna do čtyř oblastí, vytípaných s ohledem na významnost a rizikovost činnosti, která byla v těchto oblastech prováděna. Další částí práce interního auditu byla konzultační služba, zaměřená především na oblast vnitřního kontrolního systému, definovaného zákonem č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole ve veřejné správě.

V roce 2004 byly vykonány následující interní audity:

- Odpis pohledávek za plátcí pojistného na OP Praha hl. m.
- Uplatňování regulačních opatření ze strany VZP ČR při úhradě zdravotní péče
- Vedení Centrálního registru pojištěnců a Informačního centra zdravotního pojištění
- Implementace finanční kontroly v Ústředí VZP ČR

Jednotlivé audity prověřovaly následující činnosti:

Odpis pohledávek za plátcí pojistného na OP Praha hl. město

Tento audit navazoval na práci prováděnou v roce 2003, která se věnovala problematice odpisu pohledávek v celé

VZP ČR. OP Praha hl. město si svým výjimečným postavením vyžádala samostatnou práci. Audit byl prováděn pouze pomocí dat obsažených v informačním systému. Tato metoda, která byla zvolena pro svoji malou časovou náročnost na auditovaný subjekt, byla jen částečně vyhovující. Data se v uplynulých letech pořizovala do informačního systému postupně, a tím docházelo při auditním šetření k podstatnému zkreslení výsledků. V průběhu provádění auditu byla potřebná data do informačního systému pořízena. Audit potvrdil velký kvalitativní rozdíl náročnosti práce oproti menším pracovištím při zpracování tak obrovského množství dat, jaké se na OP Praha hl. město nachází.

Uplatňování regulačních opatření ze strany VZP ČR při úhradě zdravotní péče

Audit, který se věnoval této problematice, byl zaměřen na regulační opatření uplatňovaná při úhradě zdravotní péče ambulantním specialistům a praktickým lékařům. Tato část úhrad byla vybrána z celého spektra úhrad za zdravotní péči z důvodů aktuálnosti problematiky a personální a časové kapacity odboru interního auditu.

Audit se věnoval období 3. a 4. čtvrtletí roku 2002 a 1. a 2. čtvrtletí roku 2003. Byly prověřeny vnitřní předpisy, které definují regulace pro ambulantní specialisty a praktické lékaře. Bylo konstatováno, že vnitřní předpisy jsou vytvořeny v souladu s právními předpisy, které řeší uvedenou problematiku. Audit se zaměřil na okresní pojišťovny, které v uvedeném období vykazovaly extrémní hodnoty při výpočtu regulací nebo při jejich uplatňování.

Prověřované okresní pojišťovny konstatovaly pozitivní vliv systému regulací na chování zdravotnických zařízení při vykazování úhrad za zdravotní péči. Stávající systém sice nemůže zabránit nárůstu objemu zdravotní péče vykazované v tomto segmentu, působí však jako brzda neoprávněné, nekontrolovatelné, prudké eskalace těchto nákladů. Systém byl však hodnocen jako příliš komplikovaný a pro mnohá zdravotnická zařízení obtížně pochopitelný. Velké rozdíly ve vypočítaných a uplatněných regulacích jsou způsobeny rozdílnou skladbou zdravotnických zařízení v jednotlivých regionech, existencí nestandardních zdravotnických zařízení ve spádové oblasti příslušné okresní pojišťovny, vývojovými změnami v příslušné síti zdravotnických zařízení a s tím souvisejícím přesunem pojištěnců do ambulantní sféry a objemem zdravotní péče v referenčním období. Regulace, která je uplatňována od 2. pololetí 2002, je pro zdravotnická zařízení mnohem jemnější a v převážné části případů nepřináší při vyúčtování zdravotní péče konfliktní situace.

Vedení Centrálního registru pojištěnců a Informačního centra zdravotního pojištění

Prověřování obou uvedených agend bylo zvoleno pro svoji závažnost a významnost. Tyto databáze vede VZP ČR pro

celý systém zdravotního pojištění. Data z registrů jsou využívána mnoha organizacemi. Možná rizika spojená s vedením obou databází jsou značná.

Vedení Centrálního registru pojištěnců bylo prověřeno z pohledu:

- zákonných ustanovení, která tuto problematiku řeší,
- povinnosti mlčenlivosti, kterou je nutno zajistit při práci s takto závažnou a velkou databází,
- ochrany osobních údajů uvedených v registru,
- problematiky poskytování informací uvedených v registru,
- předávání dat při tvorbě registru,
- předávání dat v rámci VZP ČR,
- vazby centrálního registru na změny související se vstupem ČR do EU,
- chybovosti v centrálním registru,
- úhrady za vedení centrálního registru,
- rizik spojených s vedením centrálního registru.

Informační centrum zdravotního pojištění bylo prověřeno ve smyslu:

- porovnání vnitřních norem VZP ČR s obecně závaznými právními předpisy,
- prověrky funkčnosti vedení informačního centra,
- prověření vnitřního kontrolního systému, který uvedenou problematiku sleduje,
- analýzy možných rizik a nedostatků zjištěných při kontrole.

Interní audit konstatoval, že vnitřní předpisy VZP ČR pro Informační centrum zdravotního pojištění jsou zpracovány v souladu s ustanovením § 40 zákona č. 48/1997 Sb. Při výpočtu KORKO a REGKO pro celý systém zdravotního pojištění, ke kterému Informační centrum zdravotního pojištění slouží, působí jako negativní prvek absence přesných pravidel pro případné přepočítávání výsledných hodnot. Nejsou stanovena sankční opatření pro případ nepřesností a chyb v předávaných informacích. Není stanovena doba omezující zpětné opravy chyb a zpětné propočty koeficientů.

Součástí provedeného auditu bylo projednání zjištěných skutečností se zodpovědnými pracovníky včetně stanovení harmonogramu odstranění zjištěných závad.

Implementace finanční kontroly v Ústředí VZP ČR

Tento interní audit prověřoval funkci finanční kontroly, definované zákonem č. 320/2001 Sb., na Ústředí VZP ČR. Práce byla zaměřena na provádění předběžné řídicí kontroly, a to v její právní i finanční fázi. Byly porovnány příkazy ředitele, které tuto kontrolu definují pro Ústředí VZP ČR, se zákonnými ustanoveními. Dodržování vnitřních předpisů bylo prověřováno na pracovištích:

- úseku informačního systému,
- úseku provozně investičním,
- úseku pojistného a péče o klienta,
- úseku zdravotní péče.

Z každého pracoviště byly vybrány nejdůležitější finanční operace a k nim náležející smluvní a fakturační podklady. Tyto doklady byly prověřeny z pohledu existence potvrzení a datumové správnosti podpisů příslušných zodpovědných činitelů definovaných zákonem o finanční kontrole. Audit se zaměřil především na právní část předběžné řídicí finanční kontroly s tím, že finanční část bude předmětem šetření následujícího auditu.

Konzultační činnost prováděná odborem interního auditu je zaměřena především na zajištění úspěšné implementace finanční kontroly, definované zákonem č. 320/2001 Sb., do podmínek VZP ČR. Jedná se především o správné nastavení předběžné řídicí kontroly, včetně nadefinování potřebných zodpovědností, povinností a pravomocí jednotlivých účastníků této kontroly.

4.3.3 KONTROLA PLÁTCŮ POJISTNÉHO

Kontroly placení pojistného byly v roce 2004 prováděny několika způsoby a na různých úrovních, v závislosti na použitých kontrolovaných dokladech a na stanovené metodice kontroly.

Základem kontrolní činnosti Pojišťovny bylo provádění pravidelných kontrol podle plánu kontrol. Vedle pravidelných kontrol byly prováděny i mimořádné kontroly, na základě zvláštních úloh zabudovaných v informačním systému, které vyhledávaly plátce, u kterých nebyly dodrženy zákonem stanovené termíny splatnosti, případně u kterých výše jejich plateb pojistného neodpovídala předpokladu, s využitím znalosti o počtu zaměstnanců, průměrné mzdě v dané oblasti a dané činnosti plátce. Kontrola vyhledáváním podezřelých plátců pomocí informačního systému zpravidla předcházela fyzické kontrole u zaměstnavatelů. Zaměstnavatelé jsou na základě zákona povinni odevzdávat zdravotní pojišťovně každý měsíc současně s platbou pojistného **přehled o úhrnném pojistném** a o úhrnu vyměřovacích základů, a právě neodevzdání takových přehledů ani po výzvě bylo dalším kritériem pro výběr plátců k fyzické kontrole. V neposlední řadě je podnětem pro provedení kontroly informace o možném zániku plátce, případně vyhlášení konkurzu. Pojišťovna podala 340 návrhů na prohlášení konkurzu v celkové částce 194 231 982 Kč. V 867 případech se Pojišťovna připojila k prohlášeným konkurzům s částkou 493 650 601 Kč.

Kontroly placení pojistného u individuálních plátců, to je u osob samostatně výdělečně činných (OSVČ), u kterých měsíční pohledávky na pojistném 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 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 územních pracovišť (okresních pojišťoven) bylo v roce 2004 v rámci kontrolní činnosti provedeno:

- **76 933 kontrol placení pojistného** na veřejné zdravotní pojištění a plnění ostatních povinností plátců pojistného. Z toho bylo provedeno:
- **74 780 kontrol u hromadných plátců pojistného**, jejichž evidenční počet k 31. 12. 2004 činil 215 185,
- **2 153 kontrol přímo u individuálních plátců pojistného** (OSVČ), jichž bylo k 31. 12. 2004 evidováno 664 120.

Prošetřování a evidence stížností, podání a podnětů

Spisová agenda odboru kontroly je v základní části členěna na stížnosti, podání, podněty a ostatní dotazy. V roce 2004 evidoval odbor kontroly celkem 242 spisů. Oproti jiným rokům ve zvýšené míře využívali pojištěnci k řešení svých problémů osobní návštěvu nebo telefonické a e-mailové podání.

Vyřízení každého, i anonymně podaného spisu je věnována náležitá pozornost. Většinou se jedná o problematiku, kterou je třeba řešit s potřebným nadhledem za účinné pomoci nezainteresovaných organizačních a metodických složek Ústředí Pojišťovny. Oprávněnost byla sledována, jako v předchozích letech, u stížností a podání.

Z kategorie stížností, jejichž počet v roce 2004 nevzrostl, tradičně největší část představovaly dopisy zaslané pojištěnci, které se týkaly problematiky plateb pojistného. Zejména v těchto případech je třeba provést cílenou kontrolu malého rozsahu, časově zasahující často řadu let zpětně do činnosti Pojišťovny. Na odboru kontroly jich bylo evidováno 30. Plátci pojistného ve většině těchto případů nereagovali na korespondenci z jednotlivých územních pracovišť Pojišťovny a tímto jejich přístupem uplynula doba pro možnost odvolání proti vystaveným platebním výměrům. Plátci si pak stěžují až

v době, kdy je již celá záležitost předána k řešení místně příslušnému soudu nebo k exekuci. Někteří takto postižení plátců pojištění se za své pochybení z let minulých omlouvají a jako důvod téměř vždy uvádějí neznalost zákonných norem, na které je měla Pojišťovna upozornit.

Pojištěnci dále ve svých dopisech poukazovali na jednání svých ošetřujících lékařů v souvislosti s účtováním hotovostních úhrad v ordinacích, na nevhodné chování lékařů, nebo měli pocit, že péče jim poskytnutá nebyla na odpovídající úrovni. Většinou nebyli ošetřujícím lékařem předem upozorněni na nutnost doplatku za poskytnutou zdravotní péči a použitý materiál, léčiva nebo za tzv. „nadstandardní péči“. Pojištěnci se pak domáhají řešení vzniklé situace u Pojišťovny a téměř vždy do svých dopisů vkládají pokladní doklady vystavené jejich ošetřujícím lékařem. V řadě případů je v těchto zdravotnických zařízeních provedena cílená revize, jejímž cílem je zjistit důvodnost účtovaných částek. Zde by byla na místě těsnější spolupráce s Českou lékařskou komorou, která se nám stále nedaří. Na dobré úrovni je spolupráce s Českou stomatologickou komorou a s Českou lékárnickou komorou.

Neschválením komplexní lázeňské léčby se odbor kontroly zabývá téměř pravidelně. Pojištěnci si též opakovaně stěžují na požadavek lázeňských zařízení na nadstandardní poplatky za různé služby, které podle jejich názoru následně nebyly poskytnuty.

Stížnosti a podněty smluvních partnerů se týkaly zejména problémů, které jim vznikaly neuzavřením smluvního vztahu nebo jeho nerozšířením při naplnění sítě zdravotnických

zařízení, při nesouhlasu s výsledky revizí, uplatněním regulačních srážek apod. Zejména v těchto případech byla při zpracování stanovisek důležitá spolupráce s odbornými úseky Ústředí Pojišťovny.

Do kategorie „ostatních spisů“ byly zařazovány zejména dotazy, které se mnohdy netýkaly činnosti Pojišťovny, ale např. nemocenských dávek, oprávněnosti pobírání invalidních důchodů nebo dávek v nezaměstnanosti. V souladu s platnými předpisy byly pisatelům zasílány odpovědi s odkazem na příslušné právní předpisy, orgány a organizace, které jsou schopny a oprávněny jejich problémy řešit. Byly sem zahrnovány i dopisy občanů ve výkonu trestu, kteří nesouhlasili s ochrannou léčbou, většinou psychiatrickou nebo sexuologickou.

Pojišťovna evidovala i případy, kdy se např. rodiče snažili řešit problémy za své dospělé děti, manželé za sebe navzájem apod. Tyto záležitosti jsme s pisateli řešili pouze v obecné rovině a odpovědi s návrhem řešení jsme zasílali pouze na adresu toho, jehož se problém týkal. Obdobně tomu bylo i v případech, kdy se za své staré rodiče a příbuzné, kteří nebyli zbaveni svéprávnosti, snažili řešit problémy jejich blízcí.

Vyřizování této agendy je ve své podstatě přímý kontakt s klienty a smluvními partnery. Zároveň je však velmi přínosný pro výkonnou kontrolní činnost prováděnou odborem kontroly na jednotlivých organizačních útvarech Pojišťovny. Řada informací a podnětů získaných touto formou je dále využívána zejména při definování rizikových faktorů důležitých pro zaměření kontrol.

Tabulka č. 4: Přehled o podílu hlavních kategorií pisatelů stížností, podání a podnětů a ostatních písemností (v %) a o jejich celkovém počtu

Pisatel	2002	2003	2004
Pojištěnec	38,6	53,1	44,6
Zdravotnické zařízení	18,4	11,5	8,7
Zaměstnanec VZP	3,5	0,7	2,9
Plátcé pojištění	20,2	14,9	25,2
Ostatní	19,3	19,8	28,6
Celkový počet spisů	228	288	242

4.3.4 ODPISY POJISTNÉHO, POKUT A PENÁLE

V roce 2004 byly prováděny odpisy zcela nedobytných pohledávek za plátců podle § 26c zákona č. 592/1992 Sb., o pojištění ve všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších úprav. Odpisy pojištění a penále jsou uvedeny v tabulce č. 5.

Důvodů k odpisům pojištění 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 pojištění, 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 i sledovat, kdy prominutím vzniká tzv. veřejná podpora.

Tabulka č. 5: Odpisy pojistného a penále v roce 2004

Odpisy	Pojistné		Penále		Pokuty a přír.		Celkem
	odpis	proml.	odpis	proml.	odpis	proml.	
	v tisících Kč						
Zaměstnavatelé	76 811	7 808	416 885	70 826	2 695	168	
Samoplátcí	26 677	22 665					
Celkem odpisy	103 488		416 885		2 695		523 068
Celkem promlčení		30 473		70 826		168	101 467
Celkem odp. a promlč.	133 961		487 711		2 863		624 535
Veřejná podpora							108 527
Celkem	133 961		487 711		2 863		

4.3.5 VYHODNOCENÍ PLNĚNÍ OZNAMOVACÍ POVINNOSTI ZAMĚSTNAVATELŮ

formou zasílání přehledů podle § 25 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a postup jejich zpracování na zdravotní pojišťovně.

Povinnost podávat přehledy o příjmech a výdajích (po podání daňového přiznání) měly osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) již od roku 1993. Od roku 1998 mají povinnost předkládat pravidelně měsíčně **přehledy** o úhrnu vyměřovacích základů, úhrnné výši pojistného a o počtu zaměstnanců pojištěných u příslušné zdravotní pojišťovny i zaměstnavatelé. Zákon současně pamatoval i na situaci, kdy plátce takový přehled neodevzdá, a dal pro tento účel zdravotním pojišťovnám možnost stanovit rozhodnutím ve správním řízení tzv. **pravděpodobnou výši pojistného** s možností penalizace. Případů, kdy plátcí přehledy nepředají nebo předají opožděně, postupně ubývá, v 1. pololetí roku 2004 nedodali zaměstnavatelé včas nebo vůbec celkem 2,2 % přehledů, osoby samostatně výdělečně činné 7,8 % přehledů. V takových případech bývá použit institut stanovení pravděpodobného pojistného nebo je zjišťována pohledávka kontrolou u plátce.

Důsledkem povinnosti předávání přehledů všemi plátcí je skutečnost, že zdravotní pojišťovna zná pohledávku za plátcem – zaměstnavatelem i OSVČ, aniž by musela předem provést kontrolu. Tím se však v žádném případě význam kontrol nesnížil, jejich úkolem je ověření, zda plátce v přehledu uvedl správné údaje. Kontroly se tím na jedné straně částečně zjednodušily, ale současně i zintenzivnily.

Počet provedených kontrol se každoročně zvyšuje. V roce 2004 bylo provedeno celkem **76 933 kontrol**, což je ve srovnání s rokem 2003 (68 522 kontrol) o 8 401 kontrol více, a to představuje **zvýšení o 12,26 %**. Toto zvýšení je důsledkem jak zlepšené organizace kontrolní činnosti, tak i kvalifikovanosti plátců. Lze říci, že při současném počtu kontrolorů je jen s velkými obtížemi možno

zajistit kontrolu všech plátců pojistného (zaměstnavatelů i OSVČ) v intervalu do 4 až 5 roků tak, aby nikdy nedošlo k promlčení pohledávky. **Důraz je** proto stále **kladen na kontrolu hromadných plátců**, kterých bylo v roce 2004 zkontrolováno **o 8 787** více než v roce 2003, což představuje **zvýšení o 13,3 %**.

Při kontrolách prováděných v roce 2004 byl zjištěn ve **24 569 případech** dluh na **pojistném** a v **34 041 případech** bylo vyčísleno **penále**. Ve stejném období se také zvýšil počet kontrol bez zjištění jakéhokoliv dluhu, což svědčí o tom, že plátcí si na placení pojistného zvykají a územní pracoviště se již nezaměřují jen na problematiku 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 2004, 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 plátce dlužné pojistné nebo penále neuhradil sám na základě provedené kontroly nebo po obdržení výúčtování pojistného, vystavovala územní pracoviště ve správním řízení platební výměry. Pomocí platebních výměrů ve správním řízení ukládala 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 2004 vystavila územní pracoviště celkem 162 585 platebních výměrů (dále jen PV), z toho bylo 62 685 PV na dlužné pojistné, 90 418 PV na penále a 9 482 PV na pokuty. Oproti roku 2003 (vystaveno 140 680 PV) došlo ke zvýšení počtu vystavených PV o 21 905 PV, což představuje zvýšení o 15,6 %.

Přehled o částkách pojistného, penále a pokut, předepsaných platebními výměry, poskytuje tabulka č. 6.

Z tabulky je vidět, že na platebních výměrech na dlužné pojistné, penále a pokuty (bez přírážek k pojistnému) bylo předepsáno 6,28 mld. Kč, uhrazeno bylo 4,34 mld. Kč, z toho přímo plátcí 1,98 mld. Kč, ČKA odkoupila 2,36 mld. Kč dlužných pohledávek. V případě ČKA se jednalo i o dlužné pohledávky předepsané ještě v předchozích letech, proto je úhrada pojistného vyšší než předpis.

Přírážky k pojistnému

Územní pracoviště využívala v roce 2004 také možnosti vyměření přírážky k pojistnému zaměstnavatelům, u nichž došlo v roce 2003 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 takto vyměřeny přírážky k pojistnému v celkové výši 707 686 Kč. Za celý rok 2004 bylo na přírážkách k pojistnému uhrazeno 754 205 Kč, tedy více, než bylo v daném roce předepsáno. Tento zdánlivý nesoulad je důsledkem toho, že v roce 2004 byly uhrazeny i platební výměry na přírážky, vystavené před rokem 2004.

Tabulka č. 6: Částky pojistného, penále a pokut, předepsané platebními výměry, uhrazené v roce 2004

Platební výměry	2004			
	Předepsáno	Uhrazeno		
		plátcem	ČKA	(v %)
		(v tis. Kč)		
1 Dlužné pojistné	2 030 692	1 028 721	1 157 580	107,7
2 Penále, pokuty	4 247 201	953 951	1 198 602	50,7
3 Celkem (ř. 1 + ř. 2)		1 982 672	2 356 182	
4 Celkem	6 277 893	4 338 854		69,1

4.3.6 KONTROLY POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE (REVIZNÍ ČINNOSTI)

Revizní činnost jako odbornou medicínskou kontrolu, regulaci (schvalování, povolování a potvrzování) a posuzování zajišťovalo na územních pracovištích a krajských pobočkách (dříve okresních pojišťovnách) ke konci roku 2004 celkem 794 revizních pracovníků, tj. revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále odborný revizní pracovník).

Z tohoto bylo:

- 204 revizních lékařů (kmenových) s úvazkem 0,8-1,0,
- 124 revizních lékařů s úvazkem do 0,79,
- 267 revizních lékařů specialistů na dohodu o pracovní činnosti,
- 34 revizních lékařů specialistů na dohodu o provedení práce,
- 23 revizních pracovníků specialistů VŠ, SŠ s úvazkem i na dohodu,
- 113 asistentů revizního lékaře,
- 29 revizních farmaceutů.

V roce 2004 došlo k dalšímu snížení celkového počtu revizních pracovníků, a to o 43 oproti roku 2003.

Za metodického vedení a ve většině případů i za přímé účasti pracovníků odboru revize zdravotní péče (ORZP) Ústředí Pojišťovny bylo realizováno celkem 16 výběrových řízení na funkci kmenových revizních lékařů územních pracovišť či krajských poboček, na jejichž základě bylo přijato do pracovního poměru celkem 20 nových kmenových revizních lékařů. V roce 2004 zorganizoval ORZP Ústředí Pojišťovny, s cílem rozšířit počty a spektrum stávajících revizních lékařů specialistů pro potřeby územních pracovišť a krajských poboček, 2 výběrová řízení na funkce revizních lékařů specialistů. Z celkem 22 uchazečů jich uspělo 18.

Bez ohledu na datum konání výběrového řízení nastoupilo v roce 2004 do Pojišťovny a následně bylo do 3letého firemního vzdělávání zařazeno celkem 21 kmenových revizních lékařů. Naproti tomu pracovní poměr ukončil 1 kmenový revizní lékař zařazený do tohoto vzdělávání. V rámci firemního vzdělávání se 23 kmenových revizních lékařů zúčastnilo celkem 6 povinných 5denních

stáží na Úseku zdravotní péče Ústředí Pojišťovny. Následných 29 stáží zajistila vybraná územní pracoviště a krajské pobočky.

Odborné vzdělávání revizních pracovníků Pojišťovny v revizním lékařství, ale i v dalších medicínských oborech, bylo v roce 2004 realizováno nejen formou školení v rámci Pojišťovny a dalších k tomu určených organizací (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 2004 tak bylo dosaženo účasti na 1306 odborných vzdělávacích akcích.

V roce 2004 vydal ORZP 5 čísel již 12. ročníku Informačního bulletinu revizních lékařů Pojišťovny pro zajištění informovanosti a dodržování jednotných postupů revizních lékařů Pojišťovny.

Ve vzdělávacích a školicích aktivitách byl kladen důraz na:

- metodiku revizní činnosti,
- kazuistiky z revizní činnosti, které mají výjimečný edu-kační význam.

V rámci dohledu nad úrovní revizní činnosti územních pracovišť a krajských poboček provedli pracovníci ORZP Ústředí Pojišťovny v průběhu roku 2004 celkem 26 kontrolních návštěv, z toho 8 rozšířených kontrolních návštěv spojených s kontrolou dodržování povinného používání nástrojů IS pro kontrolu vykázané zdravotní péče za spoluúčasti tzv. odborníka z praxe, kterými jsou vybraní pracovníci z územních pracovišť a krajských poboček. Výstupem kontrol jsou na místě vyhotovené zápisy, následně uložené na ORZP Ústředí Pojišťovny. Obsahují konkrétní popis zjištěných nedostatků, včetně termínů určených k jejich odstranění. Ředitelům příslušných územních pracovišť a krajských poboček jsou v rámci kontroly navrhována nápravná opatření.

Územní pracoviště a krajské pobočky pravidelně předávaly ORZP Ústředí Pojišťovny statistické čtvrtletní přehledy o činnosti revizních lékařů a odborných revizních pracovníků.

Sumarizace revizních činností na územních pracovištích a krajských pobočkách za rok 2004 je shrnuta v tabulce č. 7, regulační část revizní činnosti – schvalování, povolování a potvrzování v roce 2004 v tabulce č. 8, expertní část revizní činnosti – posuzovací činnost v roce 2004 v tabulce č. 9 a kontrolní část revizní činnosti – revize a kontroly v roce 2004 v tabulce č. 10.

Celkový efekt revizí (tj. kontrol spojených se šetřením ve zdravotnickém zařízení) provedených revizními pracovníky územních pracovišť a krajských poboček za rok 2004 (vyplývající ze souhrnu čtvrtletních přehledů, které zpracovaly a zaslaly na ORZP Ústředí, územní pracoviště a krajské pobočky v roce 2004) je následující:

- suma bodových hodnot odmítnutých nebo změněných zdravotních výkonů činila celkem 171 716 470 bodů¹,
- hodnota dalších odmítnutých účtovaných položek (ZUM, ZULP, stomatologické výkony, preskripce) činila 68 487 013 Kč.

Celkový efekt kontrol (tj. kontrol správnosti vykázané zdravotní péče provedených pouze z informačního systému) provedených revizními pracovníky územních pracovišť a krajských poboček za rok 2004 (vyplývající ze souhrnu čtvrtletních přehledů, které zpracovaly a zaslaly na ORZP Ústředí územní pracoviště a krajské pobočky v roce 2004) je následující:

- suma bodových hodnot odmítnutých nebo změněných zdravotních výkonů činila celkem 1 198 005 570 bodů¹,
- hodnota dalších odmítnutých účtovaných položek (ZUM, ZULP, stomatologické výkony, preskripce) činila 355 216 732 Kč.

Efektivnost revizí provedených revizními skupinami ORZP Ústředí se projevuje řadu let především ve čtyřech základních rovinách:

- 1) v preventivním dopadu, spočívajícím zejména ve skutečnosti, že revizi provádějí, včetně šetření v lůžkovém zařízení, pracovníci z Ústředí, 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 krajských poboček a územních pracovišť Pojišťovny.

Z revizí smluvních zdravotnických zařízení provedených v roce 2004 revizními pracovníky Ústředí a územními pracovišti a krajskými pobočkami vyplývají prakticky stále stejné nedostatky:

- lékaři předepisovali léčivé přípravky na recept a léčivo pak aplikovali za hospitalizace, přestože úhrada léčivých přípravků během hospitalizace je zajištěna platbou lékového paušálu a léčivé přípravky hrazené na recept jsou určeny jen k ambulantnímu použití,
- 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.),

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

- 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 (neúplné) záznamy o poskytnuté zdravotní péči, nebo tyto záznamy úplně chyběly,
- často chyběla ošetrovatelská dokumentace nebo záznamy ošetrovatelského personálu ve zdravotnické dokumentaci pacientů, významné nedostatky byly zjištěny i ve vedení dokumentace fyzioterapeuty,
- zejména u krátkodobých, jedno- až třídních hospitalizací byly zjištěny časté neoprávněné (záznamy ve zdravotnické dokumentaci nezdůvodněné) pobyty pacientů, u kterých mohla být zdravotní péče poskytnuta ambulantně,
- zdravotnická zařízení, která mají nasmlouvané vedle výkonů ošetrovacích dnů na odděleních JIP a ARO s nižším TISS skóre i výkony OD s vyšším či nejvyšším TISS skóre, často vykazují dražší výkony ošetrovacích dní i přesto, že zdravotní stav a poskytnutá péče dle záznamů v dokumentaci k jejich vykázaní neopravňuje,
- 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,
- návrhy na lázeňskou léčbu v řadě případů neobsahovaly vždy všechny předepsané údaje, navrhuující lékaři nerespektovali platnou, smluvně závaznou Metodiku pro pořizování a předávání dokladů Pojišťovny a Indikační seznam lázeňské péče a nebrali zřetel na kontraindikace lázeňské léčby, což ztěžovalo posuzování a potvrzování návrhů revizními lékaři,
- u příkazů ke zdravotnímu transportu je velmi často porušována smluvně závazná Metodika VZP ČR pro pořizování a předávání dokladů, příkazy jsou vyplňovány neúplně, chybí záznam o jejich vystavení ve zdravotnické dokumentaci, jako důvod k vystavení je uváděno např. „propuštění“, „ad vyšetření“, což samo o sobě není zdravotní indikací k transportu. Velmi často jsme nacházeli neodůvodněnou indikaci doprovodu ke zdravotnímu transportu.

Tabulka č. 7: Souhrnný přehled o revizní činnosti Pojišťovny v roce 2004

Položka	I. Q	II. Q	III. Q	IV. Q	Celkem
Počet uzavřených revizí a kontrol celkem	7 680	8 869	6 110	7 155	29 814
Schvalování léků, PZT a výkonů	73 815	72 628	67 215	71 771	285 429
Povolování výjimek*	8 606	7 205	6 166	6 071	28 048
Potvrzování lázeňské péče	28 623	36 111	21 570	10 952	97 256
Potvrzování ozdravenské péče	2 881	1 699	386	627	5 593
Potvrzování péče v dětských léčebnách	1 486	1 174	384	496	3 540
Počet provedených posouzení	53 159	55 263	38 577	51 535	198 534
Celkem	176 250	182 949	140 408	148 607	648 214

*) povolovací činnost dle právního předpisu a jeho konkrétní části (Zákon č. 48/97 Sb., § 16)

ČINNOST POJIŠŤOVNY

Tabulka č. 8: Regulační část revizní činnosti Pojišťovny – schvalování, povolování a potvrzování v roce 2004

Vyjádření	Z počtu	v %	Neschváleno	v %
k vázaným položkám („Z“, „X“)	285 429	67,98	9 457	3,31
z toho: léčiva	161 184	38,39	4 530	2,81
PZT	112 510	26,80	4 161	3,70
výkony	11 735	2,79	766	6,53
k žádostem o povolení plné úhrady *	28 048	6,68	870	3,10
z toho: léčiva	25 075	5,97	737	2,94
PZT	2 211	0,53	76	3,44
výkony	762	0,18	57	7,48
k lázeňským návrhům	97 256	23,16	1 837	1,89
z toho: komplexní láz. péče	83 361	19,85	1 515	1,82
příspěvková láz. péče	13 895	3,31	322	2,32
k návrhům do dětských OLÚ	3 540	0,84	68	1,92
k návrhům do ozdravoven	5 593	1,33	173	3,09
Celkem	419 866	100,00	12 405	2,95

*) na základě delegace § 16 zákona č. 48/97 Sb.

Tabulka č. 9: Expertní část revizní činnosti Pojišťovny – posuzovací činnost v roce 2004

Posuzovací činnost	I. Q	II. Q	III. Q	IV. Q	Celkem
Soubory výkonů do přílohy č. 2 smlouvy	3 209	2 628	1 566	3 072	10 475
Škody způsobené třetí osobou	7 742	7 964	5 796	7 157	28 659
Individuální účty pojištěnců	2 607	3 027	1 002	2 396	9 032
Smluvní pojištění (smluv a vyúčtování)	21 027	22 829	16 315	20 109	80 280
Nutná a neodkladná péče v cizině	919	755	693	541	2 908
Věcné, technické a personální zajištění	581	558	655	832	2 626
Námitky SZZ k regulacím	437	227	308	175	1 147
Mořský koník	4 327	971	80	20	5 398
Doklady vyúčt. zdrav. péče v rámci EU	nesledováno			6 388	6 388
Ostatní posouzení	12 310	16 304	12 162	10 845	51 621
Počet posouzení celkem	53 159	55 263	38 577	51 535	198 534

Tabulka č. 10: Kontrolní část revizní činnosti Pojišťovny – revize a kontroly v roce 2004

Počet revizí	I. Q	II. Q	III. Q	IV. Q	Celkem
plánovaných	1 192	1 177	960	1 308	4 637
cílených	649	964	558	655	2 826
celkem	1 841	2 141	1 518	1 963	7 463
Počet kontrol	5 839	6 728	4 592	5 192	22 351
Počet revizí a kontrol celkem	7 680	8 869	6 110	7 155	29 814
Námitky proti RZ a KZ					
uznané částečně	127	219	92	93	531
uznané plně	179	237	120	112	648
neuznané	206	263	160	143	772
Celkový počet podaných námitek	512	719	372	348	1 951

● 4.4 ZABEZPEČENÍ ČINNOSTI POJIŠŤOVNY HMOTNÝM A NEHMOTNÝM MAJETKEM

Pro zabezpečení činnosti Pojišťovny byl v průběhu roku 2004 zakoupen pozemek pro výstavbu Krajské pobočky pro kraj Vysočina se sídlem v Jihlavě a budova s pozemkem pro Územní pracoviště Litoměřice. Kromě toho byla zahájena výstavba a rekonstrukce objektů pro územní pracoviště a krajské pobočky Domažlice, Svitavy, Zlín a Karlovy Vary.

Do provozu byly uvedeny objekty pro územní pracoviště a krajské pobočky Jičín, Cheb, Karlovy Vary, Šumperk a Hodonín.

Přehled územních pracovišť a krajských poboček sídlících k 31. 12. 2004 ve vlastních objektech, které byly získány koupí, vlastní výstavbou nebo převodem na základě § 12 zákona č. 290/2002 Sb.:

BENEŠOV	JABLONEC N/NISOU	NÁCHOD	ROKYCANY
BEROUN	JESENÍK	NOVÝ JIČÍN	RYCHNOV N/KNĚŽNOU
BLANSKO	JIČÍN	NYMBURK	SEMILY
BRNO-MĚSTO	JIHLAVA	OLOMOUČ	SOKOLOV
BRNO-VENKOV	JINDŘICHŮV HRADEC	OPAVA	STRAKONICE
BRUNTÁL	KARLOVY VARY	OSTRAVA	SVITAVY
BŘECLAV	KARVINÁ	PARDUBICE	TEPLICE
ČESKÁ LÍPA	KLADNO	PELHŘIMOV	TRUTNOV
ČESKÉ BUDĚJOVICE	KOLÍN	PÍSEK	TŘEBÍČ
DĚČÍN	KROMĚŘÍŽ	PLZEŇ-SEVER	UHERSKÉ HRADIŠTĚ
DOMAŽLICE	KUTNÁ HORA	PRAHA-MĚSTO	ÚSTÍ N/LABEM
FRÝDEK-MÍSTEK	LIBEREC	PRAHA-VÝCHOD	ÚSTÍ N/ORLICÍ
HAVLÍČKŮV BROD	LITOMĚŘICE	PRACHATICE	VSETÍN
HODONÍN	LOUNY	PROSTĚJOV	VYŠKOV
HRADEC KRÁLOVÉ	MĚLNÍK	PŘEROV	ZNOJMO
CHEB	MLADÁ BOLESLAV	PŘÍBRAM	ŽDÁR N/SÁZAVOU
CHOMUTOV	MOST	RAKOVNÍK	ÚSTŘEDÍ VZP ČR PRAHA
CHRUDEM			

K 31. 12. 2004 sídlily v pronajatých objektech územní pracoviště a krajské pobočky:

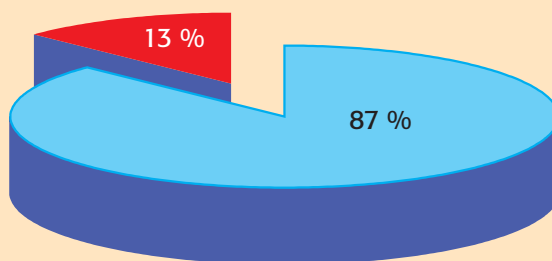
ČESKÁ LÍPA	KLATOVY	PLZEŇ-MĚSTO	ŠUMPERK *)	TACHOV
ČESKÝ KRUMLOV	PLZEŇ-JIH	PRAHA-ZÁPAD	TÁBOR	ZLÍN *)

*) objekty před dokončením (nová výstavba, rekonstrukce)

Poznámka: Územní pracoviště Česká Lípa sídlí v pronajatém objektu, spisovna a sklad jsou umístěny ve vlastním.

Graf č. 1: Struktura vlastnictví objektů krajských poboček a územních pracovišť VZP ČR

objekty v nájmu VZP ČR (10)



objekty ve vlastnictví VZP ČR (68)

V roce 2005 budou ukončeny pronájmy objektů územních pracovišť Šumperk, Domažlice, Svitavy a krajské pobočky ve Zlíně. Tato pracoviště Pojišťovny budou následně přestěhována do vlastních objektů.

Tímto postupem je zabezpečována dlouhodobá strategie Pojišťovny – činnost Pojišťovny provozovat ve vlastních objektech, a tak nezávisle zabezpečit vhodné prostředí pro klienty a provoz Pojišťovny.

V rámci snižování investičních a provozních nákladů byl v roce 2004 odprodán na základě veřejné obchodní soutěže stávající vozový park Pojišťovny a od roku 2005 je provoz zajišťován formou operativního leasingu. K hlavním cílům tohoto projektu patří kromě snížení nákladů především komplexní správa vozového parku, optimalizace počtu vozidel a zvýšení jejich vytiženosti. Zavedením operativního leasingu dochází také ke značným úsporám u administrativních a časových nákladů spojených s nákupem, dodáním a vyřazováním vozidel, s vyřizováním pojištění, se zabezpečováním údržby a opravami vozidel, likvidací pojistných událostí apod.

● 4.5 ZDRAVOTNÍ POLITIKA

V roce 2004 se uskutečnilo podle ustanovení § 17 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, **dohodovací řízení k Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami** (dále jen „SZV“).

Toto dohodovací řízení se konalo 2. prosince 2004 a mělo jeden jednací den. Dohodovací řízení projednalo návrhy 11 odborných společností, schválilo 13 nových výkonů, změny či doplnění u stávajících cca 19 výkonů a 5 výkonů navrhlo k vyřazení. Byly zamítnuty, mimo jiné, návrhy na zavedení výkonu „Kvantitativní stanovení INR z kapilární krve“ pro praktické lékaře pro dospělé, návrh odborné společnosti na prodloužení času klinických vyšetření v odbornosti 101 – interna a výkony specializované intervence léčby závislosti na tabáku.

Na základě výsledků DŘ k Seznamu zdravotních výkonů, které proběhlo na jaře roku 2003, mělo MZ ČR v roce 2004 vydat novelu Seznamu zdravotních výkonů. Doposud ale tato novela vydána nebyla, neboť během roku 2004 vešly v platnost zákony č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, a č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Během roku 2004 proběhlo několik jednání, aby byl Seznam zdravotních výkonů dán do souladu s těmito nově přijatými zákony. Uvedené zákony mají největší dopad v textové části Seznamu zdravotních výkonů o nositelích výkonů a jejich mzdových indexech, které pak budou promítnuty do jednotlivých výkonů. O konečné podobě se stále jedná.

Činnost Pracovní skupiny č. 2 k dohodovacímu řízení k Seznamu zdravotních výkonů pokračuje i nadále. Již od roku 2003 se Pracovní skupina č. 2 schází nad obsáhlým materiálem, který předložili zástupci odborných společností chirurgických oborů. V těchto jednáních jsou řešeny a opravovány jednotlivé chirurgické výkony, jejich náplně, použité materiály, léky či přístrojové vybavení výkonů.

Souběžně s problematikou chirurgických oborů Pracovní skupina i nadále eviduje připomínky a návrhy ostatních odborných společností, které jsou postupně projednávány.

Pracovní skupina č. 2 DŘ k Seznamu zdravotních výkonů se v roce 2004 sešla celkem šestnáctkrát.

I v roce 2004 byla role zástupců Pojišťovny v této pracovní skupině nezastupitelná. Řídili všechna jednání 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.

V roce 2004 pokračovala za účasti zástupců Pojišťovny v činnosti „Komise pro posuzování rozmístění přístrojů vybrané zdravotnické techniky“, zřízená ministerstvem zdravotnictví. Komise jednala celkem 10x a posuzovala žádosti zdravotnických zařízení na obnovu či nové pořízení vybrané nákladné zdravotnické techniky. Detailní informace o množství a rozmístění zdravotnické techniky jsou k dispozici v Ústavu zdravotnických informací a statistiky, se kterým Pojišťovna spolupracovala na metodice sběru dat.

Způsoby a výše úhrad pro jednotlivé segmenty poskytovatelů zdravotní péče a pro obě pololetí roku 2004 byly projednávány v **DŘ k cenám**.

V 1. pololetí roku 2004 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,
- stomatologická péče,
- ambulantní zdravotnická zařízení poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči včetně ambulantních zařízení poskytujících hemodialyzační péči,
- zdravotnická záchranná služba, doprava raněných, nemocných a rodiček a lékařská služba první pomoci,
- lázeňská 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 13/2003 z prosince 2003.

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

- ambulantní zdravotnická zařízení poskytující domácí zdravotní péči,
- ambulantní zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči komplementu – laboratoře, diagnostika – odbornosti 222, 801-807, 809, 812-823
- ambulantní zdravotnická zařízení poskytující fyzioterapii – odbornosti 902 a 918
- ústavní péče, včetně odborných léčebných ústavů, léčeben dlouhodobě nemocných a zdravotnických zařízení vykazujících péči na ošetřovatelských lůžkách.

V rámci **DŘ k cenám pro 2. pololetí roku 2004** došlo k dohodě se zástupci poskytovatelů v segmentech:

- stomatologická péče,
- ambulantní zdravotnická zařízení poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči, včetně hemodialyzační péče,
- zdravotnická záchranná služba, doprava raněných, nemocných a rodiček a lékařská služba první pomoci,
- lázeňská péče.

Výsledky DŘ byly vyhlášeny ve Věstníku MZ ČR, částka 6/2004 z července 2004.

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

- praktičtí lékaři pro dospělé a praktičtí lékaři pro děti a dorost,
- ambulantní zdravotnická zařízení poskytující domácí zdravotní péči,
- ambulantní zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči komplementu – laboratoře, diagnostika – odbornosti 222, 801-807, 809, 812-823,
- ambulantní zdravotnická zařízení poskytující fyzioterapii – odbornosti 902 a 918,
- ústavní péče včetně odborných léčebných ústavů, léčeben dlouhodobě nemocných a zdravotnických zařízení vykazujících péči na ošetřovatelských lůžkách.

Vzhledem k tomu, že MZ ČR nevyužilo zmocnění ke stanovení výše úhrad včetně regulačních omezení, bylo postupováno v obou pololetích roku 2004 v souladu s ustanovením § 17 odst. 7 písm. a), b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Dle tohoto ustanovení zůstávají v platnosti ceny bodu sjednané v rámci platné regulace cen a výše úhrad, včetně regulačních omezení, i po skončení období, na které byly sjednány nebo stanoveny, a to až do doby, než dohodovací řízení sjedná nové výše úhrad včetně regulačních omezení, nebo do doby, než MZ ČR stanoví nové výše úhrad včetně regulačních omezení pro kalendářní pololetí vyhláškou.

Pojišťovna v roce 2004 neuplatňovala koeficient K dle § 8 vyhlášky MZ ČR č. 532/2002 Sb. Uplatnění tohoto koeficientu v úhradách pro rok 2004 (i ve výši K = 0) by bylo v rozporu s platnou právní úpravou, neboť bez existence právní úpravy, tzn. vyhlášky, která by byla vydána v souladu s § 17 odst. 7 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění, pro období 1. a 2. pololetí 2004 nelze používat institut obsažený ve vyhlášce upravující jednoznačně pouze období 1. pololetí 2003. Vyhláška č. 532/2002 Sb. stanovovala v souladu s výše uvedeným ustanovením zákona č. 48/1997 Sb. výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení pro 1. pololetí 2003. V žádném případě tato vyhláška nestanovovala výši úhrad včetně regulačních omezení pro 1. či 2. pololetí 2004 a její účinnost pro období 1. a 2. pololetí 2004 nebyla nikdy zákonem stanoveným způsobem prodloužena.

Stručný přehled vývoje a používaných mechanismů úhrad za poskytovanou zdravotní péči v jednotlivých pololetích roku 2004 a v členění dle jednotlivých segmentů zdravotní péče lze sledovat z tabulky č. 11.

Tabulka č. 11: Mechanismy úhrad ambulantním a lůžkovým zdravotnickým zařízením

I. pololetí 2004	II. pololetí 2004
● PRAKTIČTÍ LÉKAŘI	
1) KKVP 33 Kč nepravidelná péče a výkony nad rámec kapítace – 0,95 Kč/bod bonifikační systém s regulačními mechanismy 2) Výkonová platba hodnota bodu 0,46 Kč limit času nositele výkonu 12 hod./kal. den regulační mechanismy 3) KKVP s dorovnáním – „malé praxe“ dorovnání menšího počtu jednicových registrovaných pojištěnců s ohledem na geografické podmínky; přiznání komisí pro malé praxe bonifikační systém s regulačními mechanismy	1) KKVP 33 Kč nepravidelná péče a výkony nad rámec kapítace – 0,95 Kč/bod bonifikační systém s regulačními mechanismy 2) Výkonová platba hodnota bodu 0,46 Kč limit času nositele výkonu 12 hod./kal. den regulační mechanismy 3) KKVP s dorovnáním – „malé praxe“ dorovnání menšího počtu jednicových registrovaných pojištěnců s ohledem na geografické podmínky; přiznání komisí pro malé praxe bonifikační systém s regulačními mechanismy
● AMBULANTNÍ SPECIALISTÉ	
Výkonová platba hodnota bodu 1,04 Kč limit času nositele výkonu 12 hod./kal. den předběžná úhrada ve výši 100 % POÚ celková úhrada do výše tzv. maximální úhrady $MAXU_ZZ = \text{součet } MAXU \text{ za všechny odbornosti nasmlouvané tímto ZZ}$ $MAXU_ODB = POP_ODB_{akt} * (PB_ODB_{ref} * CB * l_{zr} + ZUM_ODB_{ref} * l_{zc} + ZULP_ODB_{ref} * l_{zc})$ kde: $l_{zr} = 1,005$; $l_{zc} = 1,00$ omezení maximální úhradou se nepoužije: – pokud ZZ v ref. období neexistovalo nebo ošetřilo nevýznamný počet unikátních pojištěnců (méně než 75 na odbornost) – u ZZ smluvních odborností 901, 903, 927 a u ZZ vykazujících výkony psychoterapeutické péče (ZZ poskytující převážně psychoterapeutickou péči jsou daná seznamem – viz Věstník MZ ČR částka 13/2003)	Výkonová platba hodnota bodu 1,04 Kč limit času nositele výkonu 12 hod./kal. den předběžná úhrada ve výši 100 % POÚ celková úhrada do výše tzv. maximální úhrady $MAXU_ZZ = \text{součet } MAXU \text{ za všechny odbornosti nasmlouvané tímto ZZ}$ $MAXU_ODB = POP_ODB_{akt} * (PB_ODB_{ref} * CB * l_{zr} + ZUM_ODB_{ref} * l_{zc} + ZULP_ODB_{ref} * l_{zc})$ kde: $l_{zr} = 1,00$; $l_{zc} = 1,02$ omezení maximální úhradou se nepoužije: – pokud ZZ či odbornost v ref. období neexistovalo nebo ošetřilo nevýznamný počet pojištěnců (méně než 100 na PKČ = 1,00) – u ZZ smluvních odborností 901, 903, 927 a u ZZ vykazujících výkony psychoterapeutické péče (ZZ poskytující převážně psychoterapeutickou péči jsou daná seznamem – viz Věstník MZ ČR částka 6/2004)
● AMBULANTNÍ HEMODIALÝZA	
Výkonová platba hodnota bodu 1,02 Kč limit času nositele výkonu 12 hod./kal. den předběžná úhrada 100 % POÚ režijní náklady výkonů 18521, 18522, 18530, 18550, 18560, 18570, 18580 a 18590 – ve výši 4 body/min.	Výkonová platba hodnota bodu 1,02 Kč limit času nositele výkonu 12 hod./kal. den předběžná úhrada 100 % POÚ režijní náklady výkonů 18521, 18522, 18530, 18550, 18560, 18570, 18580 a 18590 – ve výši 4 body/min. časová regulace (dle § 41 zák. č. 48/1997 Sb.) stanovována čtvrtletně a vypořádána za obě čtvrtletí současně

I. pololetí 2004**II. pololetí 2004****● HOME-CARE****1) Výkonová platba – 1. var.**

zdravotní péče 7 dní v týdnu

limit času nositele výkonu 8 hod./kal. den

hodnota bodu = 1,00 Kč * IHB

IHB = 1,07 pro ZZ, jejichž PKČ je větší nebo rovno 5,00

IHB = 0,9 pro ZZ, jejichž PKČ je nižší než 5,00

2) Výkonová platba – 2. var.

zdravotní péče méně než 7 dní v týdnu

limit času nositele výkonu 8 hod./prac. den

hodnota bodu = 1,00 Kč * IHB

IHB = 0,9, neboť ZZ poskytují zdravotní péči méně než

7 dní v týdnu

1) Výkonová platba – 1. var.

zdravotní péče 7 dní v týdnu

limit času nositele výkonu 8 hod./kal. den

hodnota bodu = 1,00 Kč * IHB

IHB = 1,07 pro ZZ, jejichž PKČ je větší nebo rovno 5,00

IHB = 0,9 pro ZZ, jejichž PKČ je nižší než 5,00

2) Výkonová platba – 2. var.

zdravotní péče méně než 7 dní v týdnu

limit času nositele výkonu 8 hod./prac. den

hodnota bodu = 1,00 Kč * IHB

IHB = 0,9, neboť ZZ poskytují zdravotní péči méně než

7 dní v týdnu

● FYZIOTERAPIE – odbornosti 902 a 918**Výkonová platba**

hodnota bodu 0,96 Kč

limit času nositele výkonu 10 hod./prac. den

režijní náklady výkonů 21217, 21223, 21315, 21317

– 3,20 bodů/min.

Výkonová platba

hodnota bodu 0,96 Kč

limit času nositele výkonu 10 hod./prac. den

režijní náklady výkonů 21217, 21223, 21315, 21317

– 3,20 bodů/min.

● LABORATOŘE – odbornost 222, 801-805, 807, 812-822**1) Paušální sazba**

předběžná úhrada ve výši součinu 104 % POÚ

PS = 104 % POÚ * K

Úprava paušální sazby:

a) počet bodů je 98-103 % RPB, pak K = 1 a výše paušální sazby se nemění

b) počet bodů je mimo interval 98-103 % RPB, pak se výše paušální sazby upraví vynásobením koeficientu K, který je roven podílu vykázaného a uznaného počtu bodů v hodnoceném čtvrtletí a RPB

2) Výkonová platba

hodnota bodu 0,86 Kč

1) Paušální sazba

předběžná úhrada ve výši součinu 104 % POÚ

PS = 104 % POÚ * K

Úprava paušální sazby:

a) počet bodů je 98-103 % RPB, pak K = 1 a výše paušální sazby se nemění

b) počet bodů je mimo interval 98-103 % RPB, pak se výše paušální sazby upraví vynásobením koeficientu K, který je roven podílu vykázaného a uznaného počtu bodů v hodnoceném čtvrtletí a RPB

2) Výkonová platba

hodnota bodu 0,86 Kč

● RTG – odbornost 809**1) Paušální sazba**

předběžná úhrada ve výši součinu 104 % POÚ

PS = 104 % POÚ * K

Úprava paušální sazby:

a) počet bodů je 98-103 % RPB, pak K = 1 a výše paušální sazby se nemění

b) počet bodů je mimo interval 98-103 % RPB, pak se výše paušální sazby upraví vynásobením koeficientu K, který je roven podílu vykázaného a uznaného počtu bodů v hodnoceném čtvrtletí a RPB

2) Výkonová platba

hodnota bodu 1,04 Kč

1) Paušální sazba

předběžná úhrada ve výši součinu 104 % POÚ

PS = 104 % POÚ * K

Úprava paušální sazby:

a) počet bodů je 98-103 % RPB, pak K = 1 a výše paušální sazby se nemění

b) počet bodů je mimo interval 98-103 % RPB, pak se výše paušální sazby upraví vynásobením koeficientu K, který je roven podílu vykázaného a uznaného počtu bodů v hodnoceném čtvrtletí a RPB

2) Výkonová platba

hodnota bodu 1,04 Kč

ČINNOST POJIŠŤOVNY

I. pololetí 2004

II. pololetí 2004

● STOMATOLOGICKÁ PÉČE

Úhrada dle sazeb zveřejněných v částce 13/2003 Věstníku MZ ČR

Úhrada dle sazeb zveřejněných v částce 6/2004 Věstníku MZ ČR

● ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA – odbornost 709

Výkonová platba
hodnota bodu 1,01 Kč

Výkonová platba
hodnota bodu 1,02 Kč

● DOPRAVA RANĚNÝCH, NEMOCNÝCH A RODIČEK – odbornost 989

Výkonová platba
hodnota bodu 0,91 Kč

Výkonová platba
hodnota bodu 0,91 Kč

převoz pohřební službou – výkonový způsob,
hodnota bodu 0,91 Kč
doprava pacienta soukromým vozidlem – paušální sazba
4 Kč/1km

převoz pohřební službou – výkonový způsob,
hodnota bodu 0,91 Kč
doprava pacienta soukromým vozidlem – paušální sazba
4 Kč/1km

● LÉKAŘSKÁ SLUŽBA PRVNÍ POMOCI – odbornost 003

Výkonová platba
hodnota bodu 0,90 Kč

Výkonová platba
hodnota bodu 0,91 Kč

● NEMOCNICE

1) Kombinace paušální sazby na 1 UOP a položek hrazených nad rámec paušálních sazeb
paušální sazba se pro jednotlivé druhy zdravotní péče (akutní lůžková, ambulantní, zdravotní doprava a jiná péče) převzala z 1. pololetí 2003

2) Kombinovaný způsob úhrady s 5% podílem DRG
akutní lůžková péče: 95 % úhrady tvoří paušální složka, 5 % úhrady je realizováno pomocí DRG; přepočtená paušální složka na základě počtu UOP
ostatní péče (ambulantní, zdravotní doprava a jiná péče): úhrada je realizována formou paušální sazby

3) Jiný způsob úhrady

a) regulovaný výkonový způsob úhrady
hodnota bodu 0,89 Kč, omezení počtu bodů, resp. objemu ZUMů a ZULů na 1 UOP

b) globální paušální sazba

1) Kombinace paušální sazby na 1 UOP a položek hrazených nad rámec paušálních sazeb
paušální sazba se pro jednotlivé druhy zdravotní péče (akutní lůžková, ambulantní, zdravotní doprava a jiná péče) převzala z 1. pololetí 2003

2) Kombinovaný způsob úhrady s 10% podílem DRG
akutní lůžková péče: 90 % úhrady tvoří paušální složka, 10 % úhrady je realizováno pomocí DRG; přepočtená paušální složka na základě počtu UOP a dosaženého case mix indexu
ostatní péče (ambulantní, zdravotní doprava a jiná péče): úhrada je realizována formou paušální sazby

3) Jiný způsob úhrady

a) regulovaný výkonový způsob úhrady
hodnota bodu 0,89 Kč, omezení počtu bodů, resp. objemu ZUMů a ZULů na 1 UOP

b) globální paušální sazba

I. pololetí 2004**II. pololetí 2004****● ODBORNÉ LÉČEBNÉ ÚSTAVY****Výkonová platba**

hodnota bodu 1,00 Kč, počet bodů za režii k OD i výše
lékového paušálu k OD jsou shodné s 1. pololetím 2003

Výkonová platba

hodnota bodu 1,00 Kč, počet bodů za režii k OD i výše
lékového paušálu k OD jsou shodné s 1. pololetím 2003

● LÉČEBNÝ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH**Výkonová platba**

hodnota bodu 1,00 Kč, počet bodů za režii k OD i výše
lékového paušálu k OD jsou shodné s 1. pololetím 2003

Výkonová platba

hodnota bodu 1,00 Kč, počet bodů za režii k OD i výše
lékového paušálu k OD jsou shodné s 1. pololetím 2003

● ZDRAVOTNÍ PÉČE POSKYTOVANÁ NA OŠETŘOVATELSKÝCH LŮŽKÁCH**Výkonová platba**

hodnota bodu 1,00 Kč, počet bodů za režii k OD i výše
lékového paušálu k OD jsou shodné s 1. pololetím 2003

Výkonová platba

hodnota bodu 1,00 Kč, počet bodů za režii k OD i výše
lékového paušálu k OD jsou shodné s 1. pololetím 2003

● LÁZNĚ A OZDRAVOVNY

věcně usměrňovaná cena

věcně usměrňovaná cena

POÚ	porovnávací objem úhrady – je roven úhradě za odpovídající kalendářní čtvrtletí minulého kalendářního roku
RPB	referenční počet bodů
PS	paušální sazba
i	index změny počtu pojištěnců, který je definován jako poměr počtu unicitních čísel pojištěnců v daném pololetí 2004 ku počtu pojištěnců ve stejném pololetí 2003
PUPakt, PUPref	počet unikátních pojištěnců za aktuální či referenční období
OD	ošetřovací den
MAXU_ZZ	maximální úhrada pro zdravotnické zařízení
MAXU_ODB	maximální úhrada za příslušnou odbornost
POP_ODBakt	počet unikátních pojištěnců za odbornost v aktuálním období
PB_ODBref	průměrný počet bodů na jednoho ošetřeného pojištěnce v dané odbornosti za referenční období
Izr	index dopadu změn minutové režijní sazby na ceny
Izc	index meziročních změn cen
ZUM_ODBref, ZULP_ODBref	průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál resp. zvlášť účtovaná léčiva na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti v referenčním období
IHB	index hodnoty bodu
K	koefficient zohledňující objem poskytnuté péče
UOP	unikátní ošetřený pojištěnec

KOMENTÁŘ K JEDNOTLIVÝM SEGMENTŮM ZDRAVOTNÍ PÉČE:

Praktičtí lékaři

Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost byla v roce 2004 hrazena převážně formou „kombinované kapitačně výkonové platby“ (dále jen KKVP).

V obou pololetích roku 2004 výše kapitační platby činila 33 Kč na měsíc na jednoho registrovaného pojištěnce.

Hodnota bodu za výkony hrazené mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce po celý rok 2004 činila 0,95 Kč.

U PL a PLDD hrazených výkonovým způsobem podle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění, hodnota bodu po celý rok 2004 činila 0,46 Kč do limitu času nositele výkonu 12 hodin na kalendářní den.

V průběhu roku 2004 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.

Pojišťovna nadále pokračuje v realizaci bonifikačního systému pro praktické lékaře, který je založen jednak na sledování vybraných nákladů na zdravotní péči pro pojištěnce Pojišťovny registrované u praktického lékaře a jednak na sledování vybraných ukazatelů indikujících dobrou praxi. Stálým cílem bonifikačního systému je i nadále motivovat praktické lékaře k tomu, aby maximálně optimalizovali léčebný proces a péči o pacienta a tak přispěli k hospodárnému využívání finančních prostředků v celém zdravotním systému.

Komise pro přidělování statutu tzv. „malé praxe“ projednávala přiznání doplatku pro ekonomicky nevýhodně umístěné, ale přitom nezbytné praxe – k 31. 12. 2004 byl přiznán doplatek 20 lékařům.

Ambulantní specialisté

Pro obě pololetí 2004 byla v rámci dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění učiněna dohoda. Specializovaná ambulantní zdravotní péče byla hrazena dle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, s omezením maximální úhradou. Hodnota bodu pro obě pololetí roku 2004 byla 1,04 Kč. Maximální úhrada byla odvozena od průměrného počtu bodů, průměrné hodnoty ZUM a ZULP na jednoho ošetřeného pojištěnce za referenční období a od skutečného počtu ošetřených pojištěnců v daném období.

Dále byl uplatněn následující regulační mechanismus:

- regulace nákladů na předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801-805, 807, 809, 812-822 vztažená:
 - k průměrné úhradě ambulantního zdravotnického zařízení na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce dosažené v referenčním období,
 - k celostátní průměrné úhradě na 1 unikátního ošetřeného pojištěnce dané věkové skupiny v dané odbornosti.

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

Laboratoře, RTG

Po celý rok 2004 byl segment komplementu hrazen dvěma variantami úhrady, a to buď paušální sazbou, nebo úhradou za provedené výkony podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Výše čtvrtletní paušální sazby z důvodu nedohody byla po celý rok stanovena z referenčních období 3. a 4. čtvrtletí roku 2002. Paušální sazba byla navýšena pro celý rok o 4 %.

Výkonová úhrada byla v celém roce 2004 realizována tam, kde v důsledku výrazně kolísavého objemu poskytované zdravotní péče nebylo možno objektivně stanovit paušální sazbu.

Home-care

V segmentu domácí péče nebyla uzavřena dohoda. Pro obě pololetí zůstal v platnosti stejný způsob úhrady jako ve druhém pololetí roku 2003.

V roce 2004 se v segmentu domácí zdravotní péče pokračovalo ve způsobu diferencované platby závislé na stupni dostupnosti této zdravotní péče pro pojištěnce Pojišťovny. Zdravotní péče byla hrazena podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami úhradou za poskytnuté zdravotní výkony dle typu provozu zdravotnického zařízení:

- do limitu času nositele výkonu 8 hodin na kalendářní den, 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.

Cena bodu pro úhradu zdravotní péče byla v obou pololetích stanovena na hodnotu 1,00 Kč.

Pro zdravotnická zařízení, která poskytovala domácí zdravotní péči pravidelně 7 dní v týdnu a zaměstnávala alespoň 5 kvalifikovaných odborných pracovníků, se hodnota bodu upravovala v obou pololetích roku 2004 indexem 1,07. Pro ostatní zdravotnická zařízení, která tato kritéria nesplňovala, se v celém roce 2004 hodnota bodu upravovala indexem 0,9.

Fyzioterapie

V segmentu fyzioterapie nebyla uzavřena dohoda. Pro obě pololetí zůstal v platnosti stejný způsob úhrady jako ve 2. pololetí 2003.

Byl realizován výkonový způsob úhrady do limitu času nositele výkonu 10 hodin na pracovní den. Hodnota bodu pro 1. i 2. pololetí roku 2004 byla 0,96 Kč. V celém roce 2004 bylo u 4 vodoléčebných výkonů možné na smluvním základě navýšit úhradu režijních nákladů na 3,20 bodů za jednu minutu času výkonu.

Stomatologická péče

Tento segment byl nadále financován dle položek „Úhrady standardní stomatologické péče“. V průběhu tohoto roku byla ukončena jednání, jejichž výsledkem bylo zrušení výkonu „Stomatologické ošetření lékařem s Osvědčením ČSK“. Uvolněné finanční prostředky budou v následujícím roce směřovány do podpory preventivní péče. Na podzim roku 2004 byl zahájen rutinní provoz a povinné používání Centrálního stomatologického registru v rámci celé Pojišťovny (dále jen CSR). CSR je datovým potenciálem shromažďujícím údaje o provedené stomatologické péči, vykázané na pojištěnce, a o nákladech vzniklých na tuto poskytnutou péči. Hlavní funkcí CSR je podpora revizní činnosti, tj. umožnění revizním lékařům získat komplexní údaje o poskytnuté péči.

Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická zařízení provozující zdravotnickou záchrannou službu byla v roce 2004 financována pouze systémem výkonové úhrady.

Hodnota bodu dle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění, činila v 1. pololetí 2004 1,01 Kč a ve 2. pololetí 2004 1,02 Kč.

Doprava raněných, nemocných a rodiček

Doprava raněných, nemocných a rodiček byla v roce 2004 financována pouze výkonovou úhradou dle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Hodnota bodu dle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění, v roce 2004 činila v obou pololetích 0,91 Kč.

Pro úhradu převozu pohřební službou platil výkonový způsob úhrady s hodnotou bodu 0,91 Kč.

Pro úhradu dopravy pacienta soukromým vozidlem platila nadále výše úhrady paušální sazbou 4 Kč/1 km.

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 dle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., v platném znění, v obou pololetích výkonovým způsobem. Pro 1. pololetí 2004 činila hodnota bodu 0,90 Kč a pro 2. pololetí 2004 0,91 Kč.

Lůžková zdravotnická zařízení poskytující akutní lůžkovou péči

Vzhledem k tomu, že dohodovací řízení nedospělo pro 1. a 2. pololetí 2004 k dohodě, ani nebyla vydána úhradová vyhláška Ministerstva zdravotnictví, zůstaly pro 1. a 2. pololetí 2004 v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., § 17 odst. 7a) a 7b), v platném znění, v platnosti výše úhrad včetně regulačních omezení stanovené pro 1. pololetí 2003. Konkrétně tedy zůstaly v platnosti výše paušálních sazeb a referenční hodnoty pro regulace sjednané ve smlouvě pro předchozí období (pro 1. pololetí 2003).

Kromě těchto „standardních“ způsobů úhrady Pojišťovna dohodla s AČMN možnost hradit poskytnutou zdravotní péči kombinovaným způsobem s 5% (pro 1. pololetí 2004), resp. s 10% (pro 2. pololetí 2004) podílem úhrady dle DRG. Tento způsob úhrady si pro 1. pololetí 2004 vybralo 44 nemocnic, z toho 2 fakultní nemocnice, pro 2. pololetí 2004 pak 62 nemocnic, z toho opět 2 fakultní nemocnice.

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 podmínkami pro poskytnutí definovaného objemu péče.

V případě, že nemocnice měla nasmlouvány nové kapacity, byla úhrada navýšena na základě objemu poskytnuté zdravotní péče těmito novými kapacitami.

Bez ohledu na způsob úhrady byl ve všech nemocnicích uplatněn v obou pololetích roku 2004 regulačně bonifikační mechanismus na objem předepsaných léčiv a zdravotnických prostředků.

Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN)

Zdravotní péče poskytovaná v léčebnách dlouhodobě nemocných byla v 1. i 2. pololetí 2004 hrazena výkonovým způsobem s hodnotou bodu 1 Kč.

Režie k OD, stejně tak i výše lékového paušálu k OD pro 1. a 2. pololetí 2004 byla hrazena ve shodné výši jako v 1. pololetí 2003.

Odborné léčebné ústavy (OLÚ)

Zdravotní péče poskytovaná v odborných léčebných ústavech byla v 1. i 2. pololetí 2004 hrazena výkonovým způsobem s hodnotou bodu 1 Kč.

Režie k OD, stejně tak i výše lékového paušálu k OD pro 1. a 2. pololetí 2004 byla hrazena ve shodné výši jako v 1. pololetí 2003.

Zdravotní péče poskytovaná na ošetrovatelských lůžkách

Zdravotní péče poskytovaná na ošetrovatelských lůžkách byla v 1. i 2. pololetí 2004 hrazena výkonovým způsobem s hodnotou bodu 1 Kč.

Režie k OD, stejně tak i výše lékového paušálu k OD pro 1. a 2. pololetí 2004 byla hrazena ve shodné výši jako v 1. pololetí 2003.

Lázeňská a ozdravenská péče

U zdravotní péče poskytované v lázeňských zařízeních byla v 1. i 2. pololetí 2004 uplatněna úhrada formou věcně usměrňované ceny. K 1. 1. 2004 byly ceny ošetrovacího dne této péče, a to kromě cen za používaný přírodní léčivý zdroj, navýšeny o 1,8 % v porovnání s cenami platnými pro 2. pololetí 2003. Ve 2. pololetí 2004 zůstaly ceny ve shodné výši jako v 1. pololetí 2004. Ceny lázeňské péče byly určeny na základě zásad dohodnutých se zástupci profesních sdružení poskytovatelů s přihlédnutím k cenovému výměru Ministerstva financí, v platném znění, zveřejněnému v Cenovém věstníku Ministerstva financí.

Pojišťovna vynaložila v roce 2004 na lázeňskou léčebnou péči finanční prostředky ve výši 2 029 736 tis. Kč (odlечение pacientů). Snížení celkových nákladů, které vyplývá z nižšího počtu odléčených pojištěnců, činí oproti předchozímu roku 12 124 tis. Kč.

V roce 2004 absolvovalo lázeňskou léčebnou péči celkem 92 330 pacientů, z toho komplexní lázeňská péče byla poskytnuta 80 154 pojištěncům a příspěvková lázeňská

péče 12 176 pojištěncům. Z celkového počtu odléčených bylo 83 762 dospělých a 8 568 dětí a dorostu. Nejvíce pacientů, kterých bylo 42 276, což je 46 % z celého spektra indikací, se odléčilo v indikační skupině VII – nemoci pohybového ústrojí.

Ozdravenská zdravotní péče byla v dětských ozdravovnách poskytována za podmínek stanovených zákonem č. 48/1997 Sb. U úhrad byla v 1. i 2. pololetí roku 2004 uplatněna regulace formou věcně usměrňované ceny prováděné v souladu s platným cenovým výměrem Ministerstva financí zveřejněným v Cenovém věstníku Ministerstva financí. Ceny ošetrovacího dne byly k 1. 1. 2004 navýšeny na základě dohod o 1,7 % v porovnání s cenami platnými ve 2. pololetí 2003. Ve 2. pololetí 2004 zůstaly ceny ve stejné výši jako v 1. pololetí 2004.

Ozdravenskou péči k 31. 12. 2004 poskytovalo 8 smluvních partnerů ve 13 ozdravovnách, ve kterých bylo odléčeno celkem 5 188 dětí (snížení oproti roku 2003 o 8 %).

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 typů lázeňské péče je uveden v tabulce č. 12.

Vynaložené náklady na poskytnutou ozdravenskou péči jsou uvedeny v tabulce č. 21: Náklady na zdravotní péči členěné dle jednotlivých segmentů zdravotní péče.

Tabulka č. 12: Náklady lázeňské péče dle hlavních indikačních skupin onemocnění a typů lázeňské péče (komplexní, příspěvková) v roce 2004

Indikační skupina	Počet pacientů 2004	Počet pac. v % 2004	Počet pacientů 2003	Index 04/03	Náklady v tis. Kč 2004	Podíl nákl. v % 2004	Náklady v tis. Kč 2003	Index 04/03
Komplexní lázeňská péče – dospělí pacienti								
VII Nemoci pohybového ústrojí	32 383	45,20%	33 438	0,97	739 159	45,50%	735 249	1,01
II Nemoci oběhového ústrojí	13 075	18,25%	12 749	1,03	297 630	18,32%	280 386	1,06
VI Nemoci nervové	10 084	14,08%	10 344	0,97	245 173	15,09%	241 304	1,02
V Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	5 211	7,27%	5 614	0,93	133 737	8,23%	141 265	0,95
IV Nemoci z poruch vým. látkové a žláz s vn. sekr.	2 468	3,45%	2 456	1,00	32 822	2,02%	32 112	1,02
XI Nemoci ženské	2 098	2,93%	2 392	0,88	48 733	3,00%	54 680	0,89
III Nemoci trávicího ústrojí	1 799	2,51%	2 013	0,89	32 608	2,01%	35 726	0,91
I Nemoci onkologické	1 681	2,35%	1 641	1,02	34 027	2,09%	32 298	1,05
X Nemoci kožní	1 052	1,47%	1 115	0,94	25 227	1,55%	25 578	0,99
IX Duševní poruchy	1 003	1,40%	998	1,01	20 838	1,28%	20 667	1,01
VIII Nemoci močového ústrojí	782	1,09%	855	0,91	14 550	0,90%	15 401	0,94
Celkem	71 636	100,00%	73 615	0,97	1 624 504	100,00%	1 614 666	1,01
Příspěvková lázeňská péče – dospělí pacienti								
VII Nemoci pohybového ústrojí	8 902	73,41%	9 819	0,91	76 996	72,59%	83 505	0,92
II Nemoci oběhového ústrojí	972	8,02%	1 014	0,96	9 750	9,19%	10 004	0,97
VI Nemoci nervové	659	5,43%	609	1,08	6 040	5,69%	5 451	1,11
V Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	518	4,27%	591	0,88	4 233	3,99%	4 745	0,89
III Nemoci trávicího ústrojí	465	3,83%	487	0,95	3 628	3,42%	3 804	0,95
IV Nemoci z poruch vým. látkové a žláz s vn. sekr.	145	1,20%	165	0,88	1 138	1,07%	1 259	0,90
I Nemoci onkologické	126	1,04%	134	0,94	1 179	1,11%	1 231	0,96
XI Nemoci ženské	104	0,86%	116	0,90	1 181	1,11%	1 297	0,91
IX Duševní poruchy	100	0,82%	108	0,93	675	0,64%	731	0,92
VIII Nemoci močového ústrojí	78	0,64%	76	1,03	634	0,60%	625	1,01
X Nemoci kožní	57	0,47%	67	0,85	623	0,59%	716	0,87
Celkem	12 126	100,00%	13 186	0,92	106 077	100,00%	113 368	0,94
Komplexní lázeňská péče – děti a dorost								
XXV Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	2 907	34,13%	3 305	0,88	102 753	34,45%	113 969	0,90
XXVI Nemoci nervové	1 493	17,53%	1 614	0,93	67 465	22,62%	72 538	0,93
XXXI Nemoci gynekologické	1 118	13,13%	1 025	1,09	29 431	9,87%	27 007	1,09
XXIV Nemoci z poruch vým. látkové a žláz s vn. sekr.	1 102	12,94%	953	1,16	33 534	11,24%	28 283	1,19
XXVII Nemoci pohybového ústrojí	970	11,39%	1 069	0,91	36 286	12,16%	39 305	0,92
XXVIII Nemoci ledvin a cest močových	330	3,87%	409	0,81	10 129	3,40%	12 445	0,81
XXX Nemoci kožní	299	3,51%	322	0,93	10 450	3,50%	10 849	0,96
XXIII Nemoci trávicího ústrojí	178	2,09%	179	0,99	4 492	1,51%	4 484	1,00
XXII Nemoci oběhového ústrojí	104	1,22%	115	0,90	3 008	1,01%	3 290	0,91
XXI Nemoci onkologické	13	0,15%	13	1,00	655	0,22%	705	0,93
XXIX Nemoci duševní	4	0,05%	1	4,00	107	0,04%	26	4,12
Celkem	8 518	100,00%	9 005	0,95	298 310	100,00%	312 901	0,95
Příspěvková lázeňská péče – děti a dorost								
XXVI Nemoci nervové	22	44,00%	23	0,96	410	48,52%	526	0,78
XXVII Nemoci pohybového ústrojí	21	42,00%	17	1,24	372	44,02%	321	1,16
XXV Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	6	12,00%	6	1,00	55	6,51%	57	0,96
XXX Nemoci kožní	1	2,00%	1	1,00	8	0,95%	9	0,89
XXXI Nemoci gynekologické	0	0,00%	1	0,00	0	0,00%	12	0,00
Celkem	50	100,00%	48	1,04	845	100,00%	925	0,91
Úhrnem	92 330		95 854	0,96	2 029 736		2 041 860	0,99

LÉČIVÉ PŘÍPRAVKY A ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY

Během roku 2004 došlo k řadě legislativních změn, které ovlivnily způsob používání léčiv a zdravotnických prostředků.

Vliv na výdaje za léčiva měly:

- posunutí termínu účinnosti novely vyhlášky MZ ČR č. 57/1997 Sb., kterou se stanoví léčivé přípravky plně hrazené ze zdravotního pojištění a výše úhrad jednotlivých léčivých látek, na 1. 2. 2004 (původní termín k 1. 1. 2004), a tedy odsunutí čerpání možných úspor z vyhlášky o 1 měsíc,
- vyhláška MZ ČR o úhradách zdravotní péče, která vyjímá z regulací léky a PZT s limitem X a Z, dále vyjímá z paušálních úhrad v lůžkových zařízeních některé nákladné léčivé přípravky a zdravotnické prostředky hrazené formou ZÚM,
- vydání nového zákona o DPH ke vstupu do EU (1. 5. 2004), tedy zavedení DPH k obchodní přírůžce léčiv v lékárnách a tím nárůst cen léčiv (nebylo zohledněno v úhradové vyhlášce),
- změna cenové úrovně k 1. 7. 2004 výměrem MF (nebylo promítnuto v úhradové vyhlášce),
- skoková registrace léčiv díky vstupu do EU (nové registrace, návrhy nových cen na úrovni evropských cen),
- neakceptování závěrů Kategorizační komise MZ až její následné rozpuštění,
- již 3 roky přímé zásahy MZ do úhradové vyhlášky, jejichž dopady se kumulují,
- absence účelné farmakoterapie,
- změna zákona č. 48/1997 Sb., která mohla zásadním způsobem ovlivnit úhrady a způsob používání léčiv, a návazně odložená vyhláška o úhradě léčiv až na 1. 1. 2005, a tedy nemožnost využít nové nástroje k úspoře nákladů.

I přes všechny tyto vlivy Pojišťovna intenzivně spolupracovala na přípravě lékové vyhlášky cestou svého zástupce v Kategorizační komisi (do jejího rozpuštění).

Člen komise a jeho odborní poradci i nadále usilovali zejména o to, aby:

- pro léky se stejným nebo podobným účinkem se používaly referenční úhrady,
- stejné nebo podobné léčebné postupy byly hrazeny ve srovnatelné výši a za stejných preskripčních podmínek,
- bylo využito příchodu generických přípravků na náš trh k podstatnému snižování úhrad při zachování plné úhrady pro alespoň jeden přípravek ve skupinách určených zákonem,
- při zavádění nových preparátů se přihlíželo ke stávajícím terapeutickým postupům a farmakoeconomickým aspektům.

Obecně lze říci, že svým vyjednáváním na Kategorizační komisi se snažila Pojišťovna zmírnit vzrůstající náklady na léčiva. Proto Pojišťovna se značnými obavami přijímala administrativní zásahy, které byly prováděny po ukončení práce Kategorizační komise a před vydáním vyhlášky MZ ČR o úhradě léčiv.

Pojišťovna pokračovala v úsilí o zajištění jednotného postupu všech územních pracovišť u léků, jejichž předepsání vyžaduje schválení revizním lékařem, nebo kde je potřeba zajistit dostupnost i za jiných podmínek, než určuje vyhláška MZ ČR. Pojišťovnou vypracovaná doporučení byla stejně jako v minulosti poskytována i ostatním zdravotním pojišťovnám.

Také v roce 2004 vedla Pojišťovna s výrobcí a dodavateli léčiv jednání o tzv. dohodnutých nejvyšších cenách („DNC“). Sjednáním DNC Pojišťovna významně spoří nejen u léčivých preparátů předepisovaných na recept, ale také ovlivňuje cenovou úroveň léků nakupovaných nemocnicemi i léků volně prodejných. DNC se podařilo uzavřít u 1 626 léčivých přípravků (18,4 %), které však představují 53 % nákladů Pojišťovny na recepty a ZULP. DNC hrají i významnou roli v doplatecích pro pacienty, neboť většinou garantují plnou úhradu nebo minimální doplatek. Současně umožňují lékařům podat pacientovi validní informaci o doplatku.

V roce 2004 pokračovala Pojišťovna v zajišťování centrálních nákupů vybraných nákladných léčiv pro léčbu některých 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 2004 1 235 mil. Kč. Stejně jako v minulých letech úspora díky realizaci nákupů tímto způsobem činí cca 370 mil. Kč.

Erythropoetinem bylo léčeno cca 3650 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 růstovými hormony byla zajištěna pro cca 550 dětských pacientů a pokračovala i léčba dospělých pacientů po operacích hypofýzy (cca 240 klientů Pojišťovny). Dále Pojišťovna hradí léčbu předčasně puberty u cca 90 dětských pojištěnců Pojišťovny.

Velmi nákladné je léčení již 14 pacientů s Gaucherovou chorobou, kde náklady na jednoho pacienta představují průměrně částku 4-5 mil. Kč. (u jednoho z těchto pacientů uhradila Pojišťovna léčbu dokonce v částce 13,5 mil. Kč, a to již třetím rokem).

Byl rozšířen počet pacientů léčených interferony (Betaferon, Avonex, Rebif 22 a Rebif 44), Copaxonem i intravenózními imunoglobuliny pro diagnózu roztroušená skleróza mozkomíšní (RS). Koncem roku jich bylo již 1 600. Převážná část z léčených pacientů je díky léčbě těmito drahými léky schopna normální pracovní činnosti anebo studia, neboť v tomto souboru jsou i děti studující střední školu. Malá skupina pacientů s RS je v úplném nebo částečném invalidním důchodu.

Již třetím rokem je centrální nákup léčiv rozšířen o léčbu revmatoidní artritidy (RA) u dospělých, ale i dětských pacientů léky Remicade, Humira a Enbrel.

Od roku 2002 pokračuje nákup erythropoetinu pro léčbu určitých onkologických a hematologických diagnóz u vybraných onkologických a hematologických pracovišť, včetně dvou onkologických center pro léčbu dětských pacientů (Brno, Motol).

Významnou činností Pojišťovny byla i v roce 2004 tvorba Číselníků VZP ČR:

- hromadně vyráběných léčivých přípravků (LEKY)
- individuálně vyráběných léčivých přípravků (IVLP)
- zdravotnických prostředků (PZT)
- stomatologických výrobků (STOMAG).

Číselníky přinášejí základní informace pro zdravotnická zařízení, distributory a zprostředkované i pro pojištěnce o sortimentu, úhradách a cenách léčiv a ZP na českém trhu. Na jejich základě probíhá vyúčtování léčiv a ZP. 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 2004 zejména u Číselníku LEKY k opožděnému vydávání v tištěné formě. Veškeré informace uvedené v Číselnících jsou předávány smluvním partnerům, pro všechny uživatele Internetu jsou přístupné na webových stránkách Pojišťovny <http://www.vzp.cz>.

Číselník LEKY 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 nejlevnějšího k nejdražšímu, zvláště 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 2004 byly uzavřeny dodatky ke smlouvám s registry dárců kostní dřeně, které umožnily hrazení nákladů spojených s vyhledáváním vhodného dárce v zahraničí a dodáním křetvorných buněk od zahraničních nepříbuzných dárců. Pro období roku 2004 zůstalo v evidenci 39 pacientů z let 2001 až 2003 a bylo evidováno 96 nových pacientů. Celkový počet pacientů, pro které bylo zahájeno vyhledávání nepříbuzného dárce v zahraničí, tak dosáhl čísla 135. Úspěšně se podařilo v roce 2004 nalézt vhodného dárce a dodat štěp křetvorných buněk pro 53 pacientů. Finanční objem nepřesáhl předpokládané náklady pro rok 2004.

Se vstupem ČR do EU se podstatně změnil legislativní proces pro zařazování zdravotnických prostředků do úhrad z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Zvláště u ZP účtovaných jako ZUM se jedná o detailnější členění, tento proces bude pokračovat i v roce 2005.

Po celý rok 2004 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 ZP.

V roce 2004 se u zdravotnických prostředků předepisovaných na poukaz opět projevilo největší zvýšení nákladů u absorpčních pomůcek pro inkontinenci. Je zpracován záměr zprůhlednění vynaložených nákladů a navržení regulačních prvků.

V sortimentu výrobků zvláště účtovaného materiálu byly opět vynaloženy největší náklady na skupiny kardiostimulátorů, kardiovertrů, stentů, jednalo se převážně o položky hrazené nad rámec paušální sazby. Pozitivní vliv na úhrady ZP mělo sjednocení sazby DPH na 5 % u všech ZP od 1. 5. 2004.

Vliv na činnost referátu ZP měla neustále se měnící a doplňovaná legislativa, která váže na podmínky EU. Kategorizace ZP započatá MZ ČR byla ke konci roku 2004 pozastavena.

V roce 2004 se výše finančních nákladů vynaložených na stomatologické výrobky pohybovala přibližně 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.

● 4.6 VYUŽÍVÁNÍ REGULAČNÍCH MECHANISMŮ DANÝCH § 17 ODS. 14 ZÁKONA Č. 48/1997 SB.

Pojišťovna v Dodatku ke Zdravotně pojistnému plánu pro rok 2004 na základě usnesení vlády České republiky č. 638 ze dne 23. června 2004 a na základě dopisu MZ č.j.: POJ 1776/15 ze dne 16. srpna 2004 od uplatnění regulací (§ 17 odst. 14 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů) upustila.

● 4.7 POHLEDÁVKY ZA ZZ PO LHŮTĚ SPLATNOSTI

V roce 2004 pokračovaly soudní spory zahájené v roce 2003 mezi Pojišťovnou a některými zdravotnickými zařízeními. Jejich předmětem bylo uplatnění cenových regulací ve smyslu zákona č. 526/1990 Sb., o cenách. Zpětným přepočtem úhrad poskytnutých za zdravotní péči v roce

2001 a 2002 bylo zjištěno, že řada zdravotnických zařízení, zejména zařízení zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS), získávala vyšší hodnotu bodu, než byla stanovena Cenovým výměrem Ministerstva financí. Ve smyslu zmíněných cenových regulací by se měly snížit úhrady poskytnuté Pojišťovnou v letech 2001 a 2002 zdravotnickým zařízením o cca 250 mil. Kč. S cílem zamezit promlčení pohledávek stejného charakteru, které vznikly v roce 2003, byly v tomto směru rozšířeny původní žaloby.

V době zpracovávání Výroční zprávy byly ve sporech se ZZS rozhodnuty dvě kauzy v neprospěch Pojišťovny, kdy soud dospěl k závěru, že nelze slučovat dva různé způsoby úhrady zdravotní péče. Ministerstvo financí totiž na základě zákona o cenách stanovilo, že cenová regulace platí mj. pro veškerou zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Maximální cena zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění se vypočítá jako součin bodové hodnoty zdravotního výkonu podle příslušného právního předpisu a maximální ceny jednoho bodu, která je 1,10 Kč. Základní otázkou, na kterou soud jednoznačně neodpověděl, je otázka, zda takto stanovenou cenovou regulaci zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění lze v souladu s právními předpisy vyloučit sjednáním jiného vzorce pro výpočet ceny této hrazené péče. Proto i ve zmíněných dvou pravomocně ukončených věcech bylo ze strany Pojišťovny podáno dovolání.

V rozsudku soud konstatoval, že jednou ze základních povinností VZP je hospodařit s prostředky veřejného zdravotního pojištění, proto VZP poté, co obdržela stanovisko Ministerstva financí, byla nucena postupovat způsobem, který uplatnila proti ZZS, tak, aby jí nemohly být vytýkány nedostatky v hospodaření. To, že započítala údajné přeplatky na další platby proti ZZS, vyvolalo u ZZS nutnost se postupu VZP bránit podáním žalob, ke kterému však přistoupily až poté, co nedošlo k dohodě na úrovni ministerstev zdravotnictví a financí. Soud dospěl k závěru, že účastníci sporu tento spor nevyvolali sami o sobě, ale tento spor je ve své podstatě důsledkem nemožnosti ministerstev se dohodnout.

● 4.8 SMLUVNÍ POLITIKA

Ve smluvní politice byl i v roce 2004 uplatňován jednotný postup. Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče (dále jen Smlouvy), ve znění dohodnutém se zástupci poskytovatelů zdravotní péče v návaznosti na vyhlášku MZ č. 457/2000 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, byly uzavírány se zdravotnickými zařízeními:

1. poskytovateli zdravotní péči praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost,
2. poskytovateli ambulantní specializovanou péči a péči ženských lékařů (odbornost 603-604), s výjimkou

- zdravotnických zařízení poskytujících fyzioterapii (odbornost 902-918), ergoterapii a klinickou logopedii,
3. poskytovateli ambulantní péči zubních lékařů,
4. poskytovateli zdravotní péči v nemocnicích, odborných léčebných ústavech, odborných dětských léčebnách a ozdravovnách a léčebnách dlouhodobě nemocných,
5. poskytovateli diagnostickou péči (odbornost 222, 801-805, 807, 812-823, 809),
6. poskytovateli domácí zdravotní péči, fyzioterapii (odbornost 902-918), ergoterapii a klinickou logopedii,
7. poskytovateli zdravotnickou záchrannou službu a dopravu,
8. lékárenské péče,
9. poskytovateli lázeňskou péči.

S účinností od 1. 7. 2001 byly Smlouvy s převážnou částí zdravotnických zařízení uzavřeny na období pěti let, tj. do 30. 6. 2006. Proto v roce 2004 docházelo k uzavření nových smluv nebo k rozšíření stávajících smluv jen v případě, kdy bylo nutno v konkrétním regionu zajistit pro naše pojištěnce dostupnost zdravotní péče v příslušné odbornosti. Žádosti zdravotnických zařízení o nasmlouvání nové kapacity nebo změnu struktury poskytované zdravotní péče, včetně umístění a provozu (obměny) přístrojů vybrané zdravotnické techniky, posuzovala komise pro schvalování změn rozsahu sítě smluvních partnerů Pojišťovny. Tato komise, která je poradním orgánem ředitelky Pojišťovny, zajišťuje odborný a objektivní přístup, při současné kultivaci sítě smluvních zdravotnických zařízení.

Vzhledem k tomu, že Smlouvy vytvářejí rovné podmínky pro poskytovatele se shodným či srovnatelným plněním a osvědčují se jako významný nástroj pro zkvalitňování a stabilizaci vzájemných vztahů, byl obdobný přístup uplatněn i vůči jiným smluvním subjektům, zajišťujícím činnosti hrazené ze zdravotního pojištění. S jejich zástupci bylo dohodnuto znění smluv obsahujících obdobné podmínky, jaké mají zdravotnická zařízení.

K realizaci smluvních vztahů s těmito subjekty jsou uzavírány následující smlouvy:

1. Smlouva o dodání, úhradě a provádění cirkulace zdravotnických prostředků,
2. Smlouva o dodání a úhradě individuálně vyráběných léčebných a ortopedickoprotetických 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.

Opatření realizovaná ve smluvní politice Pojišťovny v roce 2004 byla zaměřena na kultivaci stávající, rozsáhlé a mnohdy nevhodně strukturované sítě smluvních zdravotnických zařízení, vzniklé v období, kdy měla Pojišťovna

povinnost uzavírat smlouvy se všemi zdravotnickými zařízeními, která o uzavření smlouvy požádala a splňovala podmínky stanovené pro poskytování zdravotní péče.

KOMENTÁŘ K TABULCE „SOUSTAVA SMLUVNÍCH ZZ“

Ambulantní zdravotnická zařízení

Do kategorie ambulantní specialisté jsme zařadili i odbornosti vysokoškoláků nelékařů.

Do kategorie ostatních ambulantních pracovišť jsme zařadili odbornosti středoškoláků neuvedené jinde.

Nejsou zde zahrnuty příjmové ambulance (příloha CB).

Nemocnice

Jsou to lůžková zařízení akutní péče ve znění vyhlášky MZ ČR č. 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.

Do kategorie NEMOCNICE bylo zařazeno Centrum kardiovaskulární a transp. chir. – IČO 00209775, přestože nemá žádná lůžka základního oboru. Má pouze základní obor 5T1 – intenzivní péče.

Ostatní lůžková zařízení

Do této skupiny jsou zařazena smluvní lůžková zařízení, mající některou z odborností .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. Dále jsou zde zařízení, která mají jak péči OLÚ, tak LDN a ošetř. péči. Tato zařízení jsou kromě kategorie OSTATNÍ LZ uvedena i v kategoriích ZAČLENĚNÁ ZAŘÍZENÍ (podle smluvní odbornosti).

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 mimo odbornosti 9U7 a IČO s více než jednou odborností nebo s více než jedním ošetřovacím dnem s TRN, REH nebo PSYCH, IČO s jinou odborností .U. než TRN, REH a PSYCH, IČO s více odbornostmi .U., případně i .S.

OLÚ začleněná – jedná se o subjekt mající péči OLÚ a další pracoviště lůžkové péče.

LDN péče

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

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

Začleněná péče LDN – jedná se o IČO (subjekt) mající pracoviště 9U7 (pracoviště ústavní následné péče v LDN) a další pracoviště lůžkové péče.

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) nebo 9F9 (pracoviště ústavní péče na ošetřovatelském lůžku v zařízeních vykazujících typ .F.).

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 této 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.

Tabulka č. 13: Soustava smluvních ZZ

Kategorie smluvních zdravotnických zařízení	Počet ZZ		Index
	k 31. 12. 2003	k 31. 12. 2004	r. 04/r. 03
1. Ambulantní zdravotnická zařízení *)	34 246	34 256	1,00
z toho:			
Praktický lékař pro dospělé (odb. 001)	5 550	5 516	0,99
Praktický lékař pro děti a dorost (odb. 002)	2 426	2 406	0,99
Praktický zubní lékař (odb. 014-015, 019)	6 417	6 407	1,00
Ambulantní specialisté celkem	15 743	15 870	1,01
Homecare (odb. 925)	579	551	0,95
Rehabilitační ZZ (odb. 902 a 918)	1 489	1 495	1,00
ZZ komplementu (odb. 222, 801-805, 807, 809, 812-823)	2 017	1 986	0,98
Ostatní ambulantní pracoviště	25	25	1,00
2. Lůžková ZZ celkem **)	286	284	0,99
z toho:			
Nemocnice ***)	166	164	0,99
OLÚ péče (kromě LDN a ZZ vykaz. výhradně kód OD 00005)	56	53	0,95
v tom samostatné: psychiatrické	16	15	0,94
rehabilitační	7	7	1,00
TRN	4	4	1,00
ostatní jen s OLÚ péčí	13	13	1,00
začleněná OLÚ v rámci jiného ZZ	16	14	0,88
LDN celkem (vykaz. kód 00024 a odb. 9U7)	126	126	1,00
v tom: samostatná ZZ jen s LDN péčí	46	45	0,98
začleněné v rámci jiného ZZ	80	81	1,01
Ošetřovatelská lůžka (vykaz. kód 00005)	59	66	1,12
v tom: samostatná ZZ jen ZZ vykazující kód 00005	14	17	1,21
začleněná v rámci jiného ZZ	45	49	1,09
Ostatní lůžková zařízení ****)	20	19	0,95
3. Lázně **)	52	49	0,94
4. Ozdravovny **)	9	7	0,78
5. Dopravní zdravotní služba *)	562	568	1,01
6. Záchraná služba (odb.709) *)	186	182	0,98
7. Lékárny a výdejny zdravotnických prostředků **)	2 155	2 194	1,02
8. OSTATNÍ smluvní ZZ			

VZ 2004 Smluv. s. – 15

*) smluvní ZZ jsou definována IČP

**) smluvní ZZ jsou definována IČO

***) ZZ akutní péče alespoň s jedním základním oborem

****) ZZ akutní péče bez zákl. oboru a léčebny s kombinací kategorií OLÚ, LDN a ošetř. péče

Pozn.: ř. 2. Lůžková ZZ celkem je součtem ZZ v řádcích nemocnice, OLÚ samostatné psychiatrické, rehabilitační, TRN, ostatní jen s OLÚ péčí, LDN samostatná ZZ, ošetřovatelská lůžka samostat. ZZ, a ostatní lůžková zařízení.

● 4.9 ZDRAVOTNÍ PÉČE POSKYTOVANÁ POJIŠTĚNCŮM A HRAZENÁ NAD RÁMEC VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

4.9.1 ČERPÁNÍ Z FONDU PREVENCE

Náklady na preventivní zdravotní péči čerpané z fondu prevence jsou vyčísleny v tabulce č. 14 - VZ 2004 Preventiv. péče – 16 (odkazy na účelové položky této tabulky jsou uvedeny u jednotlivých vybraných projektů). V roce 2004 byly realizovány projekty, které jsou vesměs pokračováním projektů z předchozích let.

V roce 2004 Pojišťovna ze svého fondu prevence podpořila mj. následující projekty:

účelová položka 1. Zdravotní programy obsahuje příspěvky Pojišťovny mimo jiné na:

- úhradu vyšetření na stanovení C reaktivního proteinu praktickým lékařům pro děti a dorost – omezování nasazování antibiotické léčby
- příspěvek na úhradu fixních ortodontických aparátů pojištěncům Pojišťovny v určeném věkovém rozmezí
- úhradu vymezeného počtu kusů staplerů v rámci provedených operací hemeroidů metodou dle Longa, realizováno v nemocnici Na Homolce, Praha 5, ve Fakultní nemocnici Ostrava a ve druhém pololetí 2004 rozšířeno o Nemocnici Na Františku, Praha 1
- pilotní projekt „Léčba inkontinence stolice fyzioterapií typu biofeedback“, realizováno v IKEM, Praha 4

účelová položka 2. Ozdravné pobyty obsahuje příspěvky Pojišťovny především na:

- realizaci léčebných pobytů dětí, pojištěnců Pojišťovny, pod názvem „Mořský koník“ v Černé Hoře u Jaderského moře a v Řecku u Egejského moře, s hlavními zdravotními indikacemi – psoriáza všech forem, rozsáhlý atopický ekzém, bronchiální astma a jeho podskupiny v soustavném léčení, dermorespirační syndrom, chronická obstruktivní plicní nemoc v soustavném léčení
- ozdravné pobyty mentálně postižených dětí s přidruženými chorobami v Chorvatsku
- ozdravné pobyty dětí s onkologickými, hemato-onkologickými, neurologickými a srdečními onemocněními a pro děti s chronickými následky terapie a poruchami imunity

- ozdravné pobyty (klimatoterapii) pro onkologické pacienty v Chorvatsku a Švýcarsku – klimatické vysokohorské ozdravné pobyty pro chronicky nemocné děti ve Švýcarsku a přímořské klimatické pobyty se speciálním zdravotním programem pro chronicky nemocné děti v Chorvatsku

účelová položka 3. Ostatní činnosti zahrnuje příspěvky Pojišťovny zejména na:

- příspěvek na očkování proti klíšťové encefalitidě
- podporu dárců krve – bezplatné poskytnutí cestovního zdravotního pojištění
- příspěvek na preventivní vyšetření v rámci prevence kolorektálního karcinomu
- individuální podporu zdravotně postiženým sportovcům
- prevenci úrazovosti dětské populace – metodické pomůcky a informační materiály, preventivní balíčky pro cca 100 škol, výukové plakáty, letáčky pro rodiče v rámci projektu Mise „Dětství bez úrazů“, pokračování TV seriálu o jednotlivých typech úrazů a možnosti jejich předcházení (pracovní název Kouzlo nezranitelnosti II), televizní dokument o dětských úrazech „Nepřítel dětí II“
- protidrogovou prevenci – 300 komponovaných pořadů „Řekni drogám ne“, výroba a distribuce 1 miliónu kusů publikace „Vyber si zdraví“, výroba výchovných filmů, televizních pořadů a videokazet, včetně jejich distribuce v rámci projektu „Řekni drogám ne“
- regionální preventivní programy – vlastní projekty územních pracovišť
- ostatní programy – v roce 2004 byl zahájen rutinní provoz internetového přístupu ke zdravotním informacím pacienta (IZIP). Počet přihlášených klientů k 30. 4. 2004 činil 224 000, počet zdravotnických pracovníků 3 200, k 31. 7. 2004 se počet přihlášených klientů zvýšil na 287 800 a počet zdravotnických pracovníků na 3 670. Bylo provedeno 500 000 zdravotnických záznamů. Byla transformována a dovytvořena síť regionálních spolupracovníků pro obsluhu zdravotnických subjektů. Byly vyhodnoceny cíle tohoto projektu, a to především stabilizace stávajících pojištěnců, zvýšení kvality zdravotní péče, efektivnější využívání prostředků ve zdravotním systému, dodržování bezpečnosti a funkčnosti systému. V roce 2004 byly zahájeny přípravné práce směřující k využití elektronického identifikátoru.

Tabulka č. 14: Náklady na preventivní zdravotní péči čerpané z fondu prevence na rok 2004

Účelová položka	Počet účastníků **) v roce 2004	Skutečnost rok 2003 tis. Kč	Dodatek ZPP 2004 tis. Kč	Skutečnost rok 2004 tis. Kč	Index 2004/2003 skuteč.	Index 2004/2004 skut./plán
1. Náklady na zdravotní programy *)		14 828	47 800	18 490	1,25	0,39
Stanovení C reaktivního proteinu		1 664	7 000	2 533	1,52	0,36
Analgezie v hospicové péči		268	1 800		0,00	0,00
Fixní ortodontické aparátky		11 917	26 000	14 122	1,19	0,54
Longova metoda - staplery		979	3 000	1 519	1,55	0,51
Nové pilotní projekty			10 000	316		0,03
2. Náklady na ozdravné pobyty		204 823	203 439	190 290	0,93	0,94
z toho: Mořský koník	5 265	139 610	143 439	142 270	1,02	0,99
ostatní ozdravné pobyty	2 514	65 213	60 000	48 020	0,74	0,80
3. Ostatní činnosti *)		166 352	123 000	130 315	0,78	1,06
očkování klíšťová encefalitida, dárce krve, karcinom		15 751	17 000	16 071	1,02	0,95
podpora zdravotně postižených sportovců		1 000	1 000	1 000	1,00	1,00
prevence úrazovosti dětské populace		9 480	6 000	7 230	0,76	1,21
protidrogová prevence		31 448	32 000	31 311	1,00	0,98
regionální preventivní programy		31 173	25 000	25 703	0,82	1,03
ostatní programy		77 500	42 000	49 000	0,63	1,17
Náklady na preventivní zdravotní péči celkem		386 003	374 239	339 095	0,88	0,91

VZ 2004 – prevent. péče – 16

Poznámka:

1. Vazba na údaje tab. ZPP 2004/7/FPrev.-oddíl A III/ř. 1-A II/ř. 4+A III/ř. 5
2. *) ZP uvedou jednotlivé druhy programů, činností
3. **) Jedná se o orientační údaje

4.9.2 HRAZENÁ Z JINÝCH ZDROJŮ

Pojišťovna v roce 2004 poskytovala svým pojištěnkám finanční příspěvek na antikoncepci. Této možnosti využilo více než 240 tis. žen, přičemž náklady na tento příspěvek činily více než 121 164 tis. Kč. Tento finanční příspěvek byl pojištěnkám Pojišťovny poskytován na vrub provozního fondu Pojišťovny.

Pojišťovna dále umožňovala svým pojištěncům využívat pro oblast prevence onemocnění a zdravého způsobu života programy prováděné na regionální úrovni.

V rámci reklamních, náborových a propagačních akcí byly organizovány sportovní aktivity pro pojištěnce. Jednalo se zejména o plavání, v zimních měsících o bruslení, návštěvy

fitness center, cvičení a plavání dětí s rodiči atd. Uvedené sportovní aktivity byly klienty hodnoceny velmi pozitivně, o čemž svědčila návštěvnost. Např. umožnění volného vstupu do bazénu v regionu v daný den a hodinu přineslo průměrnou návštěvnost v týdnu pro 1 520 klientů. Individuální možnosti zlevněného plavání využilo v průměru 200 klientů měsíčně, návštěv ve fitness centrech využívalo v průměru 120 klientů měsíčně.

Tyto položky jsou zahrnuty v tabulce VZ 2004-PF-3 uvedené v kapitole 6.2, oddíl A III ř. 1 p) ostatní náklady a oddíl B III ř. 1 o) ostatní výdaje.

VÝROČNÍ ZPRÁVA VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ČESKÉ REPUBLIKY ZA ROK 2004



- POJIŠTĚNCI ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY
A JEJICH POHYB V ROCE 2004

● 5.1 POJIŠTĚNCI

V souladu s vymezením daným platným zněním zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, byly v roce 2004 **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,
- od 1. 5. 2004, po vstupu ČR do EU, se stali účastníky všeobecného zdravotního pojištění v ČR i rodinní příslušníci pojištěnců ze zemí EU, vykonávajících v ČR výdělečnou činnost.

Z celkového počtu 10 314 314 osob (z čehož bylo 10 117 303 občanů České republiky a 197 011 cizích státních příslušníků), **kteří byli ke dni 31. prosince 2004 účastníky veřejného zdravotního pojištění v České republice, bylo u Pojišťovny pojištěno celkem**

- **6 680 790 osob,**
což bylo 64,8 % ze všech účastníků.

Z uvedeného počtu pojištěnců Pojišťovny k 31. 12. 2004 bylo

- 6 515 773 osob občany České republiky a 165 017 osob cizími státními příslušníky,
- 3 293 238 mužů a 3 387 552 žen.

Počty pojištěnců i jejich věková skladba se v průběhu roku 2004 měnily, **v průměru bylo u Pojišťovny v roce 2004 pojištěno:**

- 6 728 495 pojištěnců, to je 65,2 % ze všech pojištěnců veřejného zdravotního pojištění, z toho bylo v průměru:
- 3 313 169 mužů, to je 65,6 % ze všech mužů pojištěných v celém systému veřejného zdravotního pojištění,
- 3 415 326 žen, to je 64,9 % 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** 1 336 424 osob, to je 60,2 % ze všech pojištěnců uvedeném věku v celém systému veřejného zdravotního pojištění, z toho 688 662 mužů, to je 60,5 % ze všech mužů uvedeného věku, a 647 762 žen, což je 59,9 % ze všech žen uvedeného věku,

- **ve věku od 20 let do 60 let** 3 836 989 osob, to je 63,1 % ze všech pojištěnců uvedeného věku, z toho 2 000 879 mužů (64,8 % ze všech mužů v daném věku) a 1 836 110 žen (61,2 % ze všech žen v daném věku),
- **ve věku nad 60 let** 1 555 082 osob, to je 77,4 % ze všech pojištěnců tohoto věku, z toho 623 628 mužů (75,3 % ze všech mužů daného věku) a 931 454 žen (78,8 % ze všech žen tohoto věku).

V průběhu roku 2004 se evidenční počet pojištěnců systému veřejného zdravotního pojištění v České republice zvýšil o 3 104 osob. K 31. prosinci **2003** bylo evidováno 10 311 210 osob, k 31. prosinci **2004** bylo evidováno **10 314 314 osob**. Zvýšení je zde možno přičíst zvýšené porodnosti a také vstupu České republiky do EU.

V tomtéž období **počet pojištěnců Pojišťovny klesl** z 6 801 230 osob (stav k 31. 12. 2003) na 6 680 790 pojištěnců (stav k 31. 12. 2004), takže během roku 2004 došlo ke snížení evidenčního počtu pojištěnců Pojišťovny **o 120 440 osob**, tj. o 1,8 %.

Celkový počet pojištěnců se ve srovnání s rokem 2003 v roce 2004:

- výrazněji snížil (o 3 až 4 %) v 7 okresech (Praha-město, Olomouc, Nový Jičín, Opava, Ostrava, Karviná, Hodonín)
- mírně snížil (o 1 až 3 procenta) ve 46 okresech
- prakticky nezměnil ve 20 okresech
- zvýšil ve 4 okresech (Mladá Boleslav, Kutná Hora, Jablonec nad Nisou, Liberec).

Vnitřní pohyb pojištěnců, vyjádřený absolutními počty osob náležejících k hlavním věkovým skupinám pojištěnců, v roce 2004 naznačil jisté zpomalení snižování počtu nově narozených dětí, nicméně celkové stárnutí obyvatelstva České republiky pokračuje. K pohybu pojištěnců docházelo také mezi jejich jednotlivými kategoriemi. Po mnoha letech stagnace se snížil významněji počet osob samostatně výdělečně činných, naopak vzrostl počet osob bez zdanitelných příjmů. Jen velmi málo se snížil celkový počet osob, za které byl plátcem pojistného stát, a to i přes to, že počet poživatelů důchodu se zvýšil.

5.1.1 PŘEHLED O POJIŠTĚNCÍCH

Dodatek ke Zdravotně pojistnému plánu Pojišťovny pro rok 2004 předpokládal, že **evidenční počet** pojištěnců dosáhne ke konci roku 2004 (k 31. prosinci 2004) hodnoty 6 700 000 osob, skutečný počet byl 6 680 790, tj. byl nižší o 19 210 osob.

Dodatek ke Zdravotně pojistnému plánu Pojišťovny pro rok 2004 předpokládal, že **průměrný počet** pojištěnců v roce 2004 dosáhne hodnoty 6 731 767 osob, skutečný počet byl 6 728 495, tj. byl **nižší o 3 272 osob**.

5.1.2 PŘEHLED O POJIŠTĚNÍCÍCH, ZA KTERÉ JE PLÁTCEM POJISTNÉHO STÁT

Průměrný počet pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, byl v roce 2004 o 13 534 osob nižší, než předpokládal Dodatek ZPP. Přitom u pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, ve věkové skupině do 60 let došlo k poklesu o 15 424 osob a naopak u pojištěnců ve věkové skupině nad 60 let došlo k zvýšení počtu o 1 890 osob.

Údaje o počtech pojištěnců obsahuje oddíl A I. Pojištěnci tabulky VZ 2004 Zuk –1 Přehled základních ukazatelů o činnosti Pojišťovny v roce 2004, která je součástí kapitoly 7. Souhrnný přehled vybraných ukazatelů o činnosti Pojišťovny.

5.1.3 PŘÍJEM Z POJISTNÉHO VČ. VLIVU PŘEROZDĚLOVÁNÍ PODLE KATEGORIÍ PLÁTCŮ

Přehled o počtech pojištěnců v členění dle kategorií plátců pojistného je součástí tabulky „Příjem z pojistného celkem včetně vlivu přerozdělování dle kategorií plátců“ (VZ 2004 Přerozdělování podle kateg. plátců – 11), která je zařazena v části 6.1 této výroční zprávy nazvané „Základní fond zdravotního pojištění“.

5.2 POHYB POJIŠTĚNCŮ

Vývoj stavu pojištěnců mezi 31. 12. 2003 a 31. 12. 2004

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 2004 „přišly“ (během roku přišlo 18 966 osob) a které od ní „odešly“ (během roku 120 462 osob). K pohybu pojištěnců Pojišťovny v roce 2004 docházelo téměř rovnoměrně ve všech čtvrtletích, pouze ve čtvrtém čtvrtletí se výrazně (téměř o 50 %) snížil počet pojištěnců, kteří od Pojišťovny odešli k jiným zdravotním pojišťovnám.

Ke skupinám osob, které k Pojišťovně v roce 2004 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). Od 1. 5., to je po vstupu ČR do EU, zauímají mezi příchozími významné místo i nezaopatření rodinní příslušníci osob ze zemí EU, které v ČR vykonávají výdělečnou činnost (zaměstnání, samostatnou výdělečnou činnost). K osobám, které od Pojišťovny odcházely bez „přechodu“ k jiným zdravotním pojišťovnám (tj. které nadále nejsou pojištěny), pak patřily např. osoby, které odešly do ciziny (nepřetržitě nejméně na dobu půl roku), zemřely, nebo se jednalo o nezaopatřené rodinné příslušníky českých občanů vykonávajících výdělečnou činnost (zaměstnání, samostatnou výdělečnou činnost) v některé zemi EU.

Tabulky:
Věková struktura pojištěnců Pojišťovny v roce 2004

– stav k 31. 12. 2004 je uveden v tabulce č. 15 a v grafu č. 2.

Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od ostatních zdravotních pojišťoven k Pojišťovně

– v členění podle jednotlivých čtvrtletí a věkových skupin je uveden v tabulce č. 16a a v grafu č. 2.

Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od Pojišťovny k ostatním zdravotním pojišťovnám

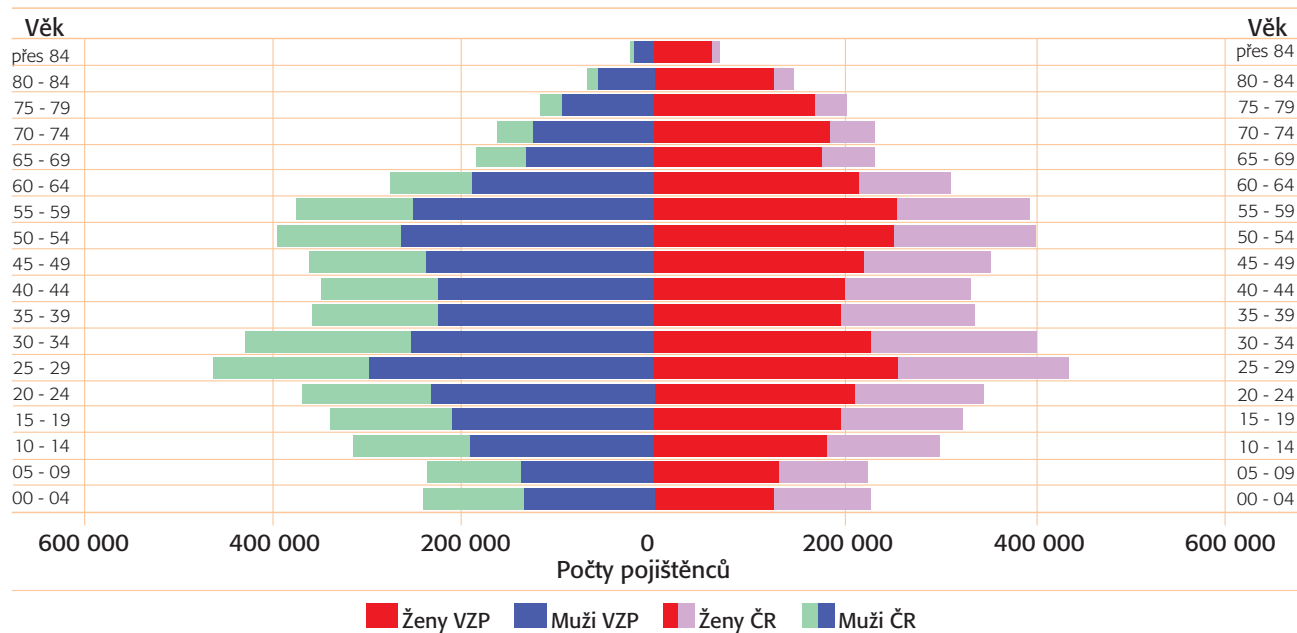
– v členění podle jednotlivých čtvrtletí a věkových skupin je uveden v tabulce č. 16b a v grafu č. 3.

Vývoj počtu pojištěnců Pojišťovny v roce 2004 v členění dle okresů ČR

– je uveden v tabulce č. 17.

Tabulka č. 15: Věková struktura pojištěnců Pojišťovny v roce 2004 k 31. 12. 2004

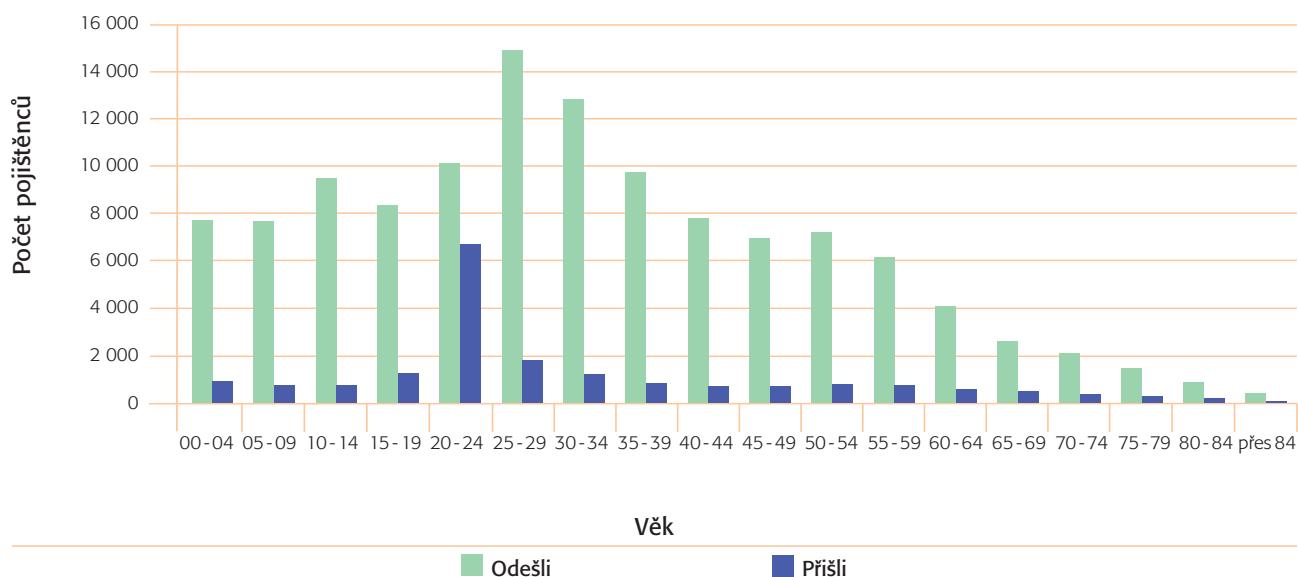
Věková skupina	Muži			Ženy			Občané ČR		
	Celkem	Z toho VZP		Celkem	Z toho VZP		Celkem	Z toho VZP	
		Počet	%		Počet	%		Počet	%
0 - 4 roky	240 429	134 946	56,13	226 811	127 178	56,07	467 240	262 124	56,10
5 - 9 let	236 049	139 173	58,96	223 920	131 751	58,84	459 969	270 924	58,90
10 - 14 let	314 994	192 488	61,11	298 941	181 104	60,58	613 935	373 592	60,85
15 - 19 let	338 959	211 094	62,28	323 298	196 691	60,84	662 257	407 785	61,58
20 - 24 let	367 210	232 781	63,39	346 507	211 940	61,16	713 717	444 721	62,31
25 - 29 let	459 294	297 082	64,68	434 096	254 392	58,60	893 390	551 474	61,73
30 - 34 let	425 921	252 624	59,31	401 427	228 149	56,83	827 348	480 773	58,11
35 - 39 let	357 017	225 470	63,15	336 657	196 944	58,50	693 674	422 414	60,90
40 - 44 let	348 078	225 016	64,65	331 259	200 038	60,39	679 337	425 054	62,57
45 - 49 let	360 906	239 606	66,39	352 976	220 044	62,34	713 882	459 650	64,39
50 - 54 let	394 236	264 263	67,03	398 818	251 659	63,10	793 054	515 922	65,06
55 - 59 let	372 580	251 672	67,55	393 320	255 970	65,08	765 900	507 642	66,28
60 - 64 let	275 716	190 867	69,23	310 233	213 901	68,95	585 949	404 768	69,08
65 - 69 let	185 818	134 151	72,19	231 671	175 200	75,62	417 489	309 351	74,10
70 - 74 let	163 381	126 955	77,70	230 711	184 655	80,04	394 092	311 610	79,07
75 - 79 let	119 257	95 870	80,39	202 392	168 137	83,07	321 649	264 007	82,08
80 - 84 let	69 329	57 487	82,92	147 273	127 179	86,36	216 602	184 666	85,26
přes 84 let	25 144	21 693	86,28	69 686	62 620	89,86	94 830	84 313	88,91
Celkem	5 054 318	3 293 238	65,16	5 259 996	3 387 552	64,40	10 314 314	6 680 790	64,77

Graf č. 2: Věková struktura pojištěnců v roce 2004**Tabulka č. 16a:** Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od ostatních zdravotních pojišťoven k Pojišťovně

Věková skupina	I/04	II/04	III/04	IV/04	r. 2004
0 - 4 roky	210	259	206	212	887
5 - 9 let	184	248	123	185	740
10 - 14 let	150	247	176	175	748
15 - 19 let	176	248	397	431	1 252
20 - 24 let	2 075	1 911	1 358	1 361	6 705
25 - 29 let	478	556	337	424	1 795
30 - 34 let	304	370	232	272	1 178
35 - 39 let	200	290	171	186	847
40 - 44 let	179	194	138	173	684
45 - 49 let	172	201	136	176	685
50 - 54 let	198	215	156	193	762
55 - 59 let	166	203	169	193	731
60 - 64 let	155	144	116	153	568
65 - 69 let	136	112	88	139	475
70 - 74 let	88	71	71	114	344
75 - 79 let	71	65	65	72	273
80 - 84 let	54	51	52	55	212
přes 84 let	20	24	18	18	80
Celkem	5 016	5 409	4 009	4 532	18 966

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

Věková skupina	I/04	II/04	III/04	IV/04	r. 2004
0 - 4 roky	1644	1 924	2 707	1 451	7 726
5 - 9 let	1 960	2 050	2 312	1 353	7 675
10 - 14 let	2 631	2 430	2 990	1 444	9 495
15 - 19 let	2 434	2 054	2 558	1 325	8 371
20 - 24 let	3 263	2 327	2 840	1 704	10 134
25 - 29 let	3 722	4 171	4 301	2 698	14 892
30 - 34 let	3 526	3 499	3 644	2 150	12 819
35 - 39 let	2 719	2 476	2 996	1 534	9 725
40 - 44 let	2 343	2 018	2 298	1 119	7 778
45 - 49 let	2 183	1 785	2 009	986	6 963
50 - 54 let	2 250	1 868	2 127	980	7 225
55 - 59 let	2 067	1 524	1 785	787	6 163
60 - 64 let	1 396	1 055	1 150	481	4 082
65 - 69 let	851	657	759	323	2 590
70 - 74 let	734	483	599	296	2 112
75 - 79 let	493	364	388	226	1 471
80 - 84 let	265	218	218	156	857
přes 84 let	94	98	117	75	384
Celkem	34 575	31 001	35 798	19 088	120 462

Graf č. 3: Věková struktura příšlých a odešlých pojištěnců


Tabulka č. 17: Vývoj počtu pojištěnců Pojišťovny v roce 2004 v členění dle okresů ČR

Okres	Počet pojištěnců VZP		Index 04/03	Okres	Počet pojištěnců VZP		Index 04/03
	stav k 31. 12. 2003	stav k 31. 12. 2004			stav k 31. 12. 2003	stav k 31. 12. 2004	
1 Praha-město	801 387	773 787	0,97	40 Teplice	100 939	100 389	0,99
2 Benešov	67 701	66 535	0,98	41 Ústí nad Labem	54 571	53 523	0,98
3 Beroun	41 444	41 022	0,99	42 Havlíčkův Brod	66 734	65 782	0,99
4 Kladno	83 906	81 736	0,97	43 Hradec Králové	97 589	96 338	0,99
5 Kolín	79 919	79 344	0,99	44 Chrudim	84 450	83 784	0,99
6 Kutná Hora	39 769	41 818	1,05	45 Jičín	60 182	59 450	0,99
7 Mělník	74 418	72 468	0,97	46 Náchod	88 115	87 024	0,99
8 Mladá Boleslav	26 719	28 376	1,06	47 Pardubice	126 642	125 377	0,99
9 Nymburk	64 067	63 171	0,99	48 Rychnov n. Kněžnou	55 463	54 601	0,98
10 Praha-východ	68 089	67 557	0,99	49 Semily	62 766	62 191	0,99
11 Praha-západ	64 624	63 851	0,99	50 Svitavy	89 409	88 881	0,99
12 Příbram	87 058	85 734	0,98	51 Trutnov	64 925	63 479	0,98
13 Rakovník	40 667	39 543	0,97	52 Ústí nad Orlicí	88 190	86 821	0,98
14 České Budějovice	115 215	114 098	0,99	53 Blansko	80 296	79 503	0,99
15 Český Krumlov	43 117	42 654	0,99	54 Brno-město	243 660	237 447	0,97
16 Jindřichův Hradec	70 484	69 669	0,99	55 Brno-venkov	110 895	110 108	0,99
17 Pelhřimov	61 272	60 591	0,99	56 Břeclav	88 693	86 730	0,98
18 Písek	54 426	53 695	0,99	57 Hodonín	92 264	88 674	0,96
19 Prachatice	36 016	35 614	0,99	58 Jihlava	95 923	95 436	0,99
20 Strakonice	51 469	50 538	0,98	59 Kroměříž	59 800	58 733	0,98
21 Tábor	60 610	59 469	0,98	60 Prostějov	54 488	53 122	0,97
22 Domažlice	48 067	47 692	0,99	61 Třebíč	93 289	92 836	1,00
23 Cheb	64 402	63 917	0,99	62 Uherské Hradiště	97 925	96 689	0,99
24 Karlovy Vary	96 362	95 096	0,99	63 Vyškov	58 184	57 157	0,98
25 Klatovy	64 145	62 597	0,98	64 Zlín	166 269	164 303	0,99
26 Plzeň-město	95 066	93 403	0,98	65 Znojmo	73 639	71 897	0,98
27 Plzeň-jih	48 916	47 985	0,98	66 Žďár nad Sázavou	89 483	88 593	0,99
28 Plzeň-sever	48 159	47 425	0,98	67 Bruntál	60 543	58 792	0,97
29 Rokycany	30 403	29 839	0,98	68 Frýdek-Místek	96 078	94 901	0,99
30 Sokolov	65 863	64 843	0,98	69 Karviná	118 853	113 128	0,95
31 Tachov	37 797	37 636	1,00	70 Nový Jičín	90 809	87 674	0,97
32 Česká Lípa	78 923	77 973	0,99	71 Olomouc	80 390	77 821	0,97
33 Děčín	97 426	95 814	0,98	72 Opava	102 012	98 277	0,96
34 Chomutov	101 288	100 435	0,99	73 Ostrava	110 802	106 382	0,96
35 Jablonec nad Nisou	72 687	72 761	1,00	74 Přerov	97 865	96 507	0,99
36 Liberec	125 274	125 292	1,00	75 Šumperk	86 908	85 323	0,98
37 Litoměřice	90 092	89 615	0,99	76 Vsetín	112 237	109 389	0,97
38 Louny	72 136	71 140	0,99	77 Jeseník	26 640	26 417	0,99
39 Most	103 927	102 578	0,99	78 Česká republika	6 801 230	6 680 790	0,98

VÝROČNÍ ZPRÁVA VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ČESKÉ REPUBLIKY ZA ROK 2004



- 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. Vedlejším produktem činností Pojišťovny jsou ostatní zdaňované činnosti.

Hospodaření Pojišťovny bylo v roce 2004 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. 24)
- 6.3 Fond reprodukce investičního majetku (tabulka č. 25)
- 6.4 Sociální fond (tabulka č. 26)
- 6.5 Rezervní fond (tabulka č. 27)
- 6.6 Fond prevence (tabulka č. 28)
- 6.7 Fond ostatních zdaňovaných činností (tabulka č. 29) a Fond smluvního pojištění a připojištění (tabulka č. 30)

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.

Původním záměrem Pojišťovny bylo v roce 2004 stabilizovat finanční pozici, přičemž jedním z hlavních nástrojů

na straně nákladů na zdravotní péči mělo být uplatnění regulací podle zdravotně pojistných plánů na rok 2002 a 2003. V průběhu roku 2004 došlo ke změně tohoto záměru, záměr uplatnit regulace byl opuštěn, a to se významně promítlo i v oblasti výše a struktury nákladů na zdravotní péči v roce 2004. Dle usnesení vlády České republiky ze dne 23.6. 2004 č. 638 byl v září 2004 zpracován Dodatek ZPP 2004, který byl předán Poslanecké sněmovně Parlamentu České republiky. Tento dodatek zahrnul vliv změn některých zákonů v průběhu roku 2004, prodej pohledávek České konsolidační agentury, a. s., a také změnu v oblasti záměru uplatnit regulace nákladů na zdravotní péči ze zdravotně pojistných plánů z let 2002 a 2003. V dalším textu provádíme srovnání vývoje hlavních položek k údajům obsaženým v Dodatku ZPP 2004 (v souladu s Metodikou MZ).

Příjmy i náklady na zdravotní péči jsou závislé na počtu pojištěnců a jejich skladbě. **Pojišťovna** (v původním plánu) **počítala** v roce 2004 **s poklesem průměrného počtu pojištěnců oproti roku 2003 o cca 123 tis. osob** s tím, že k poněkud rychlejšímu úbytku pojištěnců dojde zřejmě ve skupině osob zaměstnaných a k pomalejšímu úbytku ve skupině osob, za něž hradí pojistné stát. **Ve skutečnosti byl průměrný počet pojištěnců v roce 2004 oproti (původnímu) zdravotně pojistnému plánu o 2 800 osob vyšší**, což dokazuje, že se již úspěšně dařilo snižovat úbytek pojištěnců. Zlepšení trendu se projevovalo po celý rok. Průměrný počet dominantních plátců, to je zaměstnanců pojištěných u Pojišťovny, byl v roce 2004 o 3 757 osob vyšší, než předpokládal původní plán na rok 2004. **Ve srovnání s rokem 2003 byl průměrný počet pojištěnců v roce 2004 nižší o cca 124 tis. osob** (1,8 % z celkového počtu pojištěnců). Na poklesu se ale již zaměstnanci podílejí jen o málo větším dílem (40,9 %), než odpovídá jejich zastoupení ve skladbě pojištěnců Pojišťovny (37,9 %). Osoby, za které je plátcem pojistného stát, tvořily 32,1 % z úbytků, ve skladbě Pojišťovny mají zastoupení cca 58,2 %, což potvrdilo předpoklad. Bohužel stále je možno konstatovat, že mezi úbytky zaujímají významnější místo úbytky mladších (a tedy poměrně zdravějších) pojištěnců oproti úbytkům pojištěnců vyšších věkových kategorií (majících výrazně vyšší nároky na čerpání zdravotní péče).

V dalším textu jsou (z důvodu srovnatelnosti) uváděny jen hodnoty **skutečně vybraného pojistného, bez** částek pohledávek odkoupených ČKA.

V roce 2004 **bylo vybráno od zaměstnavatelů pojistné v celkové výši 64,265 mld. Kč, což je o 3,330 mld. více než v roce 2003**, a to představuje **meziroční nárůst o 5,5 %**. Vybrané pojistné v přepočtu na jednoho zaměstnaného pojištěnce dosáhlo v roce 2004 částky 25 173 Kč, což představuje meziroční nárůst o 1 771 Kč. To pak znamená, při meziročním úbytku zaměstnaných pojištěnců o 2,0 %, nárůst pojistného na jednoho takového

pojištění o 7,6 %. Tato hodnota odpovídá mírně vyššímu indexu nárůstu průměrných mezd, než jaký byl pro rok 2004 deklarován na internetových stránkách MPSV či MF ČR.

Celková částka vybraného pojistného od samoplátců (OSVČ a OBZP) dosáhla v roce 2004 hodnoty **7,633 mld Kč**, a to znamená meziroční **nárůst o 1,1 mld. Kč**, to je o **17,6 %**. Při poklesu počtu samoplátců o 2,7 % to pak v přepočtu na jednoho samoplátce znamená nárůst o 1 657 Kč, v procentech pak nárůst o 20,5 %. Toto zvýšení je způsobeno hlavně výraznou zákonnou úpravou vyměřovacího základu u OSVČ a zvýšením minimální mzdy od ledna 2004.

Podíl, který obdržela Pojišťovna z přerozdělení, dosáhl v roce 2004 částky **32,057 mld. Kč** a byl ve srovnání s rokem 2003 vyšší o 0,490 mld. Kč, což představuje zvýšení o 1,6 %. Malé zvýšení příjmů od státu a z přerozdělování je důsledkem velmi malého zvýšení vyměřovacího základu státu z 3 458 Kč v roce 2003 na 3 520 Kč v roce 2004 (zvýšení jen o 1,8 %). Při poklesu počtu státních pojištěnců o 39 918 osob (o 1,0 %) to pak představuje u jednoho státního pojištěnce roční nárůst o 206 Kč (o 2,6 %). Roční příjem na jednoho státního pojištěnce dosáhl v roce 2004 částky 8 189 Kč. Příjmy z přerozdělování byly v (původním) ZPP 2004 odhadnuty poměrně přesně, ve skutečnosti byly jen o 82,1 milionů Kč vyšší, to je odchylka odhadu 0,25 %.

Celkový nárůst příjmů ZFZP oproti roku 2003 při zahrnutí vlivu postoupených pohledávek ČKA dosáhl 5 %, tj. cca 4,8 mld. Kč.

Podle původního ZPP 2004 měly celkové náklady na zdravotní péči růst minimálně v důsledku uplatnění regulací ze zdravotně pojistného plánu. Záměr uplatnit regulace byl opuštěn, jiná zásadní opatření proti růstu nákladů nebyla uplatněna. Celkové náklady na zdravotní péči tak vzrostly o 7 % (tj. o 7 mld. Kč) oproti roku 2003. Na této skutečnosti se podílely všechny složky nákladů na zdravotní péči, přičemž nejvyššího tempa růstu dosáhly náklady na léky a léčivé prostředky (10 %, tj. 2,133 mld. Kč), náklady na lůžkovou péči (6 %, tj. 3,139 mld. Kč), dále pak ambulantní specialisté (588 mil. Kč), diagnostická zdravotní péče (406 mil. Kč), domácí a rehabilitační péče (125 mil. Kč) a zdravotnické prostředky (184 mil. Kč). Výsledkem je záporný výsledek hospodaření ZFZP, který se projevuje zvýšením stavu závazků po lhůtě splatnosti vůči poskytovatelům zdravotní péče o cca 4 mld. Kč, tj. do výše 9,3 mld. Kč.

6.1.1 STRUKTURA NÁKLADŮ NA ZDRAVOTNÍ PÉČI V ČLENĚNÍ DLE JEDNOTLIVÝCH SEGMENTŮ

Náklady na zdravotní péči se v průběhu roku 2004 vyvíjely takto (tabulka Náklady na zdravotní péči dle jednotlivých segmentů):

Praktičtí lékaři

V segmentu praktických lékařů došlo k mírnému poklesu skutečných nákladů za rok 2004 oproti předpokladu

v Dodatku ZPP 2004. Pokles je způsoben zejména snížením počtu pojištěnců Pojišťovny a tím také počtu jednicových pojištěnců. V tomto segmentu byla v posledních dvou letech zachována stejná hodnota kapitačního paušálu (33 Kč), pouze se navýšila o 0,05 Kč hodnota bodu u KKVP.

Stomatologie

Nárůst v tomto segmentu odpovídá předpokladům a nevykazuje se z očekávaných hodnot. Od 1. 7. 2002 byl zařazen do „Úhrady standardní stomatologické péče“ nový kód 00918 „Stomatologické ošetření lékařem s osvědčením ČSK“. Při zavádění tohoto kódu se předpokládalo, že náklady spojené se zavedením nového kódu „Stomatologické ošetření lékařem s osvědčením ČSK“ budou značně nižší, neboť lékařů vlastních potřebná Osvědčení mělo být podle předpokladů ČSK cca 1 000 (v roce 2004 jich však bylo vydáno cca 4 800). Od 1. 1. 2005 je již tento kód zrušen.

Ambulantní specialisté

Nárůst nákladů v tomto segmentu prakticky odpovídá Dodatku ZPP 2004. Od 1. 1. 2003 došlo ke změně způsobu výpočtu maximální úhrady, kdy se vychází z průměrného počtu vykázaných bodů, nikoliv z průměrné úhrady, což se projevilo v nákladech v roce 2004, pro které byl rok 2003 referenčním obdobím. Nepatrná odchylka v řádu desítek milionů může být z části také způsobena nárůstem nákladů u některých odborností (např. kardiologie, oftalmologie aj.). Skutečností je, že i přes celkový pokles pojištěnců Pojišťovny došlo v tomto segmentu k mírnému nárůstu ošetřených pojištěnců a zároveň došlo k cca 1,4% nárůstu poměrných kapacitních čísel.

Domácí péče

Nárůst nákladů v tomto segmentu je z hlediska směřování zdravotní politiky žádoucí. Skutečnost tedy odpovídá předpokládaným nákladům uvedeným v Dodatku ZPP 2004. Pojišťovna podporuje přesun péče z následné lůžkové péče do segmentu domácí zdravotní péče. Na nárůstu se nejvíce podílejí náklady velkých agentur, které zaznamenaly nárůst ošetřených pojištěnců Pojišťovny o cca 10 %. Při dohodovacích řízeních však nároky poskytovatelů neúměrně rostou, proto od roku 2004 nedošlo k dohodám v úhradách za zdravotní péči.

Fyzioterapie

Základní způsob financování je ustálen, v průběhu roku 2004 nedošlo k dohodám (hodnota bodu nebyla navýšena). Vzhledem k tomu, že se jedná o segment, ve kterém je veškerá zdravotní péče indikována, je uvedený nárůst způsoben nárůstem indikací ze strany předepisujících lékařů. Zároveň v tomto segmentu došlo k cca 2% nárůstu počtu ošetřených pojištěnců a cca 6% nárůstu poměrných kapacitních čísel.

Komplement

V tomto segmentu sice došlo ke 14% nárůstu nákladů, což však bylo v Dodatku ZPP 2004 předpokládáno. Nárůst nákladů v tomto segmentu byl z části způsoben prolongací způsobů úhrady z roku 2003 v důsledku toho, že v rámci Dohodovacího řízení v roce 2004 nedošlo v tomto segmentu k dohodě. To způsobilo zakonzervování referenčního období a také zvýšení hodnoty indexu změny výkonnosti, což se projevilo neúměrným navýšením paušálních úhrad, kterými je realizováno cca 90 % úhrad v tomto segmentu. Nárůst v tomto segmentu je dán také tím, že veškerá poskytovaná zdravotní péče je indikována předepisujícími lékaři.

Zdravotnická záchranná péče

V tomto segmentu došlo oproti Dodatku ZPP 2004 k nárůstu nákladů o cca 16 %. Hlavním důvodem navýšení nákladů je započtení regulace na max. hodnotu bodu v roce 2003 (cca 200 mil. Kč). Zvýšení nákladů bylo dále způsobeno nárůstem počtu ujetých kilometrů o cca 18 %. S tím souvisí i nárůst ošetřených pojištěnců o cca 17 %. Vzhledem k tomu, že došlo k poklesu nákladů v lékařské službě první pomoci o cca 18 %, dá se předpokládat, že došlo k částečnému přesunu čerpání péče do tohoto segmentu.

Lůžková zdravotnická zařízení – akutní péče

Nárůst nákladů ve výši 6 % je do určité míry zkreslen přesunem vyúčtování mezi jednotlivými roky, v roce 2004 byl realizován doplatek za 2. pololetí 2003, který byl vyšší, než bylo plánováno, zároveň na výši nákladů v roce 2004 působí vyšší úroveň předběžných úhrad vycházejících z referenčního období roku 2003. Při vyhlazení přesunů by růst nákladů v roce 2004 byl nižší, naopak v roce 2003 vyšší. Růst nákladů také ovlivňují nové kapacity v lůžkových zařízeních (schválené v Komisi pro rozmístování nákladné zdravotnické techniky MZ).

Lůžková zdravotnická zařízení – následná péče

Nárůst nákladů zde byl relativně příznivý, kromě jiných faktorů zde významně zapůsobila revizní činnost při kontrole sociálních hospitalizací v LDN.

Doprava raněných, nemocných a rodiček

V tomto segmentu došlo k poklesu nákladů oproti předpokladu v Dodatku ZPP 2004. Hlavním důvodem poklesu je omezení indikací ze strany lékařů. Dalším důvodem poklesu je stejně jako u LSPP přesun části péče do segmentu ZZS.

Lázeňská péče

V tomto segmentu došlo k poklesu nákladů oproti předpokladu v Dodatku ZPP 2004. Tento pokles je způsoben snížením počtu odléčených pojištěnců Pojišťovny, přestože došlo ke zvýšení nákladů na léčbu jednoho pojištěnce.

Ozdravenská péče

V tomto segmentu došlo k poklesu nákladů oproti roku 2003 o cca 6 %, ale oproti Dodatku ZPP 2004 došlo k mírnému nárůstu nákladů. Potvrdilo se očekávané snížení počtu odléčených pojištěnců Pojišťovny, ale vzhledem k tomu, že vzrostly náklady na léčbu jednoho pojištěnce, nebyl pokles nákladů v souladu s Dodatkem ZPP 2004. Vzhledem k tomu, že se jedná o velmi nízké hodnoty, dá se tato odchylka považovat v celkovém souhrnu za zanedbatelnou.

Léčivé přípravky a zdravotnické prostředky

Během roku 2004 došlo k řadě legislativních změn, které ovlivnily způsob používání léčiv a zdravotnických prostředků jak ve smyslu racionální preskripce, tak i stále vzrůstajících celkových nákladů na ně.

Vývoj nákladů na léčiva ovlivnilo:

- posunutí termínu účinnosti novely vyhlášky MZ ČR č. 57/1997 Sb., kterou se stanoví léčivé přípravky plně hrazené ze zdravotního pojištění a výše úhrad jednotlivých léčivých látek, na 1. 2. 2004 (původní termín k 1. 1. 2004), a tedy odsunutí čerpání možných úspor z vyhlášky o 1 měsíc,
- vydání nového zákona o DPH ke vstupu do EU (1. 5. 2004), tedy zavedení DPH k obchodní přírážce léčiv v lékárnách, a tím nárůst cen léčiv (nebylo promítnuto v úhradové vyhlášce),
- změna cenové úrovně k 1. 7. 2004 výměrem MF (nebylo promítnuto v úhradové vyhlášce),
- skoková registrace léčiv díky vstupu do EU (nové registrace, návrhy nových cen na úrovni evropských cen),
- neakceptování závěrů Kategorizační komise MZ až její následné rozpuštění,
- již 3 roky přímé zásahy MZ do úhradové vyhlášky, jejichž dopady se kumulují,
- absence účelné farmakoterapie,
- odložená vyhláška o úhradě léčiv z 1. 7. 2004 na 1. 1. 2005, a tedy nemožnost využít nové nástroje k úspoře nákladů,
- vyhláška MZ ČR o úhradách zdravotní péče, která vyjímá z regulací léky a PZT s limitem X a Z, dále vyjímá z paušálních úhrad v lůžkových zařízeních některé nákladné léčivé přípravky a zdravotnické prostředky hrazené formou ZÚM.

Vývoj nákladů na zdravotnické prostředky ovlivnilo:

- vydání nového zákona o DPH ke vstupu do EU (1. 5. 2004), tedy sjednocení sazby DPH u zdravotnických prostředků (sazby byly u ZP různé).

I když nejvyšší náklady přetrvávají u ZP na poukaz – podskupiny 02 prostředky pro inkontinenci, přesto se podařilo udržet 6% nárůst nákladů, jak bylo navrženo v Dodatku ZPP 2004.

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

6.1.2 PRŮMĚRNÉ NÁKLADY NA ZDRAVOTNÍ PÉČI V ČLENĚNÍ DLE JEDNOTLIVÝCH SEGMENTŮ NA JEDNOHO POJIŠTĚNCE

Náklady na zdravotní péči vyjádřené na 1 pojištěnce rostly vyšším tempem než náklady vyjádřené v absolutní částce. To je způsobeno snižováním počtu pojištěnců Pojišťovny. Příčiny nárůstu jsou popsány v předcházející podkapitole.

6.1.3 NÁKLADY NA LÉČENÍ CIZINCŮ V ČR

Významný růst zaznamenaly po vstupu ČR do EU náklady na léčení cizinců v ČR, prozatím však představují pouze malou položku v celkových nákladech ZFZP. Rozdíl 33 548 tis. Kč mezi výdaji na zdravotní péči za cizince uhrazenou smluvním ZZ a příjmem úhrad za tuto péči od CMÚ (viz tabulka č. 18 ZFZP, část B, řádky II.9 a III.5) je způsoben tím, že splatnost závazků vůči smluvním zdravotnickým zařízením je 20 dní a naproti tomu splatnost závazků zahraničních zdravotních pojišťoven vůči ČR je minimálně 3 měsíce.

Celkový nepříznivý vývoj nákladů kladl velký tlak na výdajovou stranu bilance fondu. Situace se promítla do nepříznivého vývoje cash flow, kdy Pojišťovna měla v průběhu celého roku 2004 potíže s včasnou úhradou svých závazků. Celkový objem příjmů ZFZP totiž nedostačoval celkovému objemu uplatněných a uznaných závazků zdravotnických zařízení fakturovaných Pojišťovně v roce 2004. Jednorázové postoupení pohledávek ČKA prohlubování deficitu jen zbrzdilo. **Pojišťovna evidovala na konci roku 2004 závazky po lhůtě splatnosti ve výši cca 9,3 mld. Kč.** Hospodaření základního fondu zdravotního pojištění tak bylo v roce 2004 deficitní.

Tabulka č. 18: ZFZP - tvorba a čerpání

A. ZFZP – tvorba a čerpání	Rok 2004 Dodatek ZPP tis. Kč	Rok 2004 skutečnost tis. Kč	Skut. 2004/ Dod. ZPP 2004 %
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	11 909 432	11 909 432	1,00
II. Tvorba celkem = zdroje	109 593 847	110 838 006	1,01
1 Pojistné z veřejného zdr. pojištění podle § 1 odst. 1 a) vyhl. č. 418/2003 Sb.	72 825 325	74 078 220	1,02
2 Zúčtování se zvláštním účtem zdr. pojištění +/- podle § 1 odst. 1 b) vyhl. č. 418/2003 Sb.	32 038 002	32 057 133	1,00
3 Penále, pokuty a přirážky k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhl. č. 418/2003 Sb.	4 229 735	4 247 201	1,00
4 Náhrady škod podle § 1 odst. 1 c) vyhl. č. 418/2003 Sb.	381 958	333 315	0,87
5 Úroky získané hospodařením se ZFZP podle § 1 odst. 2) nebo 3) vyhl. č. 418/2003 Sb.	4 761	5 256	1,10
6 Ostatní pohledávky podle § 1 odst. 1 g) vyhl. č. 418/2003 Sb.	30	117	3,90
7 Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 i) vyhl. č. 418/2003 Sb.	38 627	38 627	1,00
8 Převod zůstatku ZFZP v případě sloučení nebo splynutí ZP podle § 1 odst. 1 j) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
9 Pohledávky za zahraniční pojišťovnou podle § 1 odst. 1 e) vyhl. č. 418/2003 Sb. za uhrazenou zdravotní péči ZZ za cizince na základě mezinárod. smluv o SZ (CMÚ)	75 395	78 121	1,04
10 Předpis úhrady požadované od zahraniční pojišťovny za uhrazenou zdravotní péči ZZ za cizince na základě mezinárod. smluv o ZP podle § 1 odst. 1 f) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
11 Kladné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 1 h) vyhl. č. 418/2003 Sb.	14	16	1,14
12 Dar určený dárce pro ZFZP, nebo pokud nebyl dárce určen účel daru			
III. Čerpání celkem = snížení zdrojů:	112 231 333	113 408 674	1,01
1 Závazky za zdr. péči vč. korekcí a revizí a úhrad jiným ZP podle § 1 odst. 4 a), 4 b) a 4 e) vyhl. č. 418/2003 Sb. z toho:	105 282 135	107 048 720	1,02
1a závazky za léčení pojištěnců dané ZP v cizině podle § 1 odst. 4 b) vyhl. č. 418/2003 Sb.	73 500	21 168	0,29
2 Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 4 f) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
3 Příděly do jiných fondů (3a+3b+3c+3d) v tom:	5 443 455	5 428 213	1,00
3a - do rezervního fondu	1 466 476	1 466 482	1,00
3b - do provozního fondu	3 678 979	3 663 731	1,00
3c - do fondu prevence	298 000	298 000	1,00
3d Mimořádný převod do PF u VoZP ČR			
4 Předpis příspěvku do Zajišťovacího fondu podle § 1 odst. 6 vyhl. č. 418/2003 Sb.			
5 Odpis dlužného pojistného, penále, přirážek a pokut podle § 1 odst. 5 vyhl. č. 418/2003 Sb.	1 329 104	734 224	0,55
6 Závazky vyplývající z poskytnutí zdravotní péče fakturované tuzemským ZZ za cizince, včetně výsledků revize podle § 1 odst. 4 c) vyhl. č. 418/2003 Sb. (CMÚ)	75 395	78 121	1,04
7 Závazky vyplývající z poskytnutí zdravotní péče fakturované tuzemským ZZ za cizince včetně výsledků revize podle § 1 odst. 4 d) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
8 Bankovní poplatky za vedení účtu zákl. fondu a další poplatky podle § 1 odst. 4 g) vyhl. č. 418/2003 Sb.	100 244	119 082	1,19
9 Záporné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 4 h) vyhl. č. 418/2003 Sb.	1 000	314	0,31
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	9 271 946	9 338 764	1,01

B. ZFZP – příjmy a výdaje	Rok 2004 Dodatek ZPP tis. Kč	Rok 2004 skutečnost tis. Kč	Skut. 2004/ Dod. ZPP 2004 %
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	47 248	47 248	1,00
II. Příjmy celkem ve sledovaném období:	106 575 365	106 132 249	1,00
1 Příjem pojistného z veřejného zdr. pojištění podle § 1 odst. 1a) vyhl. č. 418/2003 Sb.	73 145 558	73 056 360	1,00
2 Zúčtování se zvláštním účtem zdr. pojištění +/- podle § 1 odst. 1b) vyhl. č. 418/2003 Sb.	32 541 605	32 204 877	0,99
3 Příjem penále, pokut a přirážek k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhl. č. 418/2003 Sb.	2 141 507	2 152 534	1,01
4 Příjem náhrad škod podle § 1 odst. 1c) vyhl. č. 418/2003 Sb.	376 605	343 023	0,91
5 Příjem úroků získaných hospodařením se ZFZP podle § 1 odst. 2) nebo 3) vyhl. č. 418/2003 Sb.	4 761	5 256	1,10
6 Ostatní příjmy podle § 1 odst. 1 g) vyhlášky č. 418/2003 Sb.	149	88	0,59
7 Příjmy z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 i) vyhl. č. 418/2003 Sb.	1 000	1 000	1,00
8 Příjem zůstatku ZFZP v případě sloučení nebo splnutí ZP podle § 1 odst. 1 j) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
9 Příjem od zahraniční pojišťovny podle § 1 odst. 1e) vyhl. č. 418/2003 Sb. za zálohově uhrazenou zdravotní péči cizincům na základě mezinárod. smluv o SZ (CMÚ)	13 566	18 495	1,36
10 Příjem úhrady od zahraniční pojišťovny za zálohově uhrazenou zdravotní péči cizincům na základě mezinárod. smluv o ZP podle § 1 odst. 1f) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
11 Kladné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 1 h) vyhl. č. 418/2003 Sb.	14	16	1,14
12 Příjem úvěrů na posílení základního fondu			
13 Příjem půjček (nebo návratné fin. výpomoci) na posílení základního fondu zdravotního pojištění			
14 Příjem daru pro ZFZP, nebo pokud nebyl dárce určen účel daru			
15 Odúčtování zálohy na pojistné podle usnesení vlády č. 1184/2003 poskytnuté v roce 2003 (znaménko minus)	-810 350	-810 350	1,00
16 Odúčtování zálohy na příslušenství podle usnesení vlády č. 1184/2003 poskytnuté v roce 2003 (znaménko minus)	-839 050	-839 050	1,00
III. Výdaje celkem ve sledovaném období:	106 522 613	106 112 538	1,00
1 Úhrada za zdr. péči vč. korekcí a revizí a úhrad jiným ZP podle § 1 odst. 4a), 4b) a 4e) vyhl. č. 418/2003 Sb. z toho:	102 398 037	102 218 295	1,00
1a výdaje za léčení pojištěnců dané ZP v cizině podle § 1 odst. 4 b) vyhl. č. 418/2003 Sb.	73 500	23 047	0,31
2 Splátky úroků z úvěrů podle § 1 odst. 4 f) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
3 Příděly do jiných fondů (3a+3b+3c+3d) v tom:	3 948 000	3 720 077	0,94
3a - do rezervního fondu			
3b - do provozního fondu	3 650 000	3 427 209	0,94
3c - do fondu prevence	298 000	292 868	0,98
3d Mimořádný příděl do PF u VoZP ČR			
4 Úhrada příspěvku do Zajišťovacího fondu podle § 1 odst. 6 vyhl. č. 418/2003 Sb.			
5 Úhrady zdravotní péče fakturované tuzemským ZZ za cizince včetně výsledků revize podle § 1 odst. 4 c) vyhl. č. 418/2003 Sb. (CMÚ)	72 610	52 043	0,72
6 Úhrady zdravotní péče fakturované tuzemským ZZ za cizince včetně výsledků revize podle § 1 odst. 4 d) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
7 Výdaje za vedení bankovního účtu zákl. fondu a další poplatky podle § 1 odst. 4 g) vyhl. č. 418/2003 Sb.	102 966	93 152	0,90
8 Záporné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 4 h) vyhl. č. 418/2003 Sb.	1 000	314	0,31
9 Splátky úvěrů			
10 Splátky návratných finančních výpomocí Interní		28 657	
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	100 000	66 959	0,67

	Rok 2004 Dodatek ZPP tis. Kč	Rok 2004 skutečnost tis. Kč	Skut. 2004/ Dod. ZPP 2004 %
C. Specifikace ukazatele B II/1)	73 145 558	73 056 360	1,00
1 Příjmy z pojistného od zaměstnavatelů	65 494 558	65 423 434	1,00
2 Příjmy z pojistného od OSVČ	6 508 000	7 632 926	1,17
3 Příjmy z pojistného od ostatních plátců (OBZP + případné další platby)	1 143 000		
4 Ostatní - neidentifikovatelné platby od různých typů plátců			

VZ 2004–ZFZP-2

Poznámky:

- U počátečního a konečného zůstatku k posled. dni sledovaného období v oddílu B – jedná se o součet zůstatku na bankovním účtu, zůstatku v pokladně (pokud se vztahuje k ZFZP) a zůstatku fin. prostředků v peněžích na cestě a uložených v termín. vkladech (pokud jsou vedeny na jiném bankovním účtu).
- Pokud ZP účtuje úroky, pokuty, penále a přírázky prvotně na ZFZP a následně provádí převod ze ZFZP do Fprev, bude k tomuto účelu využívat jak ř. A III 3c), tak i ř. B III 3c).
- Propočet limitu přidělu do PF je vázán na údaje oddílu B II ZFZP.
- ZP vyplní součty na ř. II., III. a IV. v odd. A, B a dále i součtový řádek C. Do součtů v oddílech A III a B III se zahrnují jen sumární řádky č. 3 a č. 1.
- Na řádku C bude vyplněn součet řádků 1 až 4, který musí být roven údaji B II/1.
- Příspěvek do ZF se provádí podle § 22a odst. 3 zákona č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Do propočtu budou zahrnuty celé roky činnosti zdravotní pojišťovny do konce roku předcházejícího sledovanému období. Údaje za předchozí roky budou převzaty ze schválené VZ. Nově propočtené údaje budou zahrnovat výdaje na zdravotní péči z odd. B III ř. 1 a uskutečněný převod do PF odd. B III ř. 3.2 VoZP ČR i odd. B III ř. 3.4).
- Položky 1a v oddílech A III a B III obsahují výdaje na zdravotní péči za „naše pojištěnce“, vazba na § 14 zákona č. 48/1997 Sb. (Nadále úhrn sledován na ř. 1, pro účely hlubšího členění zaveden ř. 1a).
- Do části B II byly vloženy řádky č. 15 a 16, které vyjadřují vazbu na finanční operace provedené v roce 2003. S ohledem na to, že platný projekt umožnil, aby prostředky od ČKA měly shodné použití jako výběr pojistného a příslušenství, předpokládáme, že budou tyto prostředky v roce 2004 „duplicitně“ zahrnuty v pojistném a příslušenství. Proto odmínusováním zálohy (která byla součástí stavu BÚ ZFZP k 31. 12. 2003) dosáhneme zrealnění stavu BÚ v roce 2004. Rozdělení na pojistné a příslušenství lze provést s vazbou na skutečnou skladbu postoupení pohledávek (do výše zálohy) nebo propočtem alikvotní části **podle podílu pojistného a příslušenství v celkovém příjmu od ČKA. Bude sloužit pro potřeby souhrnného hodnocení za systém v z. p.** Dopady z použití této mimořádné pomoci pro konkrétní pojišťovnu na další ukazatele jsou dále uvedeny na zvláštní tabulce výroční zprávy. **Pokud pro vyjádření vlivu postoupení pohledávek nebude možno využít navržené řádky, uvede v oddílu B příslušná ZP mimořádné řádky, které nebude číslovat a důvod jejich potřeby vysvětlí v komentáři pod tabulkou.**

Komentář k jednotlivým řádkům tabulky o tvorbě a čerpání ZFZP:

Ve sloupci s názvem „ZPP 2004“ jsou dle metodiky MZ ČR vyplněny údaje z **Dodatku k ZPP** zpracovaného v září 2004 (dle usnesení vlády České republiky č. 638 ze dne 23. 6. 2004) a předaného Poslanecké sněmovně. Tento dodatek zahrnul vliv změn některých zákonů v průběhu roku 2004, prodej pohledávek České konsolidační agentury, a. s., a také změnu v oblasti záměru uplatnit regulace nákladů na zdravotní péči ze zdravotně pojistných plánů z let 2002 a 2003.

Tabulka ZFZP, část A Tvorba a čerpání

- řádek I. – kumulovaný zůstatek ZFZP, vzniklý jako rozdíl mezi tvorbou, tj. nároky fondu, a jeho čerpáním, tj. jeho závazky
- řádek II. – součet řádků 1 až 12
- řádek II. 1, 2 – nároky ZFZP vůči plátcům pojistného (řádek 1) a vůči zvláštnímu účtu pro přerozdělení (řádek 2) za období leden až prosinec 2004

- řádek II. 3 a 4 – nároky ZFZP vzniklé z titulu předepsaného penále, pokut, přírážek z pojistného a náhrad škod
- řádek II. 5 – výše přijatých úroků z běžných účtů ZFZP
- řádek II. 6 – ostatní pohledávky (výnosy z dříve odepsaných pohledávek, exekucí)
- řádek II. 7 – převody z jiných fondů
 - z rezervního fondu ve výši 37,6 mil. Kč (částka je úsporou provozního fondu z roku 2003 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 za uhrazenou zdravotní péči tuzemským zdravotnickým zařízením za cizince vyplývající z aplikace mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení (CMÚ)
- řádek II. 11 – kladné kursové rozdíly
- řádek III. – součet řádků III. 1 až III. 9
- řádek III. 1 – předepsaný nárok (fakturace) poskytovatelů zdravotní péče za zdravotní péči poskytnutou v příslušném roce

- řádek III. 1a – fakturace za péči poskytnutou pojištěncům Pojišťovny v cizině
 - řádek III. 3 – přiděly do jiných fondů – součet řádků 3a, 3b, 3c
 - řádek III. 3a – předpis nároku rezervního fondu vůči ZFZP za rok 2004
 - řádek III. 3b – předpis nároku provozního fondu vůči ZFZP za rok 2004
 - řádek III. 3c – předpis nároku fondu prevence vůči ZFZP za rok 2004
 - řádek III. 5 – odpis pohledávek za plátcí pojistného vzniklých z titulu pojistného na veřejné zdravotní pojištění, pokut, penále, přírůžek k pojistnému, pohledávek za zdravotnickými zařízeními z neoprávněné fakturace a ostatních pohledávek v případech, kdy splňují podmínky pro odpis
 - řádek III. 6 – nárok tuzemských poskytovatelů zdravotní péče za ošetření cizinců podle mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení (CMÚ)
 - řádek III. 8 – bankovní poplatky a další poplatky (náklady na veřejné datové sítě, poštovné, poplatky za poštovní poukázky)
 - řádek III. 9 – záporné kursové rozdíly
 - řádek IV – zůstatek ZFZP k 31. 12. 2004, metodicky stejný jako řádek I., s promítnutím obrátů vzniklých za rok 2004
- Tabulka ZFZP, část B – Příjmy a výdaje**
- 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. 2004 do 31. 12. 2004
 - řádek II. 2 – příjmy ze zvláštního účtu pro přerozdělení připsané na běžné účty Pojišťovny od 1. 1. 2004 do 31. 12. 2004
 - řádek II. 3 – příjmy z titulu pokut, penále a přírůžek k pojistnému připsané na běžné účty Pojišťovny od 1. 1. 2004 do 31. 12. 2004
 - řádek II. 4 – příjmy z náhrady škody připsané na běžné účty Pojišťovny od 1. 1. 2004 do 31. 12. 2004
 - řádek II. 5 – přijaté úroky ze zůstatků na účtech ZFZP
 - řádek II. 6 – ostatní příjmy – příjmy z odepsaných pohledávek, exekucí
 - řádek II. 7 – převod části hospodářského výsledku zdanitelných činností (viz řádek II. 7 části A – tvorba) po zdanění
 - řádek II. 9 – příjem úhrad od zahraničních zdravotních pojišťoven za zdravotní péči poskytnutou jejich pojištěncům a uhrazenou Pojišťovnou poskytovatelům na území České republiky na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení (CMÚ)
 - řádek II. 11 – kladné kursové rozdíly
 - řádek II. 15 – odúčtování zálohy na pojistné poskytnuté zálohově od ČKA v roce 2003
 - řádek II. 16 – odúčtování zálohy na příslušenství poskytnuté zálohově od ČKA v roce 2003
 - řádek III. – součet řádků III. 1 až III. 10
 - řádek III. 1 – výdaje z běžných účtů na úhradu nároků (fakturace) zdravotnických zařízení za poskytnutou zdravotní péči
 - řádek III. 1a – výdaje z běžných účtů na úhradu fakturace za poskytnutou zdravotní péči za léčení našich pojištěnců v cizině
 - řádek III. 3 – výdaje z běžných účtů ZFZP na úhradu nároků příslušných fondů Pojišťovny
 - řádek III. 5 – výdaje z běžných účtů ZFZP na úhradu závazků vůči tuzemským zdravotnickým zařízením za péči poskytnutou cizincům na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení (CMÚ)
 - řádek III. 7 – výdaje za vedení bankovního účtu ZFZP, poštovné, poštovní poukázky
 - řádek III. 8 – záporné kursové rozdíly
 - řádek III. „Interní“ – saldo interních převodů mezi jednotlivými fondy
 - řádek IV – zůstatek finančních prostředků na běžných účtech ZFZP, peněz na cestě a hotovosti v pokladnách k 31. 12. 2004

Tabulka č. 19: Příloha k ZFZP VZ 2004 - 2

Bilance konečného vlivu postoupení pohledávek na ČKA podle usnesení vlády č. 1184/2003	údaje v tis. Kč
a) Zálohově poskytnuto v r. 2003 celkem	1 649 400
b) 1) Celková postoupená hodnota na ČKA vyplývající z usnesení vlády č. 1184/03	2 356 182
z toho: pojistné	1 157 580
příslušenství	1 198 602
2) zúčtování zálohy za rok 2003	1 649 400
3) konečný vliv na příjmy ZP v roce 2004 (souhrn příjmů na ZFZP i Fprev) = ř. 1 mínus řádek 2	706 782
c) Detailní členění příjmů od ČKA, jejichž výše ovlivnila hospodaření BÚ ZFZP v roce 2004:	
1) celkové příjmy za postoupené pojistné	1 157 580
2) zúčtování alikvotní části zálohy v r. 2003, vztahené k pojistnému	810 350
3) konečný vliv příjmů z postoupení pojistného na rok 2004 = ř. 1 mínus ř. 2	347 230
Příjmy za postoupené příslušenství zúčtované na ZFZP a případně následně na Fprev:	
1) příjmy za postoupené příslušenství ponechané na BÚ ZFZP	1 198 602
2) zúčtování alikvotní části zálohy za rok 2003	839 050
3) konečný vliv příjmů z příslušenství na rok 2004 = ř. 1 mínus ř. 2	359 552
z toho převodem na Fprev	0
z toho v r. 2003	0
v r. 2004	0
d) Příjmy za postoupené příslušenství zúčtované přímo na BÚ Fprev:	
1) příjmy za postoupené příslušenství účtované přímo na Fprev	0
2) zúčtování alikvotní části zálohy nepředpokládáme - nebylo uváděno v tabulkách fondů	0
3) konečný vliv příjmů z příslušenství na rok 2004 = ř. 1 mínus ř. 2	0
e) Do základny pro výpočet přidělu do PF bylo zahrnuto:	2 356 182
v roce 2003	0
v roce 2004	2 356 182
f) Do přerozdělení pojistného bylo zahrnuto:	1 157 580
v roce 2003	0
v roce 2004	1 157 580

Poznámka:

U bodu e) předpokládáme pouze výjimečně údaj za rok 2003. Pokud se zde vyskytne, musí ZP dokladovat, že součtem přidělů za rok 2003 a 2004 nepřesáhla podíl ze stanoveného limitu do PF. Výpočet ročního limitu nákladů podle § 7 odst. 1 neurčuje způsob využití prostředků získaných postoupením příslušenství. I projekt ponechával na rozhodnutí ZP, k jakému účelu použije prostředky získané postoupením příslušenství. I v případě bodu f) předpokládáme vyplnění jen výjimečně. I v tomto případě je nutno dokladovat součtem roku 2003 a 2004 vazbu na celkový podíl 60 % příjmů z pojistného zahrnutých do přerozdělování.

Zdravotní pojišťovny, u kterých z kontroly výkazů roku 2004 vyplynulo, že nepoužily při zúčtování postoupení pohledávek doporučený postup podle vzoru v záznamu z porady konané dne 29. 1. 2004 zasláný dopisem MF č. 371/42103/2004, doplní tuto tabulku detailním popisem použitých postupů účtování, včetně číselného označení účtů a jejich názvů, a to jak pro rok 2003, tak i pro rok 2004.

Tabulka č. 20: Příjem z pojistného celkem vč. vlivu přerozdělování dle kategorií plátců

Ř	Kategorie plátců	Rok 2003 - skutečnost		Rok 2004 - skutečnost		Index 04/03	
		Prům. počet pojištěnců osob	Příjem z poj. po přerozd. v tis. Kč	Prům. počet pojištěnců osob	Příjem z poj. po přerozd. v tis. Kč	Prům. počet pojištěnců	Příjem z poj. po přerozd.
1.	Zaměstnanci (40 % příjmu)	2 603 853	24 374 223	2 552 946	26 169 374	0,98	1,07
2.	Osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ 40 % příjmu)	707 232	1 816 559	677 139	2 146 569	0,96	1,18
3.	Osoby bez zdanitelných příjmů (40 % příjmu)	99 509	787 831	107 283	906 601	1,08	1,15
4.	Osoby, za něž je plátcem stát (platba od státu vč. přeroz.)	3 958 882	71 644 154	3 918 964	76 038 693	0,99	1,06
	v tom:						
	- nezaopatřené děti	1 455 867	x	1 405 614	x	0,97	x
	- poživatelé důchodů	1 914 362	x	1 926 893	x	1,01	x
	- ženy na mateřské a příjemci rodič. příspěvku	179 452	x	179 721	x	1,00	x
	- uchazeči o zaměstnání	329 002	x	330 638	x	1,00	x
	- ostatní	80 199	x	76 098	x	0,95	x
5.	Celkový příjem pojistného, vč. přerozdělování		98 622 767		105 261 237		1,07

Vazba: ZFP, oddíl B/II/1,2 příslušného roku 2003 nebo 2004

VZ 2004 Přerozd.dle kateg.-11

Poznámka:

1. V případě, že u pojištěnce nastává souběh více kategorií, je pojištěnec započten jako plátců 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

Tabulka č. 21: Náklady na zdravotní péči dle jednotlivých segmentů

A	Název ukazatele	Rok 2003 Skuteč. tis. Kč	Rok 2004 Dodat. ZPP tis. Kč	Rok 2004 Skuteč. tis. Kč	Index Skuteč. 04/03	Index Skuteč./pl. 04/04
I.	Náklady na zdravotní péči hrazenou ze ZFPZ (oddíl A) celkem (součet ř. 1-10) v tom:	100 032 415	105 282 135	107 048 720	1,07	1,02
1.	na ambulantní péči celkem (ZZ nevykazující žádný kód OD, zahrnují se náklady na ZULP, ZUM, nezahrnují se náklady na léky na recepty a zdrav. prostředky z toho:	21 813 991	23 269 081	23 012 287	1,05	0,99
	a) na stomatologickou péči (odb. 014-015, 019)	5 320 558	5 585 544	5 457 405	1,03	0,98
	b) na péči praktických lékařů (odb. 001, 002)	4 949 415	4 950 517	4 891 565	0,99	0,99
	c) na gynekologickou péči (odb. 603, 604)					
	d) na rehabilitační péči (odbornost 902 a 918)	891 225	951 521	932 221	1,05	0,98
	e) na diagnostickou zdravotní péči (odbornosti 222, 801-805, 807, 809, 812-823)	3 417 665	3 903 559	3 823 989	1,12	0,98
	f) na domácí zdravotní péči (HOME CARE - odb. 925)	579 777	667 435	663 230	1,14	0,99
	g) na specializovanou ambulantní péči (odb. neuvedené pod písm. a) - f) neuvedené v ř. 2)	6 655 351	7 210 505	7 243 877	1,09	1,00
2.	na ústavní péči celkem (ZZ vykazující kód OD vč. následné péče, zahrnují se náklady na ZULP, ZUM, paušál na léky i příp. nasmlouvanou péči ambulantní, stomatologickou a dopravu provozovanou v rámci lůžkového ZZ s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdrav. prostředky v tom:	48 601 584	50 230 863	51 740 190	1,06	1,03
	a) nemocnice	42 285 857	43 635 226	45 238 929	1,07	1,04
	b) odborné léčebné ústavy (OLÚ s výjimkou ZZ uvedených v ř. 2. c) a d)	3 203 194	3 365 825	3 331 032	1,04	0,99
	c) LDN (samostat. ZZ vykazující kód OD 00024)	2 607 478	2 705 119	2 674 443	1,03	0,99
	d) ošetrovatelská lůžka (samostatná ZZ vykazující kód OD 00005)	505 055	524 693	495 786	0,98	0,94
3.	Náklady na lůžkovou péči	2 049 091	2 089 946	2 033 112	0,99	0,97
4.	Náklady na péči v ozdravovnách	55 976	50 974	52 676	0,94	1,03
5.	Náklady na dopravu (zahrnuje dopravní zdravotní službu včetně individuální dopravy, nezahrnuje se doprava z ř. 2 a z ř. 1)	1 007 879	1 005 478	992 075	0,98	0,99
6.	Náklady na zdravotnickou záchrannou službu (odb. 709, ZZ nevykazující žádný kód OD)	468 147	574 962	666 996	1,42	1,16
7.	Náklady na léky vydané na recepty celkem: v tom:	21 937 035	23 636 071	24 070 559	1,10	1,02
	a) předepsané v ambulantních ZZ (samostatná ambulantní ZZ) z toho: praktickými lékaři v rámci specializované ambulantní péče	14 453 006	15 503 215	15 773 724	1,09	1,02
	b) předepsané v lůžkových ZZ	7 484 029	8 132 856	8 296 835	1,11	1,02
8.	Náklady na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem v tom :	2 942 216	3 124 138	3 126 038	1,06	1,00
	a) předepsané v ambulantních ZZ (samostatná ambulantní ZZ)	1 946 642	2 080 638	2 097 746	1,08	1,01
	b) předepsané v lůžkových ZZ	995 574	1 043 500	1 028 292	1,03	0,99
9.	Náklady na léčení v zahraničí	21 678	73 500	21 168	0,98	0,29
10.	Ostatní náklady na zdravotní péči	1 134 818	1 227 122	1 333 619	1,18	1,09
II.	Náklady na preventivní zdravotní péči čerpané z jiných fondů	428 815	420 239	387 344	0,90	0,92
III.	Náklady na zdravotní péči celkem (součet ř. I + II)	100 461 230	105 702 374	107 436 064	1,07	1,02

VZ 2004 nákl. dle seg.-12

Poznámka:

1. Oddíl I údaj vychází z odd. A III/ř. 1
2. Oddíl II údaj vychází z odd. A III/ř. 1 Fondu prevence; u ZP, které tvoří specifické fondy, z odd. A těchto fondů
3. Ř. 9 náklady na léčení v zahraničí - vazba na odd. A III/1a)

V kapitole „Vývoj nákladů v jednotlivých segmentech poskytovatelů zdravotní péče v porovnání s vývojem inflace“ části 10 – Přílohy jsou uvedeny grafy, které tento vývoj dokumentují.

Tabulka č. 22: Náklady na zdravotní péči dle jednotlivých segmentů v přepočtu na 1 pojištěnce

A	Název ukazatele	Rok 2003 Skuteč. Kč	Rok 2004 Dodat. ZPP Kč	Rok 2004 Skuteč. Kč	Index Skuteč. 04/03	Index Skuteč./pl. 04/04
I.	Náklady na zdravotní péči hrazenou ze ZFZP (oddíl A) celkem (součet ř. 1-10) v tom:	14 595	15 640	15 909	1,09	1,02
1.	na ambulantní péči celkem (ZZ nevykazující žádný kód OD, zahrnují se náklady na ZULP, ZUM, nezahrnují se náklady na léky, na recepty a zdrav. prostředky z toho:	3 183	3 457	3 421	1,07	0,99
	a) na stomatologickou péči (odb. 014-015, 019)	776	830	811	1,05	0,98
	b) na péči praktických lékařů (odb. 001, 002)	722	735	727	1,01	0,99
	c) na gynekologickou péči (odb. 603, 604)					
	d) na rehabilitační péči (odbornost 902 a 918)	130	141	139	1,07	0,98
	e) na diagnostickou zdravotní péči (odbornosti 222, 801-805, 807, 809, 812-823)	499	580	568	1,14	0,98
	f) na domácí zdravotní péči (HOME CARE - odb. 925)	85	99	99	1,16	1,00
	g) na specializovanou ambulantní péči (odb. neuvedené pod písm. a) - f) neuvedené v ř. 2)	971	1 071	1 077	1,11	1,01
2.	na ústavní péči celkem (ZZ vykazující kód OD vč. následné péče, zahrnují se náklady na ZULP, ZUM, paušál na léky i příp. nasmlouvanou péči ambulantní, stomatologickou a dopravu provozovanou v rámci lůžkového ZZ s výjimkou nákladů na léky, na recepty a zdrav. prostředky v tom:	7 091	7 462	7 689	1,08	1,03
	a) nemocnice	6 170	6 482	6 723	1,09	1,04
	b) odborné léčebné ústavy (OLÚ s výjimkou ZZ uvedených v ř. 2. c) a d)	467	500	495	1,06	0,99
	c) LDN (samostat. ZZ vykazující kód OD 00024)	380	402	397	1,04	0,99
	d) ošetrovatelská lůžka (samostatná ZZ vykazující kód OD 00005)	74	78	74	1,00	0,95
3.	Náklady na lázeňskou péči	299	310	302	1,01	0,97
4.	Náklady na péči v ozdravovnách	8	8	8	1,00	1,00
5.	Náklady na dopravu (zahrnuje dopravní zdravotní službu včetně individuální dopravy, nezahrnuje se doprava z ř. 2 a z ř. 1)	147	149	147	1,00	0,98
6.	Náklady na zdravotnickou záchrannou službu (odb. 709, ZZ nevykazující žádný kód OD)	68	85	99	1,46	1,16
7.	Náklady na léky vydané na recepty celkem: v tom:	3 201	3 511	3 577	1,12	1,02
	a) předepsané v ambulantních ZZ (samostatná ambulantní ZZ) z toho: praktickými lékaři v rámci specializované ambulantní péče	2 109	2 303	2 344	1,11	1,02
	b) předepsané v lůžkových ZZ	1 092	1 208	1 233	1,13	1,02
8.	Náklady na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem v tom:	429	464	465	1,08	1,00
	a) předepsané v ambulantních ZZ (samostatná ambulantní ZZ)	284	309	312	1,10	1,01
	b) předepsané v lůžkových ZZ	145	155	153	1,06	0,99
9.	Náklady na léčení v zahraničí	3	11	3	1,00	0,27
10.	Ostatní náklady na zdravotní péči	166	182	198	1,19	1,09
II.	Náklady na preventivní zdravotní péči čerpané z jiných fondů	63	62	58	0,92	0,94
III.	Náklady na zdravotní péči celkem (součet ř. I + II)	14 658	15 702	15 967	1,09	1,02

VZ 2004 nákl. dle seg. na 1-13

Poznámka:

- Oddíl I údaj vychází z odd. A III/ř. 1
- Oddíl II údaj vychází z odd. A III/ř. 1 Fondu prevence; u ZP, které tvoří specifické fondy, z odd. A těchto fondů
- Ř. 9 náklady na léčení v zahraničí - vazba na odd. A III/1a)

Tabulka č. 23: Vývoj nákladů na léčení cizinců v ČR

ř. Název ukazatele	Měrná jednotka	Skutečnost 2003	Skutečnost 2004	Index 04/03 skuteč.
1. Náklady na léčení cizinců v ČR				
celkem:	tis. Kč	19 808	78 121	3,94
z toho:				
1a Náklady na léčení cizinců v ČR - CMÚ	tis. Kč	19 808	78 121	3,94
1b Náklady na léčení cizinců v ČR (Slovenská republika)	tis. Kč	0	0	
2. Počet pojistných událostí	počet	6 409	17 595	2,75
3. Náklady na 1 pojistnou událost	Kč	3 091	4 440	1,44

Poznámka: Údaje na ř. 1 vycházejí z odd. A III/6,7 ZFZP

VZ 2004 léčení ciz. - 14

6.2 PROVOZNÍ FOND

Plán roku 2004 byl vytvořen v říjnu 2003 a vycházel z návrhu novelizace vyhlášky MF č. 227/1998 Sb., v návaznosti na usnesení vlády ČR č. 245 ze dne 12. 3. 2003. Příděl do PF (dle uvedených dokumentů) představoval 3 474,3 mil. Kč. Dodatek ZPP 2004 (ze září 2004) předpokládal vyšší příjmy Pojišťovny a tím i zvýšení rozvrhové základny a umožňoval zvýšení přídělu do PF. Podle vyhlášky MF č. 418/2003 Sb. byl propočten maximální limit přídělu ze ZFZP do PF ve výši 3 679,0 mil. Kč.

Dosažená skutečnost dle vyhlášky MF č. 418/2003 Sb.¹ v platném znění umožňuje Pojišťovně převést do PF v roce 2004 3 663,7 mil. Kč. Limit je propočten ze skutečných příjmů Pojišťovny v roce 2004, tzn. z přijatého veřejného zdravotního pojištění po přerozdělení, z pokut, penále, přírůžek k pojistnému a náhrad škod, tj. z částky 107 756,8 mil. Kč násobené koeficientem 0,034. Tvorba fondu celkem, tj. předpis přídělu ze ZFZP + dodatečné zdroje (veškeré pohledávky vztahující se k PF viz tabulka PF, část A. II., řádek 4, 6, 7, 9, 10 a 11) představuje výši 3 762,4 mil. Kč.

Pro úhradu provozních nákladů a investičních výdajů Pojišťovna v roce 2004 plně využila celkové vytvořené zdroje. Na běžné provozní náklady a investiční výdaje Pojišťovna skutečně vynaložila 3 568,1 mil. Kč. O nečerpané prostředky na běžné provozní výdaje Pojišťovny (194,3 mil. Kč) byl na základě usnesení SR Pojišťovny (viz komentář FRIM) zvýšen příděl do FRIM z původně plánovaných 140,0 mil. Kč na celkovou sumu 334,3 mil. Kč. Dodatečný

příděl do FRIM bude v následujících letech účelově využit ke krytí realizace elektronického identifikátoru.

V průběhu roku 2004 nebyla zcela naplněna rizika uvedená v Dodatku ZPP 2004, především z důvodů výrazně nižší penalizace od SZZ (čerpáno pouze 29,2 % z výhledu zapracovaného do Dodatku ZPP 2004), nižšího objemu celkově vyplacených příspěvků na hormonální kontraceptiva a rovněž také z důvodu pozdějšího termínu přechodu Pojišťovny na novou organizační strukturu.

Na dosažené úspore v čerpání běžných provozních prostředků (cca 194 mil. Kč) se podílí: technickoadministrativním opatřením vytvořená rezerva ve výši cca 98 mil. Kč; nižší než plánované čerpání u položek penalizace od SZZ, příspěvek na hormonální kontraceptiva (antikoncepce) a IZIP – internetové zdravotní knížky (cca 56 mil. Kč); dále pak úsporné hospodaření s prostředky provozního fondu jak na Ústředí, tak na územních pracovištích (cca 40 mil. Kč).

V porovnání s dosaženou skutečností roku 2003 představuje čerpání PF nárůst o 8,4 % – v souladu s Dodatkem ZPP 2004. Mzdové prostředky včetně zdravotního a sociálního pojištění nedosáhly schváleného plánovaného objemu dle Dodatku ZPP. Oproti skutečnosti roku 2003 představuje čerpání mzdových prostředků, v souladu s Dodatkem ZPP 2004, zvýšení o 5,1 %. Odměny SR, DR a rozhodčímu orgánu byly čerpány oproti roku 2003 pouze ve výši 43,5 %, důvodem bylo zrušení SR a DR při územních pracovištích od 1. 8. 2004. Nákladová položka pokuty a penále od SZZ představovala pouze 70,9 % skutečnosti roku 2003. U nákladové položky odpisy byl naopak zaznamenán meziroční nárůst o 8,2 %. Tento nárůst byl způsoben vstupem zůstatkové ceny prodaných automobilů jednorázově do odpisů (Pojišťovna odprodala vlastní automobily v důsledku přechodu na využívání outsourcingových služeb). U ostatních provozních nákladů, které tvoří široká škála různorodých nákladových položek, byl

¹ Vyhláška Ministerstva financí ČR č. 418/2003 Sb. v platném znění, 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.

zaznamenán celkový nárůst čerpání ve výši 17,9 %. Tento nárůst je způsoben zařazením nové nákladové položky IZIP (internetové zdravotní knížky), která představuje cca 6 % celkového zvýšení, a na zbývajících 11,9 % se podílí zvýšení základní sazby DPH, cen provozního materiálu a nakupovaných služeb.

Pojišťovna vykonávala i v roce 2004 činnosti podléhající dani z příjmů právnických osob. Rozhodující činností bylo provozování smluvního pojištění a připojištění dle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví. V souladu s § 3 odst. 11 vyhlášky MF č. 418/2003 Sb., v platném znění, Pojišťovna zajišťovala oddělené sledování a účtování veškerých nákladů na tuto činnost² a výnosů z této činnosti. Smluvní pojištění a připojištění Pojišťovna provozovala v roce 2004 v období od 1. 1. do 30. 4.

Vzhledem k tomu, že dnem 1. 5. 2004, s účinností smlouvy o přistoupení České republiky k Evropské unii, pozbylo platnosti ustanovení § 54, odst. 3 až 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, pozbývá právní opory povolení k pojišťovací činnosti, vydané Pojišťovně MF. Pojišťovna založila PVZP, a. s. Na PVZP převedla Pojišťovna ke dni 1. 5. 2004 celý soubor činností, které zatím vykonávala vlastním jménem při provozování pojišťovací činnosti na základě shora uvedeného povolení. Ke stejnému dni Pojišťovna ukončila provozování aktivní pojišťovací činnosti a nadále vystupuje jako zprostředkovatel, nikoli již jako pojistitel³.

² Náklady, které se týkají pouze činnosti podléhající dani z příjmů právnických osob (dále jen „zdaňovaná činnost“), se účtují jako její přímé náklady. V případě, že je hrazen podíl společných nákladů institucionální povahy souvisejících se zdaňovanou činností z finančních prostředků provozního fondu, rozdělují se u smluvního pojištění a připojištění podílem počtu pracovníků a výše jejich úvazků (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 pojištěním a 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 a odpisy. Mzdové náklady se rozdělují podle pracovních úvazků.

³ Podíl provozní režie připadající na zprostředkovatelskou činnost (od 1. 5. 2004) se klíčuje na základě odborně zpracované kalkulace nákladů. Náklady jsou stanoveny procentem z objemu vybraného pojistného dle jednotlivých produktů a pojistitelů. Klíčované jsou náklady: mzdové náklady, sociální pojištění, zdravotní pojištění, odpisy dlouhodobého majetku, spotřebované nákupy a služby.

Tabulka č. 24: Přehled o tvorbě a čerpání provozního fondu

A. Provozní fond – tvorba a čerpání	Rok 2004 Dodatek ZPP tis. Kč	Rok 2004 skutečnost tis. Kč	Skut.2004/ Dod. ZPP 2004 %
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	0	0	
II. Tvorba celkem = zdroje	3 775 389	3 762 422	1,00
1 Předpis přidělu ze ZFZP podle § 7 odst. 1 a 2 vyhl. č. 418/2003 Sb.	3 678 979	3 663 731	1,00
2 Předpis přidělu z FRIM ve výši schválené SR podle § 3 odst. 2 c) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
3 Předpis převodu prostředků PF v případě sloučení nebo splnutí ZP podle § 3 odst. 2 g) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
4 Pohledávka z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku	61 290	55 051	0,90
5 Předpis mimořádného převodu VoZP ČR ze ZFZP			
6 Předpis úroků vztahujících se k PF	100	221	2,21
7 Předpis smluvních pokut z porušení smluvního vztahu zdravotnickým zařízením	20	20	1,00
8 Kladné rozdíly z ocenění cenných papírů pořízených z PF na reálnou hodnotu podle § 3 odst. 2 f), vyhl. č. 418/2003 Sb.			
9 Kladné kurzové rozdíly související s PF		2	
10 Ostatní pohledávky vztahující se k PF	17 000	15 108	0,89
11 Pohledávky podle § 3 odst. 3 vyhl. č. 418/2003 Sb. - pouze VZP ČR	18 000	28 289	1,57
12 Předpis daru určeného výlučně pro PF			
III. Čerpání celkem = snížení zdrojů:	3 775 389	3 762 422	1,00
1 Předpis nákladů čerpaných z PF	3 591 032	3 372 853	0,94
v tom: a) mzdy bez OON	1 262 850	1 259 002	1,00
b) OON	15 000	15 396	1,03
c) pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění	113 657	113 937	1,00
d) pojistné za zaměstnance na soc. zabezpečení	328 341	332 253	1,01
e) odměny SR a DR a rozhodčímu orgánu	7 000	7 937	1,13
f) úroky			
g) podíl úhrad za služby CMÚ	5 864	4 984	0,85
h) podíl úhrad za Informační centrum - pouze ZZP			
i) podíl úhrad za vedení centrálního registru - pouze ZZP			
j) záporné kurzové rozdíly související s PF	50	58	1,16
k) úhrady poplatků	1 700	1 593	0,94
l) závazky k úhradě pokut a penále podle § 3 odst. 4 j) vyhl. č. 418/2003 Sb.	50 000	14 624	0,29
m) úhrada zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora - pouze ZZP			
n) prostředky vynaložené na nákup metodik od VZP ČR podle § 3 odst. 3 vyhl. č. 418/2003 Sb. - pouze ZZP			
o) podíl úhrady odpisů vztahený k PF	477 075	467 192	0,98
p) ostatní náklady	1 329 495	1 155 877	0,87
2 Předpis zákonné výše přidělu do SF podle § 4 odst. 2 a) vyhl. č. 418/2003 Sb.	25 257	25 180	1,00
3 Předpis přidělu do ZFZP podle § 2 odst. 5 vyhl. č. 418/2003 Sb.			
4 Předpis přidělu do FRIM podle § 3 odst. 4 d) vyhl. č. 418/2003 Sb.	140 000	334 265	2,39
5 Předpis přidělu do ZFZP podle rozhodnutí SR podle § 3 odst. 4 e) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
6 Předpis přidělu ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou podle § 3 odst. 4 l) vyhl. č. 418/2003 Sb.	19 100	30 124	1,58
7 Záporné rozdíly z ocenění CP pořízených z prostředků RF na reálnou hodnotu podle § 3 odst. 4 g) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	0	0	

	Rok 2004 Dodatek ZPP tis. Kč	Rok 2004 skutečnost tis. Kč	Skut.2004/ Dod. ZPP 2004
B. Provozní fond – příjmy a výdaje			
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	19 703	19 703	% 1,00
II. Příjmy celkem:	3 835 190	3 678 198	0,96
1 Příděl ze ZFZP podle § 7 odst. 1 a 2 vyhl. č. 418/2003 Sb.	3 650 000	3 427 209	0,94
2 Příděl z FRIM ve výši schválené SR podle § 3 odst. 2 c) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
3 Převod prostředků PF v případě sloučení nebo splnutí ZP podle § 3 odst. 2 g) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
4 Příjmy z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku	61 290	38 215	0,62
5 Příděl z mimořádného převodu VoZP ČR ze ZFZP			
6 Příjem zálohy vč. konečného zúčtování na úhradu podílu části režijních výdajů smluvního pojištění a připojištění a ostatní zdaňovanou činnost	60 800	91 532	1,51
7 Příjem zálohy a konečného zúčtování podílu režijních výdajů na vedení specifických fondů (VoZP ČR)			
8 Příjem úroků z bankovního účtu vztahujících se k PF	100	221	2,21
9 Příjmy ze smluvních pokut z porušení smluvního vztahu ZZ, včetně ostatních příjmů charakteru pokut a penále			
10 Kladné kurzové rozdíly související s PF		2	
11 Ostatní příjmy vztahující se k PF	45 000	37 277	0,83
12 Příjmy podle § 3 odst. 3 vyhl. č. 418/2003 Sb. - pouze VZP ČR	18 000	28 156	1,56
13 Příjem daru výlučně určeného pro PF			
Interní		55 586	
III. Výdaje celkem:	3 854 393	3 679 316	0,95
1 Výdaje vztahované k PF:	3 134 344	2 994 309	0,96
v tom: a) mzdy bez OON	1 198 800	997 216	0,83
b) OON	15 000	14 948	1,00
c) pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění	107 892	175 426	1,63
d) pojistné za zaměstnance na soc. zabezpečení	311 688	413 324	1,33
e) odměny SR a DR a rozhodčímu orgánu	6 950	7 890	1,14
f) úroky			
g) podíl úhrad za služby CMÚ	5 864	4 984	0,85
h) podíl úhrad za Informační centrum - pouze ZPZ			
i) podíl úhrad za vedení centrálního registru - pouze ZPZ			
j) záporné kurzové rozdíly související s PF	50	58	1,16
k) úhrady poplatků	1 700	1 593	0,94
l) úhrady pokut a penále podle § 3 odst. 4 j) vyhl. 418/2003 Sb.	50 000	30 827	0,62
m) prostředky vynaložené na nákup služeb od VZP ČR podle § 3 odst. 3 vyhl. 418/2003 Sb. - pouze ZPZ			
n) úhrady prostředků vynaložených VZP ČR podle § 3 odst. 5 vyhl. 418/2003 Sb. - pouze VZP ČR - poznámka č. 5			
o) ostatní výdaje	1 436 400	1 348 043	0,94
2 Zákonná výše přídělu do SF podle § 4 odst. 2 a) vyhl. č. 418/2003 Sb.	25 257	24 119	0,95
3 Příděl do ZFZP podle § 2 odst. 5 vyhl. č. 418/2003 Sb.			
4 Zúčtování zálohy na vedení specifických fondů (VoZP ČR)			
5 Příděl do FRIM podle § 3 odst. 4 d) vyhl. č. 418/2003 Sb.	140 000	102 621	0,73
6 Příděl do ZFZP podle rozhodnutí SR podle § 3 odst. 4 e) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
7 Příděl ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou viz část § 3 odst. 4 l) vyhl. č. 418/2003 Sb.	23 035	4 796	0,21
8 Zúčtování zálohy na podíl režijních výdajů související se ZdČ nebo Sml. Poj.	60 800	91 532	1,51
9 Příděl do FRIM ve výši celkových odpisů vč. zůstatkové hodnoty podle části § 3 odst. 4 l) vyhl. č. 418/2003 Sb.	470 957	461 939	0,98
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	500	18 585	37,17
C. Doplnující informace k oddílu B			
1 Stav cenných papírů k 1. 1. ve sledovaném období			
2 Stav cenných papírů k poslednímu dni sledovaného období			

Poznámka:

1. ZP vyplní součty na ř. II, III. a IV v odd. A i B.
2. Počáteční i konečný zůstatek v oddíle B musí finančně odpovídat stavu bankovního účtu včetně termínovaných vkladů, peněz na cestě, zůstatku v pokladně.
3. Zálohy na podíl společných výdajů za zdaňovanou činnost, prvotně uhrazených z provozního fondu, jsou zachyceny pouze v oddílu B, tj. na bankovním účtu.
4. V případě prodeje CP, zisku z držby nebo prodeje CP, nebo ztráty z prodeje CP, bude ZP postupovat v oddílu A, nebo B, obdobně, jako je předepsáno pro vykazování těchto operací v RF (tj. vloží potřebné zvláštní řádky do oddílu A i B PF).
5. U VZP ČR vyplývá z dané metodiky oceňování prodeje metodik v rámci systému v. z. p. (součást hlavní činnosti), že příjmy získané VZP ČR od jednotlivých účastníků jsou odvozeny od výdajů vynaložených na tuto výrobu (ocenění úplnými vlastními náklady bez zisku).
Podíl výdajů na výrobu „pro vlastní spotřebu“ je průřezově obsažen ve všech položkách výdajů PF VZP ČR.
Oddíl B III ř. 1 písm. n) VZP ČR proto nevyplňuje, ale doloží na zvláštní příloze skladbu účtovaných nákladů v členění podle oddílu B III.
Náklady budou členěny na 1) celkové úhrady za prodej metodik, tiskopisů apod. a 2) celkové úhrady za vedení Informačního centra, kapitálního centra apod.

Skladba účtovaných nákladů v členění dle oddílu B III

Úhrady za vedení CRP, ICZP, KC	
Nákladová položka	v tis. Kč
Mzdy	4 359
Pojistné na zdravotní pojištění	392
Pojistné na sociální zabezpečení	1 133
Odpisy	1 600
Ostatní náklady	6 290
Celkem	13 774

Poznámka: jedná se o podíl ZP na nákladech na vedení center přefakturovaný v roce 2004.

Úhrady za číselníky, tiskopisy	
Nákladová položka	v tis. Kč
Mzdy	17 791
Pojistné na zdravotní pojištění	1 601
Pojistné na sociální zabezpečení	4 626
Odpisy	9 073
Ostatní náklady	53 632
Celkem	86 723

Poznámka: jedná se o celkové náklady na tvorbu a distribuci číselníků a tiskopisů (metodiky nebyly vydávány) v roce 2004, přičemž jsou prodávány převážně SZP Pojišťovny (tiskopisy a číselníky v papírové formě), číselníky na magnetických médiích jsou poskytovány zdarma.

Komentář k přehledu o provozním fondu

Část A. II. – Tvorba celkem = zdroje

- řádek 4 zahrnuje pohledávky z prodeje dlouhodobého hmotného majetku, konkrétně z prodeje automobilů, frankovacích strojů a serverů; tyto prostředky byly ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného majetku převedeny do fondu reprodukce investičního majetku (FRIM)
- do řádku 10 je zahrnut předpis tržeb za vedení registru (centrální registr pojištěnců, informační centrum, kapitální centrum), ze smluvních pokut a úroků z prodlení, výnosy z prodeje materiálu (neupotřebitelného evidovaného majetku), předpis nároku na náhradu škod z pojistných událostí, předpis pohledávky za zaměstnanci z titulu vyúčtování podílu na závodním stravování

- řádek 11 obsahuje předpis tržeb od smluvních zdravotnických zařízení za prodané tiskopisy, metodiky a číselníky

Část A. III. – Čerpání celkem = snížení zdrojů

- řádek 1 l) zahrnuje předpis pokut a penále za pozdní úhradu faktur předkládaných smluvními zdravotnickými zařízeními za poskytnutou zdravotní péči
- v řádku ostatní provozní náklady (řádek 1 p) jsou uvedeny náklady na spotřebované nákupy (materiál, energie), služby (opravy, udržování, cestovné, telekomunikační poplatky, náklady na reprezentaci, propagaci a ostatní služby), dále pak daně, finanční náklady a jiné provozní náklady
- řádek 4 obsahuje předpis přidělu do FRIM na základě rozhodnutí Správní rady Pojišťovny ve výši 334 265 tis. Kč
- řádek 6 vykazuje výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného dlouhodobého hmotného majetku

Část B. II. – Příjmy celkem

- v řádku Ostatní příjmy vztahující se k PF (řádek 11) jsou zahrnuty výnosy veřejného zdravotního pojištění z nekomerčních činností (např. z prodeje tiskopisů, metodik, číselníků, z vedení registru) a mimořádné výnosy (storna penalizačních faktur, opravy minulých účetních období atd.)
- řádek 12 zahrnuje příjmy za prodané tiskopisy, metodiky a číselníky

Část B. III. – Výdaje celkem

- v řádku 1 l) jsou uvedeny zaplacené smluvní pokuty a penále (úroky z prodlení) za pozdní úhradu faktur předložených zdravotnickými zařízeními za poskytování zdravotní péče
- v řádku ostatní výdaje jsou zahrnuty např.: nákupy standardního provozního materiálu (formuláře k výběru pojistného, k vyúčtování zdravotní péče, pro návrhové činnosti lékařů a podávání povinných hlášení atp., magnetické nosiče dat, xerografický a tabulační papír a tonery do kopírovacích strojů, kancelářské potřeby a hmotný majetek), dále pak výdaje na spotřebu energií, pohonných hmot, výdaje na nájemné, na udržování

a opravy vlastních a pronajatých provozních prostor, na opravy a údržbu technických zařízení, výdaje na provozní zabezpečení Základního informačního systému a rovněž výdaje na výkony spojů, cestovné, propagaci, dodavatelský úklid, ostrahu objektů, inzerci, poradenské služby, audit, výdaje na odbornou přípravu pracovníků Pojišťovny. V ostatních výdajích jsou rovněž zahrnuty výdaje vynaložené v rámci projektu zaměřeného na zastavení odlivu pojištěnců Pojišťovny.

- v řádku 9 je uveden převod finančních prostředků na bankovní účet FRIM ve výši odpisů veškerého investičního majetku a zůstatkové ceny vyřazeného majetku

● 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 SR a schvaluje SR Pojišťovny. Prioritu má výstavba a zabezpečení Základního informačního systému Pojišťovny.

Pro rok 2004 (a rovněž pro následující roky) v oblasti stavebních investic bylo hlavním záměrem dokončení umístění územních pracovišť ohrožených ukončením nájemních smluv a také pojištěn s nejvyššími nájem.

Hlavní těžiště investic do informačního systému bylo zaměřeno na nákup prostředků pro rozšíření Základního informačního systému, které v konečném důsledku povede ke značnému zkvalitnění komunikace nejen mezi územními pracovišti, krajskými pobočkami a Ústředím, ale především ke zkvalitnění komunikace mezi Pojišťovnou a pojištěnci, nemocnicemi, ambulantními lékaři, lékárnami atd.

Ostatní investice směřovaly především na obnovu a pořízení technických zařízení investičního charakteru včetně drobných investic, které mají přímou souvislost s pořízováním informačního systému.

Tabulka č. 25: Přehled o tvorbě a čerpání fondu reprodukce investičního majetku

	Rok 2004 Dodatek ZPP	Rok 2004 skutečnost	Skut.2004/ Dod. ZPP
A. FRIM – tvorba a čerpání	tis. Kč	tis. Kč	%
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	392 486	392 486	1,00
II. Tvorba celkem = zdroje	653 477	847 588	1,30
1 Předpis FRIM přidělem z PF ve výši odpisů podle § 6 odst. 2 a) vyhl. č. 418/2003 Sb.	494 370	483 148	0,98
2 Předpis přidělu z PF ve výši schválené SR podle § 6 odst. 2 b) vyhl. č. 418/2003 Sb.	140 000	334 265	2,39
3 Předpis úroků	7	10	1,43
4 Dar určený dárce na posílení FRIM			
5 Příděl ze zisku po zdanění podle § 6 odst. 2 e) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
6 Převod zůstatku FRIM v případě sloučení nebo splnutí ZP			
7 Účelová dotace podle § 6 odst. 2 h) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
8 Převod z PF – kladný rozdíl mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného DH a NM § 3 odst. 4 část písm.I) vyhl. č. 418/2003 Sb.	19 100	30 124	1,58
9 Kladné kurzové rozdíly vztahující se k FRIM ostatní		41	
III. Čerpání celkem = snížení zdrojů:	615 614	548 404	0,89
1 Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh podle § 6 odst. 3 a) vyhl. č. 418/2003 Sb.	607 800	540 598	0,89
2 Splátky úroků	7 794	7 794	1,00
3 Bankovní a poštovní poplatky	20	12	0,60
4 Příděl do PF se souhlasem SR podle § 6 odst. 3 c) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
5 Záporné kurzové rozdíly			
6 Úhrada zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora			
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	430 349	691 670	1,61

	Rok 2004 Dodatek ZPP	Rok 2004 skutečnost	Skut.2004/ Dod. ZPP 2004 %
	tis. Kč	tis. Kč	
B. FRIM – příjmy a výdaje			
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	2 502	2 502	1,00
II. Příjmy celkem:	633 999	569 407	0,90
1 Příděl z BÚ PF ve výši odpisů podle § 6 odst. 2 a) vyhl. č. 418/2003 Sb.	470 957	461 939	0,98
2 Příděl z BÚ PF ve výši schválené SR podle § 6 odst. 2 b) vyhl. č. 418/2003 Sb.	140 000	102 621	0,73
3 Příjem úroků vytvořených na BÚ FRIM	7	10	1,43
4 Dar určený dárce na posílení FRIM			
5 Příděl ze zisku po zdanění podle § 6 odst. 2 e) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
6 Převod zůstatku FRIM v případě sloučení nebo splynutí ZP			
7 Účelová dotace podle § 6 odst. 2 h) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
8 Převod z BÚ PF - kladný rozdíl mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného majetku § 3 odst. 4 část písm. l) vyhl. č. 418/2003 Sb.	23 035	4 796	0,21
9 Kladné kurzové rozdíly vztahující se k FRIM			
10 Příjem úvěrů vztahujících se k tomuto fondu			
ostatní		41	
III. Výdaje celkem:	636 001	568 791	0,89
1 Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh podle § 6 odst. 3 a) vyhl. č. 418/2003 Sb.	607 800	540 598	0,89
2 Splátky úroků	7 794	7 794	1,00
3 Bankovní a poštovní poplatky	20	12	0,60
4 Příděl do PF se souhlasem SR - podle § 6 odst. 3 c) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
5 Záporné kurzové rozdíly			
6 Úhrada zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora			
7 Splátky úvěrů vztahujících se k tomuto fondu	20 387	20 387	1,00
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	500	3 118	6,24

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

VZ 2004-FRIM-4

Komentář k přehledu o tvorbě a čerpání fondu reprodukce investičního majetku

Tvorba FRIM v roce 2004 dosáhla výše cca 847,6 mil. Kč (viz tabulka FRIM, sloupec Rok 2004 – skutečnost, část A. II. – Tvorba celkem = zdroje), což představuje 130 % plánu na rok 2004. Tvorba fondu byla oproti Dodatku ZPP 2004 zvýšena na základě usnesení SR Pojišťovny (zápis z jednání SR Pojišťovny ze dne 24. 9. 2004: Bod programu 10 – Mechanismus tvorby, čerpání a hodnocení provozního fondu). Dle usnesení SR byl zvýšen předpis přídělu do FRIM z původně plánovaného objemu 140 000 tis. Kč o celkově nečerpané prostředky PF za rok 2004 ve výši 194 265 tis. Kč na konečnou výši 334 265 tis. Kč (viz tabulka FRIM, sloupec Rok 2004 – skutečnost, část A. II., řádek 2). Zvýšená tvorba FRIM bude v následujících letech účelově využita ke krytí realizace elektronického identifikátoru. V součtu s dodatečným přídělem do FRIM v roce 2003 již Pojišťovna

disponuje na krytí realizace elektronického identifikátoru cca 394 miliony Kč. Takto získané dodatečné zdroje by pokryly potřebu finančních prostředků na průběžné financování prvních dvou let realizace elektronického identifikátoru.

Skutečné čerpání fondu na pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku, splátek úroků z úvěrů, bankovních a poštovních poplatků dosáhlo výše 548,4 mil. Kč. Z této částky pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku představuje 540,6 mil. Kč (viz tabulka FRIM, sloupec Rok 2004 – skutečnost, část A. III., řádek 1). Tato výše vykazuje 89 % ročního plánu uvedeného do Dodatku ZPP 2004 (607,8 mil. Kč). Na nečerpaní investičních prostředků v plné výši se podílely především investice do informačního systému.

Celkové příjmy fondu v roce 2004 (viz tabulka FRIM, sloupec Rok 2004 – skutečnost, část B. II. – Příjmy celkem) činily 569,4 mil. Kč. Vzhledem k tomu, že prioritou používání disponibilních finančních prostředků Pojišťovny je stejně jako

v předcházejících letech včasná úhrada závazků za poskytnutou zdravotní péči, nepřevádí Pojišťovna finanční prostředky na bankovní účet FRIM podle plánu, ale podle skutečné potřeby. Toto je i důvodem, proč se příjmy a výdaje fondu (část tabulky B.) liší od tvorby a čerpání fondu (část tabulky A.).

Výdaje fondu v roce 2004 byly realizovány ve výši 568,8 mil. Kč (viz tabulka FRIM, sloupec Rok 2004 – skutečnost, část B. III. – Výdaje celkem). Finanční prostředky Pojišťovna vynaložila na pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku ve výši 540,6 mil. Kč, dále pak na splátky bankovních úvěrů (20,4 mil. Kč) a úroků z úvěrů (7,8 mil. Kč).

U investic do informačního systému se realizovaly investiční akce ve výši cca 233,4 mil. Kč. Největší investici do informačního systému, stejně jako v předcházejících letech, představuje údržba a rozvoj aplikací pro financování zdravotní péče. Nutnost úprav je jako v každém roce vyvolána změnami ve způsobu financování a regulování ZZ, v roce 2004 navíc ještě implementací systému DRG jako formy částečného financování LZZ a dále velmi nákladnou úpravou z důvodu vstupu do EU a s tím souvisejícím „Nařízením Rady Evropy“, jehož požadavky bylo nutno implementovat do IS Pojišťovny.

Nízké čerpání investic do informačního systému oproti Dodatku ZPP 2004 (63,0 %) bylo způsobeno především zrušením některých veřejných zakázek, např. veřejných zakázek na projekt bezpečnosti a na archivaci dokumentů. Změnou koncepce IT nebyla realizována veřejná zakázka na dokument management. Na nízké čerpání investičních prostředků mělo současně vliv vydání nového zákona č. 40/2004 Sb., o zadávání veřejných zakázek. Z tohoto důvodu se příliš pozdě uzavíraly smlouvy s dodavateli, takže řada dodávek bude realizována až v roce 2005. Podrobnější komentář je uveden v kapitole 4.2 – Informační systém.

V oblasti stavebních investic bylo do Dodatku ZPP 2004 zahrnuto 238 mil. Kč. Z rozestavěných objektů byla dle plánu dokončena rekonstrukce budovy KP Karlovy Vary, dále byla dokončena výstavba nových objektů pro ÚP Jičín, ÚP Cheb, ÚP Hodonín a ÚP Šumperk. Z investičních prostředků byl zakoupen pozemek pro výstavbu KP Jihlava a objekt s pozemkem pro ÚP Litoměřice, ve kterém byla Pojišťovna doposud v nájmu. Další rozestavěné investiční akce byly realizovány dle původního záměru. Celkově byly stavební investice čerpány ve výši cca 251,5 mil. Kč (tato skutečnost představuje 105,7 % plánu), a to především z důvodu navýšení zákonné sazby DPH na 19 %.

Pořízení ostatních investic dosáhlo celkem výše cca 55,7 mil. Kč (76,8 % plánu zpracovaného do Dodatku ZPP 2004). Z celkové částky bylo 50,2 mil. Kč vynaloženo na obnovu a pořízení technických zařízení investičního charakteru a 5,5 mil. Kč Pojišťovna investovala do výroby televizních seriálů (např. „Život zachraňující úkony“ nebo „Co přinesla

voda“). Z důvodu zajištění vyšší bezpečnosti Pojišťovny byla pořízena zabezpečovací technika za 18,9 mil. Kč. Další investice směřovaly na výměnu nefunkčních (z hlediska Pojišťovny technicky zastaralých) telefonních ústředěn (13,1 mil. Kč) a rozšíření datových rozvodů (6,0 mil. Kč). Pro obnovu automobilového parku Pojišťovny bylo zakoupeno 8 vozidel (4,2 mil. Kč), dále bylo zakoupeno 6 kopírovacích strojů (1 mil. Kč) a pořízeny ostatní drobné investice – skartovací stroje, skládačky dopisů, frankovací stroje a další.

● 6.4 SOCIÁLNÍ FOND

V roce 2004 byl sociální fond, v souladu s vyhláškou č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů, tvořen přidělem z objemu nákladů zúčtovaných na mzdy a náhrady mzdy, bez ostatních osobních nákladů, zúčtovaných s provozním fondem ve výši 2 %, a přidělem ze zisku po zdanění roku 2003, 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.

Tvorba fondu v roce 2004 probíhala v souladu s plánem.

Čerpání sociálního fondu v roce 2004 probíhalo podle ustanovení kolektivní smlouvy, jejích dodatků a dalších vnitropodnikových směrnic, které tvoří její nedílnou součást, v porovnání s plánem bylo skutečné čerpání o 4,3 mil. Kč vyšší. Nejvíce byly finanční prostředky čerpány na příspěvky na stravování, na penzijní připojištění, na životní pojištění, na regeneraci zaměstnanců a na rodinnou rekreaci.

Příjmy a výdaje sociálního fondu (tabulka B) probíhaly v souladu s tvorbou a čerpáním (tabulka A).

Tabulka č. 26: Přehled o tvorbě a čerpání sociálního fondu

	Rok 2004 Dodatek ZPP	Rok 2004 skutečnost	Skut.2004/ Dod. ZPP 2004 %
A. Sociální fond – tvorba a čerpání	tis. Kč	tis. Kč	
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	28 001	28 001	1,00
II. Tvorba celkem = zdroje	38 085	38 322	1,01
1 Zákonný převod z PF podle § 4 odst. 2 a) vyhl. č. 418/2003 Sb.	25 257	25 180	1,00
2 Úroky z BÚ SF podle § 4 odst. 2 e) vyhl. 418/2003 Sb.	100	173	1,73
3 Předpis ostatních příjmů podle § 4 odst. 2 d) vyhl. č. 418/2003 Sb.		182	
4 Příděl ze zisku po zdanění vytvořený ve zdaňované činnosti podle § 4 odst. 2 b) vyhl. č. 418/2003 Sb.	12 628	12 635	1,00
5 Převedení zůstatku SF v případě sloučení nebo splynutí ZP podle § 4 odst. 2 h) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
6 Splátky z půjček zaměstnancům podle § 4 odst. 2 c) vyhl. č. 418/2003 Sb.	100	152	1,52
7 Kladné kurzové rozdíly související se SF podle § 4 odst. 2 f) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
III. Čerpání celkem = snížení zdrojů:	32 520	36 809	1,13
1 Čerpání (snížení zdrojů) podle vnitropodnikové směrnice (1a+1b)	32 200	36 570	1,14
1a v tom: půjčky	120	143	1,19
1b ostatní čerpání	32 080	36 427	1,14
2 Bankovní (poštovní) poplatky	320	239	0,75
3 Záporné kurzové rozdíly			
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	33 566	29 514	0,88
B. Sociální fond – příjmy a výdaje			
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	29 106	29 106	1,00
II. Příjmy celkem:	38 085	38 000	1,00
1 Zákonný příděl z PF podle § 4 odst. 2 a) vyhl. č. 418/2003 Sb.	25 257	24 119	0,95
2 Úroky z BÚ SF podle § 4 odst. 2 e) vyhl. č. 418/2003 Sb.	100	173	1,73
3 Ostatní příjmy podle § 4 odst. 2 d) vyhl. č. 418/2003 Sb.		165	
4 Příděl ze zisku po zdanění, vytvořený ve zdaňované činnosti podle § 4 odst. 2 b) vyhl. č. 418/2003 Sb.	12 628	12 635	1,00
5 Převedení zůstatku SF v případě sloučení nebo splynutí ZP podle § 4 odst. 2 h) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
6 Splátky z půjček zaměstnancům podle § 4 odst. 2 c) vyhl. č. 418/2003 Sb.	100	152	1,52
7 Kladné kurzové rozdíly související se SF podle § 4 odst. 2 f) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
Interní		756	
III. Výdaje celkem:	32 820	35 431	1,08
1 Výdaje podle vnitropodnikové směrnice (1a+1b)	32 500	35 192	1,08
1a v tom: půjčky	120	143	1,19
1b ostatní výdaje	32 380	35 049	1,08
2 Bankovní (poštovní) poplatky	320	239	0,75
3 Záporné kurzové rozdíly související se SF			
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	34 371	31 675	0,92
C Doplnující informace k oddílu B			
1 Stav půjček zaměstnancům k 1. 1. ve sledovaném období	135	135	1,00
2 Stav půjček zaměstnancům k poslednímu dni sledovaného období	155	126	0,81

VZ 2004-SF-5

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

6.5 REZERVNÍ FOND

Dne 1. 7. 2004 vstoupil v platnost zákon č. 438/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů. Dle tohoto zákona došlo ke změně výše rezervního fondu, která se snížila ze 3 na 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění Pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Výše limitu rezervního fondu za rok 2004 spočtená dle zákona č. 438/2004 Sb. činí 1 466 482 tis. Kč.

Vzhledem k tomu, že Pojišťovna eviduje k 31. 12. 2004 závazky po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým zařízením,

rezervní fond do zákonem stanovené výše nebyl naplněn. Tento postup byl plně v souladu s § 2 odst. 5 vyhlášky č. 418/2003 Sb. Případný převod finančních prostředků z bankovního účtu základního fondu na bankovní účet rezervního fondu by znamenal výrazné zhoršení platební pozice Pojišťovny. V průběhu roku 2004 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 37 627 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 2003.

Tabulka č. 27: Přehled o tvorbě a čerpání rezervního fondu

A. Rezervní fond – tvorba a čerpání	Rok 2004 Dodatek ZPP	Rok 2004 skutečnost	Skut.2004/ Dod. ZPP
	tis. Kč	tis. Kč	2004 %
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	37 633	37 633	1,00
II. Tvorba celkem = zdroje	1 466 476	1 466 482	1,00
1 Převod ze ZFZP podle § 2 odst. 1 b) vyhl. č. 418/2003 Sb.	1 466 476	1 466 482	1,00
2 Úroky z BÚ RF			
3 Dary určené dárce do RF			
4 Výnos z prodeje CP podle § 2 odst. 1 c) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
5 Převod zůstatku RF v případě sloučení nebo splynutí ZP			
6 Kauce žadatele podle § 2 odst. 1 a) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
7 Kladné rozdíly z ocenění CP pořízených z prostředků RF na reálnou hodnotu podle § 2 odst. 1 d) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
8 Výnos z držby CP podle § 2 odst. 1 c) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
III. Čerpání celkem = snížení zdrojů:	37 627	37 627	1,00
1 Příděl do ZFZP podle § 2 odst. 2 a) vyhl. č. 418/2003 Sb.	37 627	37 627	1,00
2 Poplatky za vedení BÚ RF a poplatky za poštovní služby související s RF			
3 Ztráty z prodeje CP pořízených z prostředků RF podle § 2 odst. 2 c) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
4 Závazky k úhradě zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 2 odst. 2 e) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
5 Záporné hodnoty z ocenění CP pořízených z prostředků RF podle § 2 odst. 2 d) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	1 466 482	1 466 488	1,00

B. Rezervní fond – příjmy a výdaje	Rok 2004 Dodatek ZPP	Rok 2004 skutečnost	Skut.2004/ Dod. ZPP 2004 %
	tis. Kč	tis. Kč	
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	6	6	1,00
II. Příjmy celkem:	0	0	
1 Příděl ze ZFZP podle § 2 odst. 1 b) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
2 Úroky z BÚ RF			
3 Dary určené dárcem do RF			
4 Zisk z prodeje CP podle § 2 odst. 1 c) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
5 Převod zůstatku RF v případě sloučení nebo splynutí ZP			
6 Kauce žadatele podle § 2 odst. 1 a) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
7 Příjmy z prodaných CP vyjádřené v účetní hodnotě prodaných CP			
8 Zisk z držby CP podle § 2 odst. 1 c) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
III. Výdaje celkem:	0	0	
1 Příděl do ZFZP podle § 2 odst. 2 a) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
2 Poplatky za vedení BÚ RF a poplatky za poštovní služby související s RF			
3 Ztráty z prodeje CP pořízených z prostředků RF podle § 2 odst. 2 c) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
4 Výdaje za úhrady zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 2 odst. 2 e) vyhl. č. 418/2003 Sb.			
5 Nákup CP			
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni vykazovaného období = I + II - III	6	6	1,00
C Doplnující informace (ocenění CP reálnou hodnotou)	tis. Kč	tis. Kč	
1 Stav cenných papírů k 1. 1. sledovaného období			
2 Stav cenných papírů k 31. 12. sledovaného období			
D Doplnující tabulka: propočet limitu rezervního fondu			
Rok	Propočtová základna - výdaje ZFZP v tis. Kč	tis. Kč	
2001		95 613 743	
2002		96 387 503	
2003		101 295 228	
Průměrné výdaje za roky 2001, 2002, 2003		97 765 491	
1,5 % z průměru		1 466 482	

VZ 2004-RF-6
Poznámka:

- 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. Bližší podmínky hospodaření jsou uvedeny v § 2 odst. 3 vyhl. č. 418/03 Sb. Pokud ZP nevykáže A. I. = B. I. + C. 1, případně A. IV. = B. IV. + C. 2, bude rozdíl komentovat.
- Při prodeji CP se ziskem bude celková prodejní cena vyjádřena součtem řádků B. II. 7 + B. II. 4, při prodeji CP se ztrátou bude prodejní cena tvořena rozdílem ř. B. II. 7 - B. III. 3.
- ZP vyplní součty na ř. II., III. a IV. v odd. A i B.
- Tabulku propočtu RF vyplňuje VZP ČR podle § 7 odst. 1 písm. b) zákona č. 551/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a ZPP podle § 18 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Údaje za předcházející kalendářní roky převezme ZP ze schválené VZ. Údaj za poslední kalendářní rok (tj. 3. kalendářní rok) bude zahrnovat výdaje za zdravotní péči z odd. B III/1, uskutečněný převod do provozního fondu z odd. B III/3 b) (u VoZP ČR i odd. B III 3 d) a u všech ZPP i uhrazený příspěvek do ZF z odd. B III ř. 4.

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 2004 opět komise SR pro fond prevence, zdravotní komise SR a do 31. 7. 2004 také správní rady okresních pojišťoven.

Prostředky získané za postoupení pohledávek ČKA je možno částečně zahrnout do rozvrhové základny pro výpočet přidělu ze ZFZP do fondu prevence podle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Pojišťovna však přiděl z tohoto titulu nenavýšila. Do fondu prevence byla přidělena částka v plánované výši v souladu

s Dodatkem ZPP 2004 a veškeré prostředky získané za postoupení pohledávek ČKA použila Pojišťovna ve prospěch ZFZP (viz tab. č. 19 v kapitole 6.1).

Náklady na preventivní zdravotní péči čerpané z fondu prevence v roce 2004 a komentáře k jednotlivým projektům jsou obsahem kapitoly 4.9.1.

Tabulka č. 28: Přehled o tvorbě a čerpání fondu prevence

	Rok 2004 Dodatek ZPP	Rok 2004 skutečnost	Skut.2004/ Dod. ZPP 2004 %
tis. Kč	tis. Kč		
A. Fond prevence – tvorba a čerpání			
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	68 775	68 775	1,00
II. Tvorba celkem = zdroje	354 309	356 959	1,01
1 Zdroje na základě zákona č. 551/1991 Sb. a 280/1992 Sb., ve znění pozd. předpisů	308 000	308 000	1,00
1a V tom: přiděl ze zisku po zdanění	10 000	10 000	1,00
1b podíl podle § 19 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb.			
1c podíl podle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb.	298 000	298 000	1,00
2 Úroky vytvořené na bankov. účtu FP	100	188	1,88
3 Ostatní (dary)	209	522	2,50
4 Zúčtování s pojištěnci	46 000	48 249	1,05
III. Čerpání celkem = snížení zdrojů:	421 039	387 899	0,92
1 Preventivní programy	420 239	387 344	0,92
2 Úroky z úvěrů na posílení Fprev			
3 Ostatní (bankovní poplatky)	800	555	0,69
4 Odpis penále, přírážek a pokut k pojistnému			
5 Předpis vrátek pojištěncům			
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	2 045	37 835	18,50
B. Fond prevence – příjmy a výdaje			
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	75 408	75 408	1,00
II. Příjmy celkem	354 309	351 670	0,99
1 Příjmy fin. prostř. na zákl. zák. č. 551/1991 Sb. a zák. č. 280/1992 Sb., ve znění pozd. předpisů	308 000	302 868	0,98
1a v tom: přiděl ze zisku po zdanění	10 000	10 000	1,00
1b podíl podle § 19 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb.			
1c podíl podle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb.	298 000	292 868	0,98
2 Úroky vytvořené na bankov. účtu Fprev	100	188	1,88
3 Ostatní (dary)	209	536	2,56
4 Příjem úvěru			
5 Zúčtování s pojištěnci	46 000	48 078	1,05
III. Výdaje celkem:	421 128	387 707	0,92
1 Výdaje na preventivní programy	420 239	373 161	0,89
2 Úroky z úvěrů			
3 Ostatní (bankovní poplatky)	800	555	0,69
4 Splátky úvěru			
5 Vrácení plateb pojištěncům	89	5 193	58,35
Interní		8 798	
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	8 589	39 371	4,58

	Skladba řádku A II 1b)		
	sl. 1	sl. 2	sl. 3 = 1+2
	tis. Kč	Převod	Celkem
Struktura přidělu do FP za tu část přidělu, která není prováděna převodem ze ZFZP		ze ZFZP	
K odd. A/ II		298 000	298 000
1 Předpisy úhrad z pokut a penále		Skladba řádku B II 1b)	Celkem
2 Předpisy úhrad z přírážek k pojistnému			
3 Předpisy pokut ZZ			
4 Předpisy úroků ZFZP			
			sl. 3 = 1+2
K odd. B/ II		292 868	292 868
1 Příjmy z pokut a penále			
2 Příjmy z přírážek k pojistnému			
3 Příjmy z pokut ZZ			
4 Příjmy z úroků ZFZP			

VZ 2004-Fprev-7

Komentář k vyplnění tabulky zobrazující skladbu tvorby Fprev.

1. Pokud ZFP 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 údaje ve sl. 3 má odpovídat údaj na A II 1b) případně B II 1b).
2. Pokud ZFP provádí tvorbu Fprev pouze převodem ze ZFZP, uvede tento údaj ve sl. 2 – převod ze ZFZP v hodnotě, která je uvedena na ZFZP v řádku A III 3c) a B III 3 c. Takto postupuje při vyplnění této tabulky i VZP ČR.
3. V komentáři uvede ZP, jak postupovala v r. 2004 při zúčtování podílu úhrady od ČKA vztahující se k Fprev, pokud komentář u ZFZP nebude vyčerpávající.

● 6.7 OSTATNÍ ZDAŇOVANÉ ČINNOSTI

Uvedené údaje jsou zpracované v nové organizační struktuře Pojišťovny. Ostatní zdaňovaná činnost Pojišťovny se od 1. 5. 2004 rozšířila, z důvodu vzniku dceřiné společnosti Pojišťovna VZP, a. s., o zprostředkovatelskou činnost, kterou zatím vykonávala vlastním jménem při provozování smluvního pojištění a připojištění (pojišťovacích činností).

Ostatní zdaňované činnosti, které Pojišťovna provádí zejména v souvislosti s hospodárným využíváním svého majetku, nebo v souvislosti se svojí hlavní činností, jsou služby podléhající dani z příjmu právnických osob (dle zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů). Ostatní zdaňované činnosti v roce 2004 tvořil pronájem bytových a nebytových prostor, komerční prodej metodik a číselníků nesmluvním partnerům, penzijní připojištění, nově zprostředkovatelská činnost a ostatní. Přepočtený počet zaměstnanců zabývajících se těmito činnostmi činil cca 83 osob.

V roce 2004 Pojišťovna realizovala výnosy ze zdaňované činnosti (viz tabulka OZdČ, část A. I., řádek 1) o cca 4,2 mil. Kč vyšší, než plánovala v Dodatku ZPP 2004. V uvedených výnosech připadá nejvyšší podíl na zprostředkovatelskou činnost (cca 63,6 %) a pronájem nebytových prostor (cca 35 %).

Náklady na zdaňovanou činnost Pojišťovny (viz tabulka OZdČ, část A. II., řádek 1) tvoří mzdy, ostatní osobní náklady, zákonné pojistné na zdravotní a sociální pojištění, odpisy investičního majetku a ostatní provozní náklady. Proti plánu

uvedenému do Dodatku ZPP 2004 se Pojišťovně podařilo náklady snížit o cca 1,9 mil. Kč. Největší podíl na uvedených nákladech připadá stejně jako u výnosů na zprostředkovatelskou činnost (cca 69,9 %) a pronájem nebytových prostor (cca 28,6 %).

Hospodářský výsledek je uvedený v části tabulky A. III. Daň z příjmů právnických osob ve výši 2 309 tis. Kč je samostatně uvedena v části tabulky A. IV. a zisk po zdanění je zanesen do části tabulky A. V.

Uvedené činnosti sleduje Pojišťovna ve svém účetním systému odděleně dle jednotlivých činností a v souladu s postupem stanoveným vyhláškou MF č. 418/2003 Sb., v platném znění, kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondu veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven.

Pojišťovna je jediným akcionářem obchodní společnosti Pojišťovna VZP, a. s., která byla zapsána do obchodního rejstříku dne 16. 1. 2004. Základní kapitál této společnosti činí 60 mil. Kč (viz tabulka OZdČ, část B) a byl splacen z prostředků, které Pojišťovna získala provozováním zdaňované činnosti – smluvního pojištění. Bylo vydáno 600 zaknihovaných akcií v nominální hodnotě 100 tis. Kč.

Tabulka č. 29: Ostatní zdaňovaná činnost

	Rok 2004 Dodatek ZPP	Rok 2004 skutečnost	Skut.2004/ Dod. ZPP 2004 %
A. Ostatní zdaňovaná činnost	tis. Kč	tis. Kč	
I. Výnosy celkem	64 890	69 141	1,07
1 Výnosy ze zdaňované činnosti	64 848	69 068	1,07
2 Úroky	42	73	1,74
3 Výnosy z prodeje finančních investic			
4 Zvýšení hodnoty CP vlivem reálného ocenění			
II. Náklady celkem	60 894	58 984	0,97
1 Náklady na zdaňovanou činnost pojišťovny	60 894	58 984	0,97
1a - mzdy bez OON	21 880	21 132	0,97
1b - OON	60	27	0,45
1c - pojistné na zdravotní pojištění zaměstnanců ZP	1 970	1 910	0,97
1d - pojistné na sociální zabezpečení zaměstnanců ZP	5 689	5 495	0,97
1e - odpisy IM - podíl vztahující se k této činnosti	12 285	10 897	0,89
1f - úroky			
1g - pokuty a penále			
1h - finanční náklady spojené s prodejem finančních investic			
1i - ostatní provozní náklady	19 010	19 523	1,03
2 Snižování hodnoty CP vlivem reálného ocenění			
III. Hospodářský výsledek = I - II	3 996	10 157	2,54
IV. Daň z příjmů		2 309	
V. Zisk (ztráta) po zdanění daní z příjmů = III - IV		7 848	
B. Doplnující informace (ocenění CP reálnou hodnotou)			
1 Stav cenných papírů k 1. 1. ve sledovaném období	0	0	
2 Stav cenných papírů k 31. 12. sledovaného období	60 000	60 000	1,00
Z toho CP vztahující se k dceřiné společnosti provozující komerční pojištění			
Stav cenných papírů k 1. 1. ve sledovaném období	0	0	
Stav cenných papírů k 31. 12. sledovaného období	60 000	60 000	1,00

VZ 2004-OZd-8

Poznámka:

1. ZP vyplní součty na ř. I. a II.
2. Tabulka zahrnuje veškerou zdaňovanou činnost provozovanou ZP v souladu se Statutem zdravotní pojišťovny, s výjimkou smluvního pojištění a připojištění provozovaného do 30. 4. 2004 VZP ČR.
Náklady na zdaňovanou činnost vyjadřují nejpozději k 31. 12. daného roku celkové náklady na tuto činnost včetně podílu nákladů hrazených v průběhu roku prvotně (zálohově) z PF.
Na tento podíl nákladů je nutno v průběhu roku poskytovat zálohy z prostředků zdanitelné činnosti na bankovní účet PF.
3. CP - pouze vztahující se k této činnosti včetně podílu ve dceřiných společnostech.
V oddíle II pod bodem 1h) je nutno uvádět pouze účetní hodnotu prodávaných finančních investic.
4. Změny vykazování, vztahující se k ukončení provozování komerčního pojištění ZP, jsou uvedeny v textové části metodiky pod bodem 6.7.

Smluvní pojištění a připojištění

Vzhledem k tomu, že dnem 1. května 2004, se vstupem smlouvy o přistoupení České republiky k Evropské unii v platnost, pozbylo platnosti ustanovení § 54, odst. 3 až 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, pozbylo právní opory povolení k pojišťovací činnosti, vydané Pojišťovně MF.

Pojišťovna proto založila dceřinou společnost Pojišťovna VZP, a. s. (dále jen PVZP). Na PVZP převedla Pojišťovna ke dni 1. května 2004 celý soubor činností, které zatím vykonávala vlastním jménem při provozování pojišťovací činnosti na základě shora uvedeného povolení. Ke stejnému dni Pojišťovna ukončila provozování aktivní pojišťovací činnosti a nadále vystupuje jako zprostředkovatel, nikoli již jako pojistitel.

Mezi Pojišťovnou jako převodcem a PVZP jako nabyvatelem byla uzavřena Dohoda o převodu pojistného kmene v odvětví neživotního pojištění, jejímž předmětem je převod pojistného kmene v odvětví neživotních pojištění a jeho příslušenství z převodce na nabyvatele. (Pojistným kmenem je dle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, soubor uzavřených pojistných smluv a jejich příslušenství. Příslušenstvím pojistného kmene jsou práva a povinnosti, které vyplývají z těchto pojistných

smluv, a finanční prostředky ve výši technických rezerv přiměřených tomuto pojistnému kmeni.)

Dnem převodu bylo stanoveno datum 1. 5. 2004, tj. den, kdy nabylo právní moci rozhodnutí, kterým byl Ministerstvem financí schválen převod pojistného kmene dle uzavřené Dohody. Rozhodnutí MF bylo vydáno v souladu s ustanovením § 32 odst. 6 zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů.

Na základě uzavřené smlouvy mezi Pojišťovnou a PVZP spolupracuje Pojišťovna s PVZP zejména při uzavírání smluv smluvního zdravotního pojištění a připojištění. Pojišťovna tuto spolupráci neprovozuje jako pojišťovací činnost ve smyslu zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, ale jako další titul tzv. ostatní zdaňované činnosti. Zprostředkovatelská činnost je provozována od 1. 5. 2004.

Výnosy z pojistného, finančních investic, provozní náklady, náklady na pojistná plnění, zúčtování rezerv a podílů zajišťovatelů uvedené v tabulce č. 30 se týkají období do 30. 4. 2004.

Přepočtený počet pracovníků, který se touto činností do 30. 4. zabýval, činil 170 osob.

K 1. 5. 2004 převedla Pojišťovna na PVZP pojistný kmen smluvního pojištění v ceně 40 436 tis. Kč a dále pak pasiva v hodnotě 190 209 tis. Kč a aktiva v hodnotě 212 942 tis. Kč (související s převedeným pojistným kmenem).

● 6.8 DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE

Také v roce 2004 Pojišťovna zajišťovala **agendu Česko-německého fondu budoucnosti**, pro který prováděla – v úzké spolupráci s Ministerstvem zahraničních věcí a Koordinací komisi – výplatu dávek sociální pomoci. Celková vyplacená částka činila cca 122 mil. Kč. Náklady Pojišťovny spojené s realizací sociální pomoci jsou plně refundovány.

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. Od 1. ledna 2005 (dle zákona č. 592/1992 Sb., ve znění zákona č. 438/2004 Sb.) se jedná o podstatně náročnější agendu přerozdělování pojistného se širším spektrem činností. Je zaveden nový způsob přerozdělování, který je řízen dvěma oddělenými kritérii. Jedná se zaprvé o přerozdělování pojistného podle počtu pojištěnců, věkové struktury, pohlaví, nákladových indexů a dále podle počtu nákladných pojištěnců ve smyslu zákona. Pojišťovna je pověřena přerozdělováním pojistného podle obou těchto kritérií a dále kontrolou správnosti a oprávněnosti vyúčtování nákladných pojištěnců vykázaných zdravotními pojišťovnami hospodařícími na území ČR.

Pojišťovna nadále prováděla činnosti, 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 náročné činnosti spojené s vedením Kapitálního centra, Informačního centra a Analytické komise dohodovacího řízení, pro které bylo nutno v průběhu roku 2004 soustřeďovat a zpracovávat velké množství dat.

Tabulka č. 30: Smluvní pojištění a připojištění

	Rok 2004 Dodatek ZPP	Rok 2004 skutečnost	Skut.2004/ Dod. ZPP 2004 %
	tis. Kč	tis. Kč	
A. Smluvní pojištění a připojištění			
I. Výnosy celkem	416 272	436 596	1,05
1 Výnosy z pojistného na smluvní pojištění	42 006	42 006	1,00
2 Výnosy z pojistného na připojištění	46 871	46 865	1,00
3 Výnosy z pokut a penále	11	11	1,00
4 Výnosy z finančních investic	57 931	58 143	1,00
5 Zúčtování technických rezerv	64 902	64 902	1,00
6 Podíl zajišťovatelů na výnosech	-11 141	-8 831	0,79
7 Úroky	99	242	2,44
8 Zvýšení hodnoty CP vlivem reálného ocenění			
Převod pasiv a pojistného kmene	212 992	230 645	1,08
Ostatní	2 601	2 613	1,00
II. Náklady celkem	408 480	399 853	0,98
1 Provozní náklady na sml. pojištění a připojištění celkem:	94 546	97 983	1,04
1a v tom: mzdy bez OON	13 700	13 704	1,00
1b OON	303	303	1,00
1c pojistné na zdravotní pojištění zaměstnanců ZP	1 237	1 238	1,00
1d pojistné na sociální zabezpečení zaměstnanců ZP	3 571	3 573	1,00
1e podíl odpisů - vztahující se k této činnosti	5 010	5 010	1,00
1f úroky			
1g pokuty a penále			
1h finanční náklady spojené s prodejem finančních investic	53 994	53 994	1,00
1i zbývající provozní náklady	16 731	20 161	1,21
2 Náklady na pojistná plnění smluvního pojištění	14 960	14 960	1,00
3 Náklady na pojistná plnění připojištění	30 013	30 015	1,00
4 Tvorba finančních rezerv	57 653	57 653	1,00
5 Podíl na nákladech na pojistná plnění zajišťovatelů	-13 349	-17 626	1,32
6 Snížení hodnoty CP vlivem reálného ocenění			
Převod aktiv	212 992	212 942	1,00
Ostatní	11 665	3 926	0,34
III. Hospodářský výsledek = I - II	7 792	36 743	4,72
IV. Daň z příjmů		10 955	
V. Zisk (ztráta) po zdanění daní z příjmů = III - IV		25 788	
B Doplnující informace (ocenění CP reálnou hodnotou)			
1 Stav cenných papírů k 1. 1. sledovaného období	197 674	197 674	1,00
2 Stav cenných papírů ke dni ukončení činnosti - k 30. 4. 2004	198 238	198 238	1,00

Poznámka:

- ZP vyplní součty na ř. I., II. a III.
- Provozní náklady na smluvní pojištění a připojištění vyjadřují nejpozději k 31. 12. daného roku veškeré provozní náklady, včetně podílu provozních nákladů hrazených prvotně (zálohově) z PF.
Na tento podíl nákladů je nutno v průběhu roku poskytovat zálohy na bankovní účet provozního fondu.
- Cenné papíry vztahující se k této činnosti jsou obsaženy v oddíle B.
Po ukončení vlastní činnosti VZP ČR bude jejich vykazování nadále prováděno na listu OZdČ-8.
Bližší údaje jsou uvedeny v textové části metodiky pod bodem 6.7.

VZ 2004 - Sml. poj.-9

VÝROČNÍ ZPRÁVA VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ČESKÉ REPUBLIKY ZA ROK 2004



- **SOUHRNNÝ PŘEHLED
VYBRANÝCH UKAZATELŮ
O ČINNOSTI POJIŠŤOVNY**

Počet pojištěnců na konci roku 2004 činil 6 680 790 osob a byl tak o 19 210 osob nižší, než předpokládal Dodatek ke Zdravotně pojistnému plánu pro rok 2004. Tento počet pojištěnců však znamená oproti roku 2003 pokles o cca 120 tis. osob. Z celkového počtu pojištěnců činil podíl pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, 58 % (část A, I. – řádek 1, 2).

Pojišťovna pořídila v roce 2004 hmotný a nehmotný investiční majetek za 550 mil. Kč (část A, II. – řádek 4). Finanční investice ve výši 60 mil. Kč představují akcie dceřiné společnosti PVZP, a. s., a meziroční pokles finančních investic v částce 169 mil. Kč je způsoben převodem cenných papírů původně evidovaných ve fondu smluvního pojištění na PVZP, a. s. (část A, II. – řádek 5, 6).

Přepočtený počet zaměstnanců Pojišťovny k 31. prosinci 2004 činil 4 916 osob a roční přepočtený počet činil 4 934 osob (část A, II. – řádek 17 a 18).

Maximální možný limit nákladů na činnost Pojišťovny v roce 2004 činil podle vyhlášky Ministerstva financí celkem 3 663,7 mil. Kč. V této výši byl proveden i skutečný přírůstek do provozního fondu Pojišťovny (část A, II. – řádek 21, 22).

● 7.1 STAV POHLEDÁVEK A ZÁVAZKŮ POJIŠŤOVNY

K 31. 12. 2004 evidovala Pojišťovna celkové pohledávky ve výši 32 437 mil. Kč, tzn. že oproti stavu k 31. 12. 2003 vzrostly o 2 269 mil. Kč (8 %) – viz část A, III, ř. 24. Pohledávky za plátcí pojistného činily 30 306 mil. Kč, z toho pohledávky ve lhůtě splatnosti 8 278 mil. Kč a pohledávky po lhůtě splatnosti 22 028 mil. Kč. Pohledávky za zdravotnickými zařízeními dosáhly celkové výše 895 mil. Kč. Pohledávky po splatnosti 247 mil. Kč (jedná se o pohledávky z uplatnění regulace na maximální hodnotu bodu v roce 2003 – viz komentář v kapitole 4.7) a pohledávky ve splatnosti 648 mil. Kč. Ostatní pohledávky po lhůtě splatnosti ve výši cca 84 mil. Kč tvoří pohledávky za zaměstnaneckými zdravotními pojišťovnami z přerozdělení. Ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti činí 1 153 mil. Kč (meziroční pokles o cca 114 mil. Kč) a jsou tvořeny pohledávkami z přerozdělení pojistného (577 mil. Kč), z náhrad škod (247 mil. Kč), z plnění mezinárodních smluv (81 mil. Kč) a pohledávkami ostatních fondů Pojišťovny.

Pohledávky po lhůtě splatnosti za plátcí pojistného byly k 31. 12. 2004 ve výši 22 028 mil. Kč. Tento stav sám o sobě nelze označit za pozitivní nebo negativní. Velmi zjednodušující by bylo tvrzení, že pokud by Pojišťovna tyto pohledávky vymohla, vyřešila by problém finanční bilance. Stav pohledávek po lhůtě splatnosti je kumulovaný za všechny roky činnosti Pojišťovny, není tedy přírůstkem pohledávek v roce 2004. Pohledávky po lhůtě splatnosti obecně vznikají proto, že plátce pojistného neuhradil pojistné na veřejné zdravotní pojištění nebo sankci, která mu byla vyměřena z důvodu neplnění povinností v oblasti úhrady

pojistného nebo oznamovacích povinností. Výše pohledávek po lhůtě splatnosti je dána mnoha faktory, mezi jeden z nejdůležitějších můžeme zařadit např. aktuální kondici národního hospodářství a z ní vyplývající aktuální finanční kondici plátců pojistného, obecné povědomí o povinnostech vyplývajících z veřejného zdravotního pojištění pro plátce atd. Pojišťovna, která se stará o více než 1 milion plátců pojistného, nemůže být dimenzována na tak dokonalou práci s klientem, aby byla schopna zjišťovat a včas vymáhat všechny pohledávky. Výpočetní technika sice výrazně pomáhá s vytvořením různých souborů, vedením evidence, zpracováním vyúčtování, platebních výměrů, dopisů atd., nemůže však pracovníka pojišťovny nahradit při jednání s klientem. To má pak za následek, že například kompletní kontrolu všech plátců pojistného a úplné vymáhání všech dluhů nelze provést ani v takové době, aby nedocházelo k promlčování dlužných pohledávek. Vymáhání pojistného se pak provádí podle priorit, jako jsou velikost dluhů, nebezpečí zániku plátce atd.

Jednotlivá územní pracoviště Pojišťovny (dále ÚP) se řídí jednotnou metodikou, ve které je uvedeno, jak se má postupovat, aby se vyhovělo předpisům, byly dodrženy zákonné mechanismy, lhůty apod. V praxi však nelze vždy postupovat podle ideálního předpisu. Celá Pojišťovna obhospodařuje přes 1 milion plátců pojistného a každý z těchto plátců, až na malé výjimky zaměstnaných OSVČ, má povinnost platit každý měsíc buď pojistné, nebo zálohu. Za každý den opoždění v platbě nebo za platbu v nižší částce musí plátce podle zákona zaplatit penále. Kromě toho nesplní-li zaměstnavatel či OSVČ oznamovací povinnost, nepředloží-li Přehled atd., má zdravotní pojišťovna právo uložit ve správním řízení pokutu do výše stanovené zákonem.

Při ideálním postupu by plátce, který něco nezaplatí včas, měl být nejprve na dluh upozorněn, i když to Pojišťovně žádný zákon přímo neukládá, a když dlužník nezaplatí ani po vyzvání, jde již o sporný případ, který ale podle zákona je nutno řešit ve správním řízení. A protože není zákonem stanovena žádná lhůta, do které je nutno dluhy vymáhat, mohou být plátcí upozorňováni až po určité době, třeba i za několik let. Pro Pojišťovnu to znamená, že nemusí každý měsíc rozesílat několik set tisíc oznámení o dluhu nebo o zahájení správního řízení. Tuto agendu by sice byl schopen vykonat počítač, ale nebyl by již schopen vyřizovat reakce na ně. O velké části promlčených pohledávek lze ale stejně říci, že by je Pojišťovna nevymohla, ani kdyby je začala vymáhat včas.

Způsob práce s pohledávkami vychází z legislativních možností. V § 8 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. je určeno, že: „Nezaplatí-li plátce pojistného pojistné ve stanovené výši a včas, je příslušná zdravotní pojišťovna povinna vymáhat na dlužníkovi jeho zaplacení včetně penále.“ Zákon sice přímo neurčuje termín, do kterého má zdravotní pojišťovna povinnost vymáhat dlužné pojistné, nicméně v § 16 odst. 1

zákona č. 592/1992 Sb. je určeno, že „právo předepsat dlužné pojistné se promlčuje za 5 let ode dne splatnosti. Byl-li proveden úkon ke zjištění výše pojistného nebo jeho vyměření, plyne nová promlčecí lhůta ode dne, kdy se o tom plátce dozvěděl.“ U penále se podle § 19 téhož zákona postupuje stejně jako u pojistného.

Metodika, podle které mají jednotlivá ÚP provádět zjišťování a vymáhání dlužného pojistného včetně penále, předepisuje pro různé situace a typy plátců postupy a lhůty, ve kterých je potřeba jednotlivé úkony provádět.

Způsob odpisu dlužných pohledávek se provádí podle § 26c zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, v platném znění.

(1) Dlužné pojistné, penále a pokuty a přírážky k pojistnému může příslušná zdravotní pojišťovna odepsat, je-li tento dluh zcela nedobytný. Za nedobytný se považuje takový dluh na pojistném a penále, který byl bezvysledně vymáhán na plátcu pojistného i na jiných osobách, na nichž tento dluh mohl být vymáhán, nebo nevedlo-li by vymáhání tohoto dluhu zřejmě k výsledku, nebo je-li pravděpodobné, že by náklady vymáhání tohoto dluhu přesáhly jeho výtěžek. Za nedobytný se považuje též dluh na pojistném a penále u zaměstnavatele, u něhož došlo k výmazu z obchodního rejstříku, popřípadě z jiného zákonem určeného rejstříku nebo stanovené evidence u příslušného orgánu v České republice, pokud dluh nepřešel na jeho právního nástupce, a dále dluh na pojistném a penále u fyzické osoby, která zemřela, pokud dluh nepřešel na dědice této osoby.

(2) O odpisu pro nedobytnost se plátce pojistného, popřípadě i jiná osoba, která je povinna dluh na pojistném a penále zaplatit, nevyrozumívá; dluh na pojistném a penále trvá dále, dokud nedojde k promlčení práva vymáhat tento dluh.

K odpisu pohledávek se v Pojišťovně přistupuje jen s velkou opatrností a jen v případech, kdy je zřejmé, že plátce zanikl a dluh není na kom vymáhat.

Celkové závazky Pojišťovny vzrostly ve srovnání s rokem 2003 o cca 3,1 mld. Kč a dosáhly celkové výše 21,6 mld. Kč. Závazky vůči poskytovatelům zdravotní péče činí 20,4 mld. Kč, z toho závazky vůči ZZ ve lhůtě splatnosti činí 11 mld. Kč (meziroční nárůst 1,1 mld. Kč) a závazky vůči ZZ po lhůtě splatnosti činí 9,3 mld. Kč, což znamená nárůst o 3,7 mld. Kč oproti stavu k 31. 12. 2003. Tento nárůst je způsoben nepříznivým vývojem nákladů na věcné dávky zdravotní péče (viz komentář v kapitole 6.1), který kladl velký tlak na výdajovou stranu bilance fondu, a tak i přes nárůst příjmů dochází k nárůstu závazků po lhůtě splatnosti. Ostatní závazky ve lhůtě splatnosti (nejsou zde zahrnuty závazky z přijatých úvěrů) pak činí 1,3 mld. Kč a skládají se ze závazků z přerozdělení pojistného (711 mil. Kč), z plnění mezinárodních smluv o zdravotní péči (37 mil. Kč) a závazků ostatních fondů Pojišťovny.

● 7.2 PLNĚNÍ PODMÍNEK SPLÁTKOVÝCH KALENDÁŘŮ ÚVĚRŮ

V průběhu roku 2004 Pojišťovna řádně splácela úvěry přijaté pro fond reprodukce investičního majetku (roční splátky činily 20,4 mil. Kč). Zůstatek přijatých úvěrů koncem roku činil 105,2 mil. Kč (část A, II. – řádek 9).

SOUHRNNÝ PŘEHLED VYBRANÝCH UKAZATELŮ O ČINNOSTI POJIŠŤOVNY
Tabulka č. 31: Přehled základních ukazatelů o činnosti zdravotní pojišťovny v roce 2004

Název ukazatele	Měr. jedn.	Rok 2004 Dodatek ZPP	Rok 2004 skutečnost	Skut.2004/ Dod. ZPP 2004 %
ODDÍL A				
I. Pojištěnci				
1 Počet pojištěnců celkem k posl. dni sledovaného období	osob	6 700 000	6 680 790	1,00
z toho: státem hrazení	osob	3 911 000	3 871 772	0,99
2 Průměrný počet pojištěnců za sledované období	osob	6 731 767	6 728 495	1,00
z toho:				
státem hrazení	osob	3 932 498	3 918 964	1,00
v tom: do 60 let	osob	2 419 288	2 403 864	0,99
nad 60 let	osob	1 513 210	1 515 100	1,00
II. Ostatní ukazatele				
3 Dlouhodobý majetek včetně poskyt. záloh pořízený k posl. dni sledov. období	tis. Kč	3 939 146	3 892 698	0,99
4 Dlouhodobý majetek, včetně poskyt. záloh pořízený za sled. období	tis. Kč	607 800	550 080	0,91
v tom: a) majetek na vlastní činnost	tis. Kč	607 800	550 080	0,91
b) ostatní majetek	tis. Kč			
5 Finanční investice k posl. dni sled. období	tis. Kč	100 000	60 000	0,60
z toho vázáno v dceřiné společnosti	tis. Kč	60 000	60 000	1,00
6 Finanční investice za sledované období	tis. Kč	-129 078	-169 078	1,31
z toho vázáno v dceřiné společnosti	tis. Kč	60 000	60 000	1,00
7 Přijaté bankovní úvěry celkem (strana Dal přísl. účtů, bez řádků 10,13)	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	20 387	20 387	1,00
9 Nesplacený zůstatek bankovních úvěrů k posled. dni sled. období celkem	tis. Kč	105 189	105 189	1,00
10 Přijaté bezúročné půjčky ve sled. období	tis. Kč			
11 Splácení bezúroč. půjčky ve sled. období	tis. Kč			
12 Nesplacený zůstatek bezúročné půjčky k posl. dni sled. období	tis. Kč			
13 Přijaté návratné finanční výpomoci ze stát. rozpočtu ve sled. období	tis. Kč			
14 Splácení návratné finanční výpomoci ze stát. rozpočtu ve sled. období	tis. Kč			
15 Nesplacený zůstatek návratné finanční výpomoci ze st. 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	5 200	4 916	0,95
18 Průměrný přepočtený počet zaměstnanců *)	osob	4 970	4 934	0,99
19 Výpočet limitu nákladů na činnost dle platné vyhlášky MF **)	%	3,40	3,40	1,00
20 Rozvrhová základna pro propočtení přídelu do provoz. fondu	tis. Kč	108 205 275	107 756 794	1,00
21 Maximální limit nákladů na činnost z dosažené rozvrhové základny	tis. Kč	3 678 979	3 663 731	1,00
22 Skutečný přídel ze ZFZP do provozního fondu	tis. Kč	3 678 979	3 663 731	1,00
5a) z ř. 5 - Finanční investice ve FIM	tis. Kč			

Název ukazatele	Měr. jedn.	Rok 2004 Dodatek ZPP	Rok 2004 skutečnost	Skut.2004/ Dod. ZPP 2004
				%
III. Závazky a pohledávky				
23 Závazky celkem k posl. dni sledovaného období	tis. Kč	21 716 000	21 613 944	1,00
v tom:				
a) závazky vůči zdrav. zařízením ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	11 943 000	11 064 583	0,93
b) závazky vůči zdrav. zařízením po lhůtě splatnosti	tis. Kč	8 463 000	9 292 758	1,10
c) ostatní závazky ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	1 310 000	1 256 603	0,96
d) ostatní závazky po lhůtě splatnosti	tis. Kč			
24 Pohledávky celkem k posl. dni sledovaného období	tis. Kč	31 964 732	32 436 812	1,01
v tom:				
a) pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	7 046 000	8 277 811	1,17
b) pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti	tis. Kč	22 980 000	22 028 039	0,96
c) pohledávky za zdravotnickými zařízeními ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	642 000	647 681	1,01
d) pohledávky za zdravotnickými zařízeními po lhůtě splatnosti	tis. Kč	300 000	246 894	0,82
e) ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	913 000	1 152 655	1,26
f) ostatní pohledávky po lhůtě splatnosti	tis. Kč	83 732	83 732	1,00

VZ 2004-ZUK-1

- *) ZP uvedou na celá čísla bez desetín. míst
- **) Ř. 19 limit zaokrouhlit na 2 desetinná místa v souladu s § 7 vyhl. č. 418/2003 Sb.
- 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 včetně opravného hlášení za 12. měsíc.
- Na ř. 2 průměrný počet pojištěnců k 31.12. ZP uvedou údaje z 1.-12. přerozdělování, včetně opravného hlášení za 12. měsíc/děleno 12
- Obecná připomínka k fondovým tabulkám ZFZP, PF, FRIM, RF, SF, FPrev a dále OZdČ a Sml Poj
S výjimkou listu ZUK-1, mají v případě mimořádných účetních případů zdravotní pojišťovny možnost doplnit do příslušného oddílu obou částí tabulky daného fondu další řádky, nad rámec závazné osnovy, která vychází z platného znění vyhlášky č. 418/2003 Sb. a zákona č. 69/2000 Sb.
ZP doplněné řádky nečíslojí. V těchto případech jsou ZP povinny v komentáři pod příslušnou tabulkou nebo v příslušné kapitole VZ 2004 uvést důvod tohoto postupu. Hodnoty na vložených řádcích jsou ZP povinny zahrnout do mezisoučtů v příslušných oddílech a promítnout je i do konečného zůstatku oddílu A nebo B. Mimořádné externí příjmy a výdaje nelze v daných řádcích kumulovat s hodnotami mimořádných převodů mezi fondy. Toto pravidlo platí pro oddíl B i oddíl A.
- Při provozování smluvního pojištění v dceřiné společnosti příslušné ZP bude tato záležitost předmětem rozšířeného komentáře k listu OZdČ.

VÝROČNÍ ZPRÁVA VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ČESKÉ REPUBLIKY ZA ROK 2004



- **PLNĚNÍ PODMÍNEK
USTANOVENÍ § 18
ZÁKONA Č. 106/1999 SB.,
VE ZNĚNÍ POZDĚJŠÍCH PŘEDPISŮ**

Zákon o svobodném přístupu k informacím

Agendou o poskytování informací podle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, se Pojišťovna zabývá od roku 2000. Podle citovaného ustanovení byla Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR povinna poskytovat tazatelům informace o těch oblastech jejích činností, ve kterých rozhodovala jako orgán veřejné správy. To znamená tam, kde rozhodovala např. podle § 53 zákona č. 48/1997 Sb., ve věcech týkajících se přírůžek k pojistnému, pokut a pravděpodobné výše pojistného nebo ve sporných případech placení pojistného, penále, vrácení přeplatku na pojistném a snížení záloh. V roce 2004 obdržela Pojišťovna 1 511 žádostí. Z toho byly pouze 2 žádosti v souladu s uvedeným zákonem odmítnuty. Jednalo se totiž o dotazy k vnitřním normám Pojišťovny. Proti odmítnutí nebylo podáno žádné odvolání. Žádosti o poskytnutí informací byly podávány osobně, písemně či prostřednictvím telekomunikačních zařízení. Žádosti byly přijímány jak na současných územních pracovištích, tak také na krajských pobočkách a také na Ústředí.

V roce 2004 Pojišťovna nevyužívala svého nároku na úhradu za poskytnutí informací, a to ani v případě složitějších a časově náročných žádostí, a všechny žádosti vyřídila ve stanovené lhůtě 15 dnů.

Opis podstatných částí rozsudku Městského soudu v Praze

Městský soud v Praze rozhodl rozsudkem ze dne 21. 7. 2004 ve věci žalobce Ing. J. K. proti žalované VZP ČR o žalobě proti zamítavému rozhodnutí ředitelky VZP ČR tak, že rozhodnutí se zrušuje a věc se vrací k dalšímu řízení.

„Na soudu tedy bylo posoudit otázku, zda VZP ČR má informační povinnost podle § 2 odst. 1 z. č. 106/1999 Sb., konkrétně zda VZP ČR (která nepochybně není státním orgánem ani orgánem územní samosprávy) je veřejnou institucí hospodařící s veřejnými prostředky. Soud má za to, že ‚veřejnou institucí‘ je subjekt, jehož založení a režim řízení (správy) se odvozuje z veřejného práva, zvláště (ale nikoliv výlučně) z norem správního práva, tedy norem, jimiž je popsán výkon veřejné správy. Veřejná správa při tom neznamená jenom autoritativní rozhodování o právech a povinnostech, ale zahrnuje i obhospodařování (správu) veřejných statků materiálních i nemateriálních. Dalšími znaky ‚veřejné instituce‘ je veřejný účel, zřizování státem a státní dohled nad její činností. Uvedené definiční znaky VZP ČR splňuje“.

„Pokud jde o pojem ‚veřejné prostředky‘, vodítkem pro výklad tohoto pojmu je např. definice obsažená v ust. § 3 písm. b/ z. č. 59/2000 Sb., o veřejné podpoře, podle kterého se pro účely tohoto zákona veřejnými prostředky rozumějí mimo jiné i prostředky veřejného zdravotního pojištění, či definice obsažená v ust. § 2 písm. g/ z. č. 320/2001 Sb.,

o finanční kontrole ve veřejné správě, podle kterého se pro účely tohoto zákona rozumí veřejnými prostředky veřejné příjmy, věci, majetková práva a jiné majetkové hodnoty patřící státu nebo jiné právnické osobě uvedené v písm. a/ (tj. orgánu veřejné správy, který je pod písm. a/ definován mimo jiné jako právnická osoba zřízená k plnění úkolů veřejné správy zvláštním právním předpisem, s výslovným odkazem na z. č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR)“.

„Soud tedy při výkladu pojmu ‚veřejná instituce hospodařící s veřejnými prostředky‘ dospěl k závěru, že Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR definiční znaky tohoto pojmu naplňuje. Žalovaný je tedy subjektem s tzv. úplnou informační povinností, tj. dle § 2 odst. 1 z. č. 106/1999 Sb., má povinnost poskytovat informace vztahující se k jeho působnosti“.

VÝROČNÍ ZPRÁVA VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ČESKÉ REPUBLIKY ZA ROK 2004



Hlavním cílem Pojišťovny pro rok 2004 bylo zmírnit prohlubování finanční nerovnováhy, tj. sblížit jak absolutní výši příjmů a nákladů, tak i tempa jejich růstu. Už v ZPP 2004 Pojišťovna konstatovala, že bez dodatečných mimořádných příjmů a systémových opatření, která Pojišťovna sama nemůže provést, vyrovnat finanční pozici nelze. V průběhu roku 2004 byla celá řada opatření na příjmové straně přijata. Dopad některých změn se projevil částečně již v roce 2004 (odstranění odpočtů při odvodu pojistného zaměstnavatelem u osob, za které je zároveň plátcem pojistného stát, ze zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, legislativní změny v platbách pojistného u OSVČ a OBZP, prodej pohledávek ČKA), některá z nich budou mít větší dopad na hospodaření Pojišťovny v následujících letech (zavedení 100% přerozdělení, včetně přerozdělení nákladů na nákladnou péči). Základní problém Pojišťovna shledává ve vývoji nákladů na zdravotní péči. Žádná systémová opatření v této oblasti přijata nebyla. Pokus o uplatnění regulací podle zdravotně pojistných plánů nebyl úspěšný. Pojišťovna se v průběhu roku 2004 snažila vlastními silami ovlivnit vývoj nákladů na zdravotní péči, a to (vedle standardních kontrolních mechanismů) zejména zpřísněním kontroly poskytování zdravotní péče v zařízeních následné péče, především hospitalizací s velmi dlouhou délkou trvání, se zaměřením na důsledné vyloučení sociálních hospitalizací z prostředků veřejného zdravotního pojištění, a prohloubením kontroly oprávněnosti krátkodobých hospitalizací, ke kterým lůžková zdravotnická zařízení motivoval uplatňovaný systém úhrad za zdravotní péči poskytovanou pojištěncům. Podobným významným opatřením bylo zpřísnění podmínek uzavření smlouvy s poskytovateli zdravotní péče na novou kapacitu. Ústředí ustanovilo komisi pro smluvní vztahy, která podle stanovených pravidel zkoumá detailně potřebu nové kapacity a rozhoduje jednotně v rámci celé Pojišťovny. Tato vnitřní opatření sice byla úspěšná, nemohou však znamenat výraznou změnu trendu růstu nákladů na zdravotní péči, neboť jsou pouze represivní a zpětná, působí pouze omezeně a neodstraňují příčiny problému, nepůsobí motivačně na poskytovatele zdravotní péče ani pacienty – pojištěnce.

Základní příčiny růstu nákladů na zdravotní péči jsou dlouhodobé a stále stejné, některé z nich jsou obecné, některé specifické pro Českou republiku. K obecným příčinám lze zařadit jednak demografický vývoj v České republice, tj. stárnutí obyvatelstva a tudíž postupnou změnu ve struktuře poptávky po zdravotních (a také sociálních) službách, jednak rychlý vývoj nových zdravotnických technologií a léků a jejich zařazování mezi služby hrazené ze zdravotního pojištění. K příčinám specifickým pro Českou republiku lze zařadit silný sklon obyvatelstva ke spotřebě zdravotní péče (a to jak vlastní lékařské péče, tak i léčivých přípravků), dlouhodobě nevhodnou, extenzivní strukturu sítě poskytovatelů zdravotní péče, nevyřešené a neřešené

problémy cenotvorby ve zdravotnictví (jak v oblasti samotných zdravotnických služeb, tak v oblasti lékové politiky) atd. Pojišťovna navíc po celý rok 2004 čelila skutečnosti, že její pojistný kmen je zatížen z hlediska nákladů na zdravotní péči vyšším podílem nákladných pojištěnců. Jednotlivé příčiny nestojí autonomně, ale vzájemně se prolínají a podmiňují. Tato složitá problematika musí být řešena celým souborem vzájemně provázaných opatření, která budou brát ohled na složitou strukturu zdravotnictví jako takového.

Pojišťovna se neztotožňuje s názorem, že problémy zdravotnictví vyřeší více kontroly a represe, ucpávání jakýchsi „černých děr“, rozuměj neefektivnosti ať už poskytovatelů zdravotní péče, zdravotních pojišťoven nebo dalších subjektů činných ve zdravotnictví. Pojišťovna samozřejmě podporuje všechna opatření, která vedou k odstraňování důsledků chybně nastaveného systému v České republice. Pojišťovna však pokládá za nutné, aby vedle toho začaly být podnikány kroky, které odstraní příčiny neefektivního chování systému zdravotnictví a zdravotního pojištění. Jednotliví aktéři systému totiž své chování logicky přizpůsobují tomu, aby maximalizovali užitek ze svého počínání. Pokud jsou pravidla systému nastavena tak, že maximalizace užtku subjektu (ať už skupiny osob, nebo jedince) může být dosažena chováním, které je v rozporu s užtkem celku, pak žádná represe, kontrola nebo revize tento rozpor neodstraní a problém se bude neustále vracet znovu a znovu. K opatřením, která by napomohla k odstranění systémových nedostatků veřejného zdravotního pojištění na výdajové straně, Pojišťovna řadí např.:

- střednědobá opatření (realizovatelná v horizontu 2-3 let):
 - zpřehlednění legislativního prostředí a posílení postavení zdravotních pojišťoven jako nákupčích zdravotní péče, tj. skloubení odpovědnosti za financování s odpovídajícími pravomocemi;
 - ukončení nutnosti přímých smluv zdravotních pojišťoven s poskytovateli vyžádané péče (např. laboratorní a diagnostické metody, fyzioterapie) a zavedení jejich financování zdravotnickým zařízením, které si danou službu objednalo;
 - změna způsobu tvorby Seznamu výkonů (úprava mechanismu dohodovacího řízení) a vytvoření reálného seznamu relativní finanční náročnosti jednotlivých výkonů; podle našeho názoru by Seznam výkonů měl být jakýmsi katalogem služeb s relativními váhami, nikoliv ceníkem. Cena nemůže (nesmí) být určována arbitrárně tak, aby pokryla náklady nejméně efektivního poskytovatele služby;
 - jednoznačné definování rolí, povinností a vzájemných vazeb jednotlivých typů poskytovatelů zdravotní péče;
 - vyloučení úhrad skryté školské režie fakultních nemocnic z úhrad z veřejného zdravotního pojištění;

- přepracování a výrazné zredukování indikačního seznamu pro lázeňskou péči;
- přehodnocení způsobu stanovení marže lékáren.
- dlouhodobá opatření:
 - přehodnocení rozsahu služeb pokrytých veřejným zdravotním pojištěním (např. vyjmutí úhrady volně prodejných léků, zavedení regulačních poplatků);
 - vytvoření systému, motivujícího pojištěnce k aktivní péči o své zdraví, ke zdraví prospěšnému životnímu stylu a k omezení nadbytečné spotřeby zdravotní péče;
 - podpora vzniku uceleného systému elektronického sběru, uchovávání a sdílení dat o poskytnuté péči v rámci i mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními za účelem zvýšení kvality a efektivnosti poskytované péče.

V roce 2004 se Pojišťovně nepodařilo dosáhnout vytčeného cíle, tj. zpomalit prohlubování finanční nerovnováhy. Přes uspokojivý růst příjmů (5 % se zahrnutím vlivu postoupení pohledávek) nebyl dosažen cíl zpomalení růstu nákladů na zdravotní péči (růst ve výši 7 %). Zlepšení finanční pozice Pojišťovny by si vyžadovalo zastavit růst nákladů na zdravotní péči po dobu cca 3 roků při zachování růstu příjmů na úrovni roku 2004 (tj. na úrovni cca 5 %). Vývoj finanční pozice Pojišťovny je zobrazen v následujícím grafu.

Graf je sestaven tak, že zobrazuje vývoj hospodaření Pojišťovny v letech 2001 až 2004, a to vždy ve srovnání s rokem 2000. Z grafu vyplývá, že od roku 2001, kdy byla finanční pozice Pojišťovny vyrovnána, došlo ke zrychlení

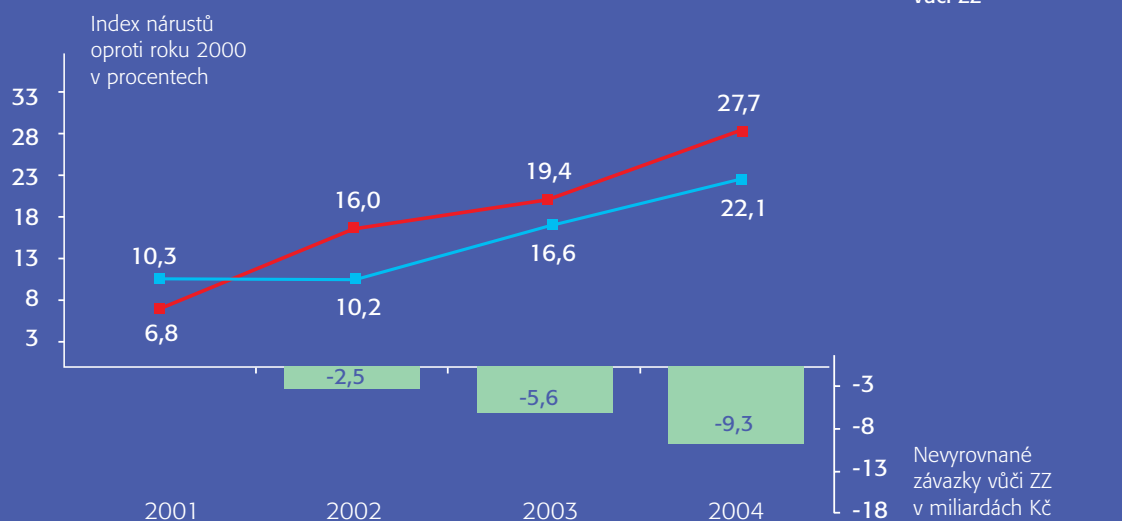
tempa růstu nákladů na zdravotní péči, které od té doby vždy předstihuje růst příjmů z veřejného zdravotního pojištění. To bylo způsobeno vydáním tehdejší vyhlášky MZ, jejíž důsledky byly prolongovány až do konce roku 2004. Stejná chyba je bohužel opakována i při vydání vyhlášky MZ pro 1. pololetí 2005, kdy je znovu argumentováno růstem příjmů z pojistného, aniž je brána v úvahu rozdílná úroveň tempa růstu příjmů a nákladů a jejich různá absolutní úroveň.

Vyhodnocení roku dle Metodiky MZ

Metodika zpracování a předkládání výročních zpráv činných zdravotních pojišťoven za rok 2004 vydaná Ministerstvem zdravotnictví ve spolupráci s Ministerstvem financí stanoví kritéria, která má každá zdravotní pojišťovna v závěrech své výroční zprávy za rok 2004 zhodnotit. V následujících bodech je uveden výsledek hospodaření dle stanovených kritérií.

1. Výše příjmů Pojišťovny z pojistného po přerozdělování (výkaz ZFZP B II. ř. 1 + 2) dosáhla 105,26 mld. Kč, naproti tomu věcné dávky zdravotní péče v roce 2004 (výkaz ZFZP A III. ř. 1) činily 107,05 mld. Kč. Z uvedeného vyplývá, že čerpání ZFZP za zdravotní péči převýšilo o 1,745 mld. Kč výběr pojistného po přerozdělení.
2. Stav závazků vůči ZZ k 31. 12. 2004 ve lhůtě splatnosti vzrostl ve srovnání se stavem k 31. 12. 2003 o 1,11 mld. Kč (11 %), stav závazků po lhůtě splatnosti vůči ZZ za stejné období vzrostl o 3,71 mld. Kč (67 %).

VÝVOJ PŘÍJMŮ A NÁKLADŮ ZÁKLADNÍHO FONDU ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ VZP ČR V LETECH 2001-04 (SE ZAHRNUTÍM PRODEJE POHLEDÁVEK ČKA)



- 9.2.1 Průměrný denní výdaj za zdravotní péči v roce 2004 byl 280 mil. Kč
- 9.2.2 Závazky ve lhůtě splatnosti vůči ZZ v porovnání s průměrným denním výdajem představují 39,5 dne.
- 9.2.3 Závazky po lhůtě splatnosti vůči ZZ v porovnání s průměrným denním výdajem představují 33,2 dne.

Pozn.: Výpočet v předcházejících dvou bodech nevypovídá o reálných dobách splatnosti, je počítán z průměrného denního výdaje, nikoliv nákladu, a neuvažuje vyúčtování prováděné vždy v závěru pololetí (resp. čtvrtletí), vyúčtování vrací zpět do účetního období skutečnosti, které nastaly v následujícím období.

- 9.3 Pojišťovna nečerpala pro potřeby základního fondu zdravotního pojištění v roce 2004 úvěr ani jinou návratnou výpomoc a ani neevidovala zůstatek úvěru z minulých let.
- 9.4 Pojišťovna eviduje pohledávky za ZZ po lhůtě splatnosti.
- 9.5 Rezervní fond Pojišťovny se v roce 2004 nepodařilo naplnit i přes skutečnost, že minimální výše rezervního fondu Pojišťovny měla pro rok 2004 (podle zákona č. 438/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR) činit 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění za bezprostředně předcházející 3 roky, tj. cca 1,4 mld. Kč. Finanční naplnění rezervního fondu do této výše (stažením finančních prostředků z oběhu a jejich depozicí) by mělo za následek prohloubení finanční nerovnováhy základního fondu zdravotního pojištění a prodloužení objemu i lhůty splatnosti pohledávek zdravotnických zařízení.
- 9.6 Fondy, které Pojišťovna podle platného znění zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, vede a spravuje, byly v průběhu roku 2004 průběžně naplňovány podle plánu příjmů a výdajů, nikoliv však pravidelnými kalendářními příděly, nýbrž příděly realizovanými až v době vzniku finanční potřeby fondu. Příděly do fondů byly tvořeny předpisem vzájemných pohledávek jednotlivých fondů v souladu s platným zněním citovaného zákona a vyhlášky Ministerstva financí č. 418/2003 Sb. v platném znění. V souladu se zvolenou metodikou účtování vykazuje základní fond zdravotního pojištění vysoký kladný zůstatek, který je však kryt pohledávkami, nikoliv finanční hotovostí.
- 9.7 Na běžných účtech základního fondu zdravotního pojištění byl na konci roku 2004 zůstatek ve výši 66 959 tis. Kč, což je o 19,7 mil. Kč více než stav zůstatku v předchozím roce. Minimální zůstatek běžných účtů je umožněn efektivním systémem řízení finančních toků Pojišťovny.

- 9.8 Pohledávky po lhůtě splatnosti za plátcí pojistného meziročně vzrostly o 816 mil. Kč, z toho pohledávky za pojistným poklesly o 679 mil. Kč, pohledávky za sankcemi naopak vzrostly o 1 495 mil. Kč a k 31. 12. 2004 dosáhly celkové částky 22 028 mil. Kč (z toho pohledávky z titulu uplatněných sankcí 10 752 mil. Kč, pohledávky z titulu pojistného na veřejné zdravotní pojištění 11 276 mil. Kč). Výše pohledávek za pojistným je ovlivněna odkupem pohledávek ČKA. Nárůst pohledávek z uplatněných sankcí je i přes odprodej pohledávek způsoben jak působením vyššího počtu zaměstnanců na úseku kontroly pojistného a tudíž vyšším počtem provedených kontrol, tak i působením změny zákona, která od poloviny roku 2002 umožnila dlužníkům hradit nejprve dlužné pojistné a teprve potom dlužné penále, což mělo za následek nižší úhradu platebních výměrů na penále. Stav pohledávek vůči plátcům pojistného je významně ovlivňován kromě finanční stability plátců také množstvím a kvalitou provedených kontrol; pro rok 2005 předpokládáme růst těchto pohledávek z titulu vyššího počtu kontrol.
- 9.9 Pohledávky po lhůtě splatnosti za smluvními zdravotnickými zařízeními evidovala Pojišťovna na konci roku ve výši 247 mil. Kč. Jedná se o pohledávky z uplatnění cenové regulace stanovené zákonem č. 526/1990 Sb., o cenách. Tyto pohledávky jsou předmětem právního sporu mezi Pojišťovnou a dotčenými poskytovateli zdravotní péče. Viz komentář v kapitole 4.7.
- 9.10 Závazky Pojišťovny ve lhůtě splatnosti vztažené k základnímu fondu zdravotního pojištění se oproti roku 2003 snížily o 504 mil. Kč, a to zejména z důvodu vyúčtování zálohy od ČKA poskytnuté v roce 2003.
- 9.11 Vnitřní opatření přijímaná ke zlepšení stavu hospodaření se ZFZP – v oblasti výběru pojistného Pojišťovna zintenzivnila svoji činnost v oblasti podávání návrhů na konkurzy u firem, u nichž není předpoklad plnění jejich závazků vůči Pojišťovně, i vymáhání pohledávek prostřednictvím konkurzních řízení. V oblasti čerpání věcných dávek zdravotní péče Pojišťovna posiluje roli praktického lékaře a jeho zainteresovanost na sledování nákladů na vlastní i indikovanou péči, podporuje přesun pojištěnců z lůžkových ZZ do domácí péče, kontroluje hospitalizace ze sociálních důvodů v zařízeních následné péče i uplatňování účelné farmakoterapie, u akutní lůžkové péče Pojišťovna podporuje přechod na způsob úhrady založený na klasifikačním systému diagnosticko-terapeutických skupin (DRG). K zefektivnění a posílení stavu hospodaření ZFZP Pojišťovna průběžně předkládá řady námětů na legislativní

změny a opatření ke stabilizaci systému veřejného zdravotního pojištění a rovněž upozorňuje na řadu rizikových faktorů.

9.12 Změny v právních předpisech, přijaté v minulosti, které měly příznivý dopad na kontroly plátců pojištění a vymáhání dlužného pojištění

- V roce 2004 byly zákonem zrušeny tzv. **odpočty na platbu pojištění státem** u zaměstnanců a OSVČ, za které je plátcem pojištění i stát. Ty **nesmírně komplikovaly provádění zpětných úprav** ve zdravotním pojištění a následně i v daních. K takovým zpětným úpravám docházelo například v souvislosti se zpětným přiznáváním důchodu i za několik let; k tomu dochází v praxi velice často.
- Motivační charakter má zákonné ustanovení přijaté v roce 2002, podle kterého nelze rozhodnout o prominutí penále bez předchozí úhrady pojištění. Mnozí plátcí ve snaze dosáhnout prominutí penále uhradí své dluhy na pojištění.

pak velká složitost a komplikovanost postupů využívaných při sledování a počítačovém zpracování agendy výběru pojištění, i při styku s pojištěncem, případně plátcem pojištění. Zvláště komplikovaná jsou pravidla pro posuzování, které příjmy se zahrnují a které nezahrnují do vyměřovacího základu pro výpočet pojištění zaměstnanců. Zbytečnou složitost by zde bylo možno odstranit například přímou vazbou na daňový základ zaměstnance.

- Obdobným způsobem lze hovořit o **doplatech pojištění** do minimální výše pojištění u zaměstnanců atd.

Rok 2004 byl z hlediska legislativního vývoje v oblasti veřejného zdravotního pojištění relativně plodný. Podařilo se do budoucna vyřešit problém nerovnoměrně rozděleného pojištění kmene a konkurence výběrem lukrativních pojištěnců, byly provedeny pozitivní změny na příjmové straně zdravotního pojištění. Pojišťovna provedla také řadu vnitřních opatření v oblasti své vnitřní organizace. Z hlediska celkového stavu veřejného zdravotního pojištění a postavení Pojišťovny v něm ale musíme konstatovat, že situace zůstává v podstatě stejná po dobu několika let a bez systémových opatření na výdajové straně veřejného zdravotního pojištění nelze očekávat pozitivní vývoj v příštích letech.

Návrhy na další právní změny

- Bylo by účelné zavedení takové zákonné úpravy systému vymáhání, která by zohledňovala neefektivnost vymáhání pohledávek nižších než cca 2 000 Kč ve správním řízení, kdy náklady na vymáhání jsou vyšší než vlastní vymáhaná částka. V současnosti je Pojišťovna ze zákona povinna vymáhat částky pojištění 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.
- Bylo by účelné zavést tzv. zástupnou platbu, hlavně v návaznosti na pohyb pojištěnců v rámci EU.

Přetrvávající nedostatky právních předpisů

Systém výběru pojištění a kontrolu jeho placení ztěžují některé i nadále přetrvávající nedostatky platných právních předpisů, týkajících se pojištění na veřejné zdravotní pojištění (zejména zákon č. 592/1992 Sb., o pojištění na všeobecné zdravotní pojištění):

- **Právní úprava** celé oblasti výběru pojištění **je stále neodůvodnitelně komplikovaná**, což klade značné nároky na pochopení jak pro pojištěnce a plátce pojištění, tak pro pracovníky Pojišťovny. Důsledkem je

VÝROČNÍ ZPRÁVA VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ČESKÉ REPUBLIKY ZA ROK 2004



STANOVISKO Dozorčí rady VZP ČR k Výroční zprávě VZP ČR za rok 2004

Dozorčí rada VZP ČR na svém jednání dne 14. dubna 2005 projednala Výroční zprávu VZP ČR za rok 2004 a dospěla k těmto závěrům :

Dozorčí rada VZP ČR konstatuje, že Výroční zpráva VZP ČR za rok 2004 objektivně charakterizuje činnost VZP ČR v roce 2004 a splňuje požadavky na výroční zprávu z hlediska metodických pokynů Ministerstva zdravotnictví ČR a Ministerstva financí ČR.

O všech zásadních otázkách rozhodovala tak jako v minulých letech Správní rada VZP ČR na svých pravidelných jednáních.

Dozorčí rada VZP ČR konstatuje, že VZP ČR zajistila v roce 2004 svým pojištěncům dostupnou zdravotní péči na odpovídající úrovni, jejíž náklady ale převyšují disponibilní zdroje.

Dozorčí rada VZP ČR rovněž konstatuje, že stále se zvyšující náklady na zdravotní péči nad uvedené disponibilní zdroje ani v roce 2004 neumožnily finančně naplnit Rezervní fond.

Dozorčí rada VZP ČR dále konstatuje, že přes včasné předložení Zdravotně pojistného plánu VZP ČR na rok 2004, nebyl tento dokument ke dni projednávání Výroční zprávy VZP ČR za rok 2004 Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR projednán.

Zároveň Dozorčí rada VZP ČR vyslovuje znepokojení nad stále se zvyšujícím schodkem ve financování VZP ČR. S cílem přispět ke zlepšení negativní situace v hospodaření VZP ČR zaměří Dozorčí rada VZP ČR svou další kontrolní činnost zejména do oblasti výdajů VZP ČR.

Dozorčí rada VZP ČR důrazně upozorňuje příslušné státní orgány na nepříznivý vývoj bilance základního fondu zdravotního pojištění a žádá, aby při rozhodování o výdajích na zdravotní péči důsledně respektovaly finanční možnosti systému veřejného zdravotního pojištění.

Závěr :

Na základě celkového posouzení činnosti VZP ČR vyslovuje Dozorčí rada VZP ČR souhlas s Výroční zprávou VZP ČR za rok 2004.

Dozorčí rada VZP ČR navrhuje společnému jednání Správní rady VZP ČR a Dozorčí rady VZP ČR předloženou Výroční zprávu VZP ČR za rok 2004 doporučit ke schválení Správní radou VZP ČR.

V Praze dne 14. dubna 2005



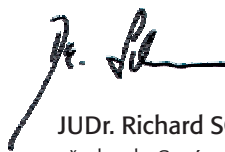
Ing. Josef Kantůrek, v. r.
předseda Dozorčí rady VZP ČR

USNESENÍ SPRÁVNÍ RADY Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky

V souladu s ustanovením § 20 platného znění zákona č. 551/91 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, Správní rada VZP ČR na svém jednání konaném dne 29. dubna 2005

- 1 projednala Výroční zprávu Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR za rok 2004, jejíž součástí jsou mimo jiné
 - zpráva o činnosti Pojišťovny v roce 2004,
 - zpráva o stavu a pohybu pojištěnců Pojišťovny v roce 2004,
 - tvorba a čerpání fondů Pojišťovny v roce 2004,
- 2 vyslechla stanovisko Dozorčí rady VZP ČR k předložené Výroční zprávě Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR za rok 2004 a seznámila se s výrokem auditora,
- 3 konstatovala, že návrh Výroční zprávy Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR za rok 2004 byl projednán na společném zasedání Správní rady VZP ČR a Dozorčí rady VZP ČR,
- 4 schválila Výroční zprávu Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR za rok 2004 a zároveň upozornila na trvalý trend, kdy růst příjmů z veřejného zdravotního pojištění nekryje potřebný růst nákladů na čerpání zdravotní péče, což má za následek stále se zvyšující nárůst objemu závazků po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým zařízením,
- 5 doporučila ředitelce Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, aby schválenou Výroční zprávu Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2004 předložila postupem podle zákona Poslanecké sněmovně Parlamentu České republiky.

V Praze dne 29. dubna 2005



JUDr. Richard SCHWARZ, v.r.
předseda Správní rady VZP ČR



Praha, spol. s r. o.

auditorské, daňové a poradenské služby
člen PwC a PricewaterhouseCoopers International



ZPRÁVA AUDITORA

k účetní závěrce a výroční zprávě
Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR

Provedli jsme audit přiložené účetní závěrky Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR se sídlem Praha 3, Orlická 4/2020, IČ: 41197518 k 31. prosinci 2004. Za sestavení účetní závěrky je odpovědný statutární orgán Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR. Naši 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 výroku „bez výhrad“.

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 2004 a výsledku hospodaření komerční činnosti za rok 2004 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 2004 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 6. dubna 2005


Ing. Petr Šrámek
odpovědný auditor
č. osvědčení o zápisu
do seznamu auditorů 1163




HZ Praha, spol. s r. o.
č. osvědčení o zápisu do seznamu
auditorských společností 31
Kodáňská 1441/46
Praha 10

Výkaz Úč ZP 1-01

Název a sídlo účetní jednotky
VZP ČR
Orlická 4/2020
Praha 3

ROZVAHA
k 31. 12. 2004
(v tis Kč)

Čís. ř.	IKF	Rok	Měsíc	IČ
01	850098	2004	112	41197518

	Číslo řádku	Minulé období	Hrubá výše	Úprava	Čistá výše
a	b	1	2	3	4
AKTIVA					
A. Dlouhodobý nehmotný majetek	1	405 096	1 307 750	968 541	339 209
B. Finanční umístění (investice)	2	229 078			0
C. Dlouhodobý hmotný majetek	3	3 420 620	5 157 679	1 604 190	3 553 489
I. Pozemky a stavby (nemovitosti)	4	2 936 023	3 651 992	606 647	3 045 345
II. Věci movité, v tom:	5	282 830	1 212 701	997 543	215 158
1. odepisované	6	282 028	1 211 899	997 543	214 356
2. neodepisované	7	802	802		802
III. Náklady na pořízení DHM a poskytnuté zálohy	8	201 767	292 986		292 986
D. Dlouhodobý finanční majetek	9	0	60 000		60 000
I. Podíly	10	0	60 000		60 000
1. Podíly v ovládaných osobách	11		60 000		60 000
2. Dluhopisy vydané ovládanými osobami a půjčky těmto osobám	12				0
3. Podíly s podstatným vlivem	13				0
4. Dluhopisy vydané osobami, ve kterých má ÚJ podst. vliv a půjčky	14				0
II. Jiný dlouhodobý finanční majetek	15	0	0		0
1. Akcie a ostatní cenné papíry s proměnlivým výnosem, ost. podíly	16				0
2. Dluhové cenné papíry	17				0
3. Depozita u finančních institucí	18				0
4. Ostatní dlouhodobý finanční majetek	19				0
E. Dlužníci	20	30 167 796	32 436 811		32 436 811
I. Pohledávky z veřejného zdravotního pojištění, v tom:	21	30 001 482	32 289 183		32 289 183
1. za plátcí pojistného	22	27 922 386	30 305 850		30 305 850
2. za poskytovateli zdravotní péče	23	895 465	894 574		894 574
3. z přerozdělení pojistného	24	809 068	661 324		661 324
4. z náhrad škod veř. zdrav. pojištění	25	252 465	247 034		247 034
5. z přeplatků do zajišťovacího fondu	26				0
6. z plnění mezinárodních smluv o zdravotní péči	27	21 752	81 271		81 271
7. ostatní pohledávky, z toho:	28	100 346	99 130		99 130
a) pohledávky zvláštního účtu přerozdělení	29	83 732	83 732		83 732
II. Ostatní pohledávky, z toho:	30	166 314	147 628		147 628
1. Pohledávky Fondu budoucnosti	31				0
2. Pohledávky z operací přímého pojištění, v tom:	32	16 815	0		0
a) pohledávky za pojistníky	33	13 994			0
b) pohledávky za zprostředkovateli	34	2 821			0
3. Pohledávky z operací zajištění	35	9 500			0
F. Ostatní aktiva	36	1 014 660	940 296		940 296
I. Zásoby	37	30 044	3 500		3 500
II. Hotovost na účtech u fin. institucí a hotovost v pokladně, z toho:	38	971 124	889 265		889 265
1. Pokladna a jiné pokladní hodnoty	39	9 486	9 057		9 057
2. Peníze na cestě	40	131	14 003		14 003
3. Šeky	41				0
4. Zvláštní bankovní účty, v tom:	42	169 794	141 550		141 550
a) základního fondu	43	45 314	51 330		51 330
b) rezervního fondu	44	6	6		6
c) provozního fondu	45	17 914	16 663		16 663
d) sociálního fondu	46	29 078	31 618		31 618
e) fondu reprodukce investičního majetku	47	2 502	3 119		3 119
f) fondu prevence	48	74 980	38 814		38 814
g) fondu pro úhradu preventivní péče	49				0
h) fondu pro zprostředkování úhrady zdravotní péče	50				0
i) Fondu pro úhradu záv. prev. péče z prostředků zaměstnavatele	51				0
5. Ostatní bankovní účty, z toho:	52	791 713	724 655		724 655
a) zvláštní účet přerozdělení	53	725 457	628 353		628 353
b) účet Fondu budoucnosti	54	8 478	9 028		9 028
III. Jiná aktiva	55	13 492	47 531		47 531
G. Přechodné účty aktiv	56	12 308	3 714		3 714
I. Ostatní přechodné účty aktiv, z toho:	57	12 308	3 714		3 714
1. Dohadné položky aktivní	58	11 889	3 714		3 714
AKTIVA CELKEM	59	35 249 558	39 906 250	2 572 731	37 333 519

a	Číslo řádku	Minulé období	Hrubá výše	Úprava	Čistá výše
b	1	2	3	4	
PASÍVA					
A. Vlastní jmění	60	16 417 419			15 613 898
I. Základní kapitál	61				
II. Rezervní fond na nové ocenění	62				
III. Ostatní kapitálové fondy, z toho:	63	4 287 006			4 615 298
1. provozní fond	64				
2. sociální fond	65	28 001			29 514
3. fond investičního majetku	66	3 789 145			3 846 646
4. fond reprodukce investičního majetku	67	392 486			691 670
5. fond prevence	68	68 775			37 835
6. fond pro úhradu preventivní péče	69				
7. fond pro zprostředkování úhrady zdravotní péče	70				
8. fond pro úhradu záv. prev. péče z prostředků zaměstnavatele	71				
9. jiné, v tom:	72	8 599			9 633
a) fond přerozdělení	73	121			604
b) Fond budoucnosti	74	8 478			9 029
IV. Ostatní fondy ze zisku, z toho:	75	77 113			77 111
1. fond smluvního zdravotního pojištění	76	77 113			77 111
V. Fondy veřejného zdravotního pojištění, v tom:	77	11 947 065			10 805 253
1. základní fond	78	11 909 432			9 338 764
2. rezervní fond	79	37 633			1 466 489
VI. Nerozdělený zisk min. úč. období nebo neuhráz. ztráta min. úč. období	80	74 000			82 600
VII. Zisk nebo ztráta běžného účetního období	81	32 235			33 636
B. Rezervy na ostatní rizika a ztráty	82	191 359	0	0	0
1. Záonné rezervy	83				0
2. Technické rezervy, z toho:	84	191 359	0	0	0
a) rezerva na nezasloužené pojistné	85	73 853			0
b) rezerva na pojistná plnění	86	71 010			0
c) vyrovnávací rezerva	87	46 496			0
C. Věřitelé	88	18 611 267			21 719 133
I. Závazky z veřejného zdravotního pojištění, v tom:	89	18 118 126			21 208 934
1. za plátců pojistného	90				
2. k poskytovatelům zdravotní péče	91	15 647 303			20 450 790
3. z přerozdělení pojistného	92	809 068			711 481
4. k zajišťovacímu fondu	93				
5. z plnění mezinárodních smluv o zdravotní péči	94	7 756			37 357
6. ostatní závazky	95	1 653 999			9 306
II. Výpůjčky zaručené dluhopisem, z toho:	96				
a) směnitelné (konvertibilní) výpůjčky	97				
III. Závazky vůči finančním institucím	98	125 576			105 189
IV. Ostatní závazky, z toho:	99	367 565			405 010
a) daňové závazky	100	20 583			20 445
b) závazky ze sociálního zabezpečení a veřejného zdrav. pojištění	101	59 621			60 302
c) závazky zvláštního účtu přerozdělení	102				
d) závazky Fondu budoucnosti	103				
e) závazky z operací přímého pojištění	104	13 368			0
ea) pojistníci	105	13 332			
eb) zprostředkovatelé	106	36			
f) závazky při operacích zajištění	107				
g) interní převody	108				
D. Ostatní pasiva	109				
E. Přechodné účty pasív	110	29 513			488
I. Výdaje příštích období a výnosy příštích období	111	249			83
II. Ostatní přechodné účty pasív, z toho:	112	29 264			405
a) dohadné položky pasivní, v tom:	113	29 264			405
PASÍVA CELKEM	114	35 249 558	0	0	37 333 519

Odesláno dne:	Řešítko:	Podpis vedoucího účetní jednotky:	Odpovídající za údaje:
	Orlická 4/2020 130 00 Praha 3		 Šmeráková Telefon: 221752560

Výkaz Úč ZP 2 - 01

Název a sídlo úč. jednotky
VZP ČR
Orlická 4/2020
Praha 3

VÝKAZ ZISKŮ A ZTRÁT

k 31. 12. 2004
(v tis Kč)

Čís. ř.	IKF	Rok	Měsíc	IČ
01	850098	2004	1/2	41197518

Legenda	Číslo řádku	Minulé období	Základna	Mezisoučet	Výsledek
a	b	1	2	3	4
I. Technický účet k neživotnímu pojištění	x				
1. Zasloužené pojistné, očištěné od zajištění	1				
a) předepsané hrubé pojistné	2		88 871	x	x
b) pojistné postoupené zajišťovatelům	3		-2 342	91 213	x
c) změna stavu hrubé výše rezervy na nezasloužené pojistné (+/-)	4		-22 549	x	x
d) změna stavu rezervy na nezasl. pojistné - podíl zajišťovatelů	5	308 098	-2 477	-20 072	111 285
2. Převedené výnosy z finančního umístění z netechnického účtu	6		x	x	
3. Ostatní technické výnosy, očištěné od zajištění	7	133	x	x	
4. Náklady na pojistná plnění, očištěné od zajištění:	8				
a) náklady na pojistná plnění:	9				
aa) hrubá výše	10		44 975	x	x
ab) podíl zajišťovatelů	11		6 682	38 293	x
b) změna stavu rezervy na pojistná plnění:	12				
ba) hrubá výše	13		14 115	x	x
bb) podíl zajišťovatelů (-)	14	132 158	2 247	11 868	50 161
5. Změna stavu ostatních technických rezerv - očištěná od zajištění (+/-)	15		x	x	
6. Prémie a slevy, očištěné od zajištění	16		x	x	
7. Čistá výše provozních nákladů	17				
a) pořizovací náklady na pojistné smlouvy	18		x	3 926	x
b) změna stavu časově rozlišených pořizovacích nákladů (+/-)	19		x		x
c) správní režie	20		x	40 231	x
d) provize od zajišťovatelů a podíly na ziscích (-)	21	146 686	x		44 157
8. Ostatní technické náklady, očištěné od zajištění	22		x	x	
9. Změna stavu vyrovnávací rezervy (+/-)	23	2 369	x	x	1 185
10. Mezisoučet, zůstatek Technického účtu k neživ. pojištění	24	27 018	x	x	15 782
II. Netechnický účet	x				
1. Výsledek technického účtu k neživotnímu pojištění	25	27 018	x	x	15 782
2. Výnosy z finančního umístění	26				
a) výnosy z podílů se zvl. uvedením těch, které pocházejí z ovládaných osob	27		x		x
b) výnosy z ost. fin. umístění, se zvlášť. uved. těch, které poch. z ovlád. osob, v tom:	28				
ba) výnosy z pozemků a staveb	29			x	x
bb) výnosy z ostatních investic	30		5 351	5 351	x
c) změny hodnoty finančního umístění	31		x		x
d) výnosy z realizace finančního umístění	32	121 965		52 792	58 143
3. Převedené výnosy z finančního umístění na tech. účet k živ. poj.	33				
4. Náklady na finanční umístění	34				
a) náklady na správu finančního umístění, včetně úroků	35		x		x
b) změny hodnoty finančního umístění	36		x		x
c) náklady spojené s realizací finančního umístění	37	115 301	x	53 994	53 994
5. Převod výnosů z finančního umístění na technický účet k neživ. pojištění	38		x	x	
6. Ostatní výnosy	39	33 922			302 652
7. Ostatní náklady	40	21 027			275 569
8. Daň z příjmů z běžné činnosti	41	14 302	x	x	13 264
9. Zisk nebo ztráta z běžné činnosti po zdanění	42	32 275	x	x	33 750
10. Mimořádné náklady	43	74	x	x	115
11. Mimořádné výnosy	44	77	x	x	1
12. Mimořádný zisk nebo ztráta	45	3	x	x	-114
13. Daň z příjmů z mimořádné činnosti	46				
14. Ostatní daně neuvedené v předcházejících položkách	47	43			
15. Zisk nebo ztráta za účetní období	48	32 235	x	x	33 636
Kontrolní číslo	999	1 014 704	134 873	277 596	1 009 362

Odesláno dne:	Razítko:	Podpis vedoucího účetní jednotky:	Odpovídající za údaje:	Štampová
	Orlická 4/2020 130 00 Praha 3			221753540
ÚSTŘEDÍ				

PŘÍLOHA K ÚČETNÍ ZÁVĚRCE ZA ROK 2004**INFORMACE O POJIŠŤOVNĚ:**

a) obchodní jméno a sídlo ZP: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, Orlická 4/2020, Praha 3
IČO: 41197518

b) předmět činnosti:

Pojišťovna provádí:

1. veřejné zdravotní pojištění – stanoveno v § 2, odst. 1 zákona č. 551/1991 Sb. v pl. z.
2. do 30. 4. 2004 činnosti v pojišťovnictví na základě povolení MF ČR čj. 322/50661/2002 ze dne 29. 5. 2002
 - 2.1. pojišťovací činnost podle zákona č. 363/1999 Sb. v pl. z., § 7, odst. 3
 - 2.2. činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 363/1999 Sb. v pl. z., § 3, odst. 4 od 1. 5. 2004 zajišťuje činnosti pod bodem 2.1. a 2.2 akciová společnost Pojišťovna VZP
3. další činnosti – realizované na základě živnostenského listu:
 - 3.1. zprostředkovatelská činnost v oblasti obchodu a služeb – dle živnostenského listu ev. č. 310002-94496-01 vydaného Úřadem městské části Praha 3 dne 18. 9. 2003. Vznik oprávnění provozovat živnost 13. 9. 1995.
 - 3.2. poradenská činnost v oblasti obchodu a služeb – dle živnostenského listu ev. č. 310004-2099-01 vydaného Úřadem městské části Praha 3 dne 18. 9. 2003. Vznik oprávnění provozovat živnost 14. 9. 1998.
 - 3.3. pronájmy bytových a nebytových prostor včetně poskytování služeb jiných než základních – dle živnostenského listu ev. č. 310002-0094496 vydaného Obvodním úřadem městské části Praha 2 dne 6. 3. 1996 a dle živnostenského listu ev. č. 310002-943396-01 vydaného Úřadem městské části Praha 3 dne 18. 9. 2003. Vznik oprávnění provozovat živnost 13. 9. 1995.
 - 3.4. ubytovací služby – dle živnostenského listu ev. č. 310002-0274896 vydaného Obvodním úřadem městské části Praha 2 dne 22. 7. 1996 a dle živnostenského listu ev. č. 310002-274896-01 vydaného Úřadem městské části Praha 3 dne 18. 9. 2003. Vznik oprávnění provozovat živnost 22. 7. 1996.
 - 3.5. koupě zboží za účelem jeho dalšího prodeje – dle živnostenského listu ev. č. 310002-0094296 vydaného Obvodním úřadem městské části Praha 2 dne 6. 3. 1996 a dle živnostenského listu ev. č. 310002-94296-01 vydaného Úřadem městské části Praha 3 dne 18. 9. 2003. Vznik oprávnění provozovat živnost 13. 9. 1995.

c) statutární orgány:

V souladu s platným zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, byli statutárními zástupci Pojišťovny a jednali jejím jménem do 31. 7. 2004

- ředitelka Pojišťovny: Ing. Jiřina Musílková
- prokurista Pojišťovny: Ing. Jiří Zahradník (do 31. 5. 2004)

od 1. 8. 2004

- ředitelka Pojišťovny: Ing. Jiřina Musílková

e) datum vzniku ZP: VZP ČR 1. 1. 1992 zřízena zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

OBCHODNÍ FIRMA, V NÍŽ MÁ POJIŠŤOVNA PODÍL NA ZÁKLADNÍM KAPITÁLU**a) obchodní jméno a sídlo:**

Pojišťovna VZP, akciová společnost,
Orlická 4/2020, Praha 3
IČO 27116913

b) předmět podnikání:

- 1 pojišťovací činnost podle § 7 odst. 3 zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, v platném znění, v rozsahu pojistného odvětví 2 písm. d) neživotních pojištění uvedených v části B přílohy k předmětnému zákonu
- 2 činnosti související s pojišťovací činností podle § 3 odst. 4 zákona č. 363/1999 Sb. v platném znění

c) statutární orgány:

Statutárním orgánem společnosti je představenstvo. Jménem společnosti jednají společně dva členové představenstva.

d) Jediným akcionářem společnosti je Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR.

e) Základní kapitál: 60 mil. Kč **splaceno: 100 %**
Akcí: 600 ks akcií na jméno ve jmenovité hodnotě 100 000 Kč vydané v zaknihované podobě.

Vzhledem ke skutečnosti, že k datu účetní závěrky za rok 2004 nebyly akcie zaknihovány, je obchodní podíl stoprocentního vlastníka akcií společnosti doložen výpisem z obchodního rejstříku k datu účetní závěrky a zatímním listem.

Z důvodu posílení kapitálové stability a finanční situace společnosti byl základní kapitál zvýšen o 40 mil. Kč upsáním nových akcií jediným akcionářem společnosti v počtu 400 ks nových kmenových akcií znějících na jméno v zaknihované podobě ve jmenovité hodnotě 100 000 Kč. Vzhledem

k tomu, že k datu účetní závěrky nebylo navýšení kapitálu finančně realizováno, je ke dni účetní závěrky evidována pohledávka (do doby vydání zatímního listu nebo akcií a závazek z titulu finančního vypořádání navýšení základního kapitálu Pojišťovny VZP, a. s., které v souladu s uzavřenou smlouvou bude provedeno nejpozději do 10 dnů po upsání nových akcií).

f) datum založení: společnost byla založena dne 7. 10. 2003 jediným zakladatelem Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR zakladatelskou listinou a rozhodnutím jediného zakladatele.

POSTUPY ÚČTOVÁNÍ

Účetnictví Pojišťovny v roce 2004 bylo vedeno v souladu s níže uvedenými předpisy:

- zákonem č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, vyhláškou č. 503/2002 Sb. ve znění vyhlášky č. 475/2003 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro zdravotní pojišťovny, v usneseních, která nebyla upravena vyhláškou č. 503/2002 Sb. v platném znění
- českými účetními standardy pro zdravotní pojišťovny
- vyhláškou č. 418/2003 Sb. v platném znění, 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.

Pojišťovna dále postupovala přiměřeně dle vyhlášky č. 502/2002 Sb. pro oblast smluvního pojištění a ostatní daně činnosti, vyhlášky č. 500/2002 Sb. pro vymezení dlouhodobého majetku, jeho odepisování a souvisejících nákladů s pořízením, vymezení zásob a jejich účtování a vyhlášky č. 501/2002 Sb. pro účtování o finančním umístění, cenných papírech a derivátech.

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

- hmotný majetek kromě zásob pořizovacími cenami,
- zásoby pořizovacími cenami,
- peněžní prostředky a cenniny jejich jmenovitými hodnotami,
- cenné papíry (v oblasti komerčního pojištění a připojištění) byly oceňovány reálnou hodnotou k datu účetní závěrky. K 31. 12. 2004 Pojišťovna nemá ve svém majetku cenné papíry.

- pohledávky a závazky při vzniku jmenovitou hodnotou,
- nehmotný majetek kromě pohledávek pořizovacími cenami, přičemž pořizovací cenou se rozumí cena, za kterou byl majetek pořízen a náklady s jeho pořízením související.

Dlouhodobý hmotný majetek jako samostatná položka rozvahy je účetně zachycen v účtové třídě 2.

Nemovitosti obsažené v této položce jsou majetkem Pojišťovny. Vzhledem k úvěrům poskytnutým Pojišťovně v letech 1998 a 1999 bylo zřízeno ve prospěch peněžního ústavu zástavní právo k nemovitosti – objekt Flora.

Ocenění reálnou hodnotou se nepoužívá pro ocenění provozních budov a pozemků.

Pořízení dlouhodobého majetku je v okamžiku úhrady závazku vykázáno jako čerpání fondu reprodukce investičního majetku a nárůst fondu investičního majetku.

Pojišťovna má stanoven **postup odepisování** dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku Odpisovým plánem VZP ČR. Používán je rovnoměrný způsob odepisování (měsíčně) po celou plánovanou dobu používání dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku.

Majetek a závazky vyjádřené v **cizí měně** přepočítává Pojišťovna na českou měnu kurzem devizového trhu stanoveným Českou národní bankou, a to při ocenění k okamžiku uskutečnění účetního případu a k datu účetní závěrky.

V oblasti **veřejného zdravotního pojištění** Pojišťovna neúčtovala v souladu s vyhláškou č. 503/2002 ve znění vyhlášky č. 475/2003 Sb. o dohadných položkách a o časovém rozlišení, neúčtovala o odložené dani z příjmů, o tvorbě a použití opravných položek a tvorbě a užití rezerv.

Pojišťovna tvořila 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. 363/199 Sb., o pojišťovnictví. Tyto technické rezervy tvořily součást pojistného kmene převedeného na Pojišťovnu VZP, a. s.

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

ZÁVAZKY SE SPLATNOSTÍ NAD 5 LET

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. 2004 činil nesplacený zůstatek jistiny úvěru 75 040 109,86 Kč. Úvěr je zajištěn zřízením zástavního práva k nemovitostem ve prospěch peněžního ústavu.

Porovnání stavů jednotlivých zvláštních bankovních účtů k fondům se stavy příslušných fondů s vysvětlením případných rozdílů je uvedeno v příloze č. 1 k Příloze k účetní závěrce za rok 2004.

Stavy a změny stavů fondů veřejného zdravotního pojištění a jednotlivých kapitálových fondů veřejného zdravotního pojištění s doložením jejich tvorby a čerpání v rozsahu vyžadovaném MZd ČR jsou uvedeny v kapitole č. 6 Výroční zprávy za rok 2004.

KOMERČNÍ POJIŠTĚNÍ A PŘIPOJIŠTĚNÍ

Ministerstvo financí 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 se sídlem Orlická 4/2020, 130 00 Praha 3, IČ.: 41 19 75 18 povolení k provozování pojišťovací činnosti a činností souvisejících dle § 7 odst. 3 zákona v rozsahu pojistného odvětví 2d) (smluvní zdravotní pojištění) neživotních pojištění uvedených v části B přílohy k zákonu o pojišťovnictví.

Smlouvy neživotních pojištění jsou uzavírány pouze na území ČR.

V souvislosti s návrhem další novely zákona o pojišťovnictví rozhodla Pojišťovna založit dceřinou akciovou společnost, která byla dne 16. 1. 2004 pod názvem Pojišťovna VZP, a. s., zapsána v obchodním rejstříku vedeném u Městského soudu v Praze v oddílu B, vložce číslo 9100. Na tuto společnost převedla Pojišťovna ke dni 1. 5. 2004 celý soubor činností, které vykonávala vlastním jménem při provozování pojišťovací činnosti tak, aby počínaje uvedeným dnem byly v Pojišťovně VZP, a. s., vytvořeny veškeré potřebné podmínky k provozování pojišťovací činnosti. Na Pojišťovnu VZP, a. s., byl převeden pojistný kmen a jeho příslušenství, tj. pojistné smlouvy, finanční prostředky ve výši technických rezerv, práva a povinnosti vyplývající z těchto pojistných smluv, včetně pohledávek za klienty a závazků vůči klientům.

Celková výše předepsaného hrubého pojistného v roce 2004 ke dni převodu pojistného kmene činila 88 761 tis. Kč, zajišťitelé se na předepsaném hrubém pojistném podíleli částkou 2 432 tis. Kč. Zasloužené pojistné dosáhlo celkové výše 34 980 tis. Kč.

Na hrubých nákladech na pojistná plnění, které dosáhly výše 44 975 tis. Kč, se zajišťitelé podíleli výší 6 682 tis. Kč. Čisté náklady na pojistná plnění tedy dosáhly výše 38 293 tis. Kč.

Saldo zajištění (tj. podíl zajišťitelů na výnosech mínus podíl zajišťitelů na nákladech) činilo celkem 4 340 tis. Kč.

Hrubé provozní výdaje (tj. pořizovací náklady na pojistné smlouvy a správní režie) byly v roce 2004 zaúčtovány v celkové výši 44 157 tis. Kč.

Informace o provozních nákladech komerčního pojištění a připojištění a tvorbě technických rezerv jsou obsahem přílohy č. 2 k Příloze účetní závěrky za rok 2004.

PŘÍLOHA Č. 1 K PŘÍLOZE K ÚČ. ZÁVĚRCE ZA ROK 2004

Výkaz ZFZP

Stav fondu k 31. 12. 2004	9 338 764 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2004	66 959 tis.
rozdíl	9 271 805 tis.
z toho: saldo pohledávek a závazků	9 271 805 tis.

Pohledávky k 31. 12. 2004

- za plátcí pojistného	30 305 850 tis.
- za smluvními zdrav. zařízeními	894 575 tis.
- z přerozdělení	661 324 tis.
- z náhrad škod	247 034 tis.
- ostatní	96 669 tis.
- interní	27 116 tis.
celkem	32 232 568 tis.

Závazky k 31. 12. 2004

- vůči smluvním zdrav. zařízením	19 924 916 tis.
- ostatní	479 087 tis.
- interní	2 556 760 tis.
celkem	22 960 763 tis.

Výkaz FRIM

Stav fondu k 31. 12. 2004	691 670 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2004	3 118 tis.
rozdíl	688 552 tis.
z toho:	
saldo pohledávek a závazků	793 741 tis.
zůstatek nesplaceného úvěru	105 189 tis.

Pohledávky k 31. 12. 2004

- interní	793 741 tis.
celkem	793 741 tis.

Závazky k 31. 12. 2004

- investiční úvěr	105 189 tis.
celkem	105 189 tis.

Výkaz Sociální fond

Stav fondu k 31. 12. 2004	29 514 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2004	31 675 tis.
rozdíl	-2 161 tis.
z toho: saldo pohledávek a závazků	-2 161 tis.

Pohledávky k 31. 12. 2004

- externí	3 tis.
- za zaměstnanci	13 tis.
- interní	3 197 tis.
celkem	3 213 tis.

Závazky k 31. 12. 2004

- externí (faktury)	1 566 tis.
- vůči zaměstnancům	7 tis.
- interní	3 801 tis.
celkem	5 374 tis.

Výkaz Rezervní fond

Stav fondu k 31. 12. 2004	1 466 489 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2004	6 tis.
rozdíl	1 466 483 tis.
z toho: saldo pohledávek a závazků	1 466 483 tis.

Pohledávky k 31. 12. 2004

- interní	1 466 483 tis.
celkem	1 466 483 tis.

Závazky k 31. 12. 2004

	0 tis.
celkem	0 tis.

Výkaz Fond prevence

Stav fondu k 31. 12. 2004	37 835 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2004	39 371 tis.
rozdíl	-1 536 tis.
z toho: saldo pohledávek a závazků	-1 536 tis.

Pohledávky k 31. 12. 2004

- externí	661 tis.
- interní	3 000 tis.
celkem	3 661 tis.

Závazky k 31. 12. 2004

- externí	5 126 tis.
- interní	71 tis.
- celkem	5 197 tis.

Výkaz Provozní fond

Stav fondu k 31. 12. 2004	0 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2004	18 585 tis.
rozdíl	- 18 585 tis.
z toho:	
saldo pohledávek a závazků	-25 294 tis.
stav zásob a cenin k 31. 12. 2004	6 709 tis.

Pohledávky k 31. 12. 2004

- odběr. faktury	34 595 tis.
- provoz. zálohy	5 055 tis.
- za zaměstnance	119 tis.
- ostatní	48 872 tis.
- interní	1 094 763 tis.
celkem	1 183 404 tis.

Závazky k 31. 12. 2004

- pokuty, penále	93 450 tis.
- dodav. faktury	92 347 tis.
- přijaté provoz. zálohy	0 tis.
- vůči zaměstnancům	93 604 tis.
- vůči org. zdr. poj. a soc. zab.	60 302 tis.
- ostatní	55 510 tis.
- interní	813 485 tis.
celkem	1 208 698 tis.

PŘÍLOHA Č. 2 K PŘÍLOZE ÚČETNÍ ZÁVĚRKY ZA ROK 2004

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 podílů ostatních provozních nákladů činností smluvního zdravotního pojištění a připojištění na provozních nákladech Pojišťovny (klíčované náklady Pojišťovny) je odvozeno z vnitřních směrnic Pojišťovny pro nákupy a zajištění provozu a z počtu pracovníků, podílejících se na této činnosti.

- podíl činnosti smluvního pojištění a připojištění na provozních nákladech Pojišťovny, hrazených Pojišťovnou pro potřeby všech okresních pojišťoven včetně ústřední pojišťovny (poměr všech pracovníků, provádějících smluvní pojištění, a všech pracovníků celovzp)
- podíl činnosti smluvního pojištění a připojištění na provozních nákladech Pojišťovny, hrazených ústřední pojišťovnou pro potřeby ústřední pojišťovny a okresních pojišťoven (poměr pracovníků ústřední pojišťovny, provádějících smluvní zdravotní pojištění, a všech pracovníků celovzp) – podíl pracovníků smluv. poj. OP na nákladech je zahrnut již v klíčovaných nákladech OP
- podíl činnosti smluvního pojištění a připojištění na provozních nákladech Pojišťovny, hrazených ústřední pojišťovnou pro potřeby ústřední pojišťovny (poměr pracovníků na ústřední pojišťovně, provádějících smluvní zdravotní pojištění, a všech pracovníků ústřední pojišťovny)

- klíčování z redukované základny na základě přehledu užívání plochy v objektu ústřední pojišťovny se redukuje základna pro klíčování vždy za příslušné čtvrtletí daného účetního období a z ní je klíčováním vypočten příslušný podíl smluvního pojištění a připojištění na nákladech
- a) podíl činnosti smluvního pojištění a připojištění na nákladech Pojišťovny, hrazených ústřední pojišťovnou, pro potřeby ústřední pojišťovny a okresních pojišťoven (poměr pracovníků ústřední pojišťovny, provádějících smluvní zdravotní pojištění, a všech pracovníků Pojišťovny)
- b) podíl činnosti smluvního pojištění a připojištění na nákladech Pojišťovny, hrazených ústřední pojišťovnou pro potřeby ústřední pojišťovny (poměr pracovníků na ústřední pojišťovně, provádějících smluvní zdravotní pojištění, a všech pracovníků ústřední pojišťovny)

O provozních nákladech smluvního pojištění a připojištění bylo účtováno pouze za období provozování této činnosti Pojišťovnou, tj. do 30. 4. 2004.

Z toho důvodu v této příloze Výroční zprávy vycházíme z organizačního členění platného do 1. 8. 2004 a používáme pojmy „ústřední pojišťovna“ a „okresní pojišťovny“.

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 a čerpání se řídí zákonem č. 363/1999 Sb., o pojištnictví, a vnitřními předpisy Pojišťovny. Pojišťovna tvořila technické rezervy pouze v období provozování smluvního pojištění a připojištění, tj. v období do 30. 4. 2004. Součástí převodu pojistného kmene na Pojišťovnu VZP, a. s., byl i převod technických rezerv a prostředků na jejich krytí.

Pojišťovna tvořila do 30. 4. 2004 následující technické rezervy:

- rezervu na nezasloužené pojistné
- rezervu na pojistná plnění
- vyrovnávací rezervu.

Technické rezervy byly vytvářeny a vedeny za každý produkt zvlášť. Při účtování o jejich tvorbě a použití (čerpání) se účtovalo jednak o jejich hrubé výši a jednak o podílu zajišťovatele na nich.

Rezerva na nezasloužené pojistné

Byla tvořena z části předepsaného hrubého pojistného, které se vztahuje k budoucím účetním obdobím.

Rezerva vstupuje do zajištění.

Byla vytvářena při uzavírání pojistných smluv, a to jak na okresních pojišťovnách, tak na ústřední pojišťovně. Rozpouštěla se v místě tvorby. Podíl zajistitele na tvorbě rezervy i rozpouštění podílu zajistitele bylo prováděno na ústřední pojišťovně.

Analytické členění rezervy bylo dle jednotlivých pojistných produktů.

Rezerva na pojistná plnění

Je určena ke krytí závazků z pojistných událostí

- v běžném účetním období vzniklých, hlášených, ale v tomto období nezlívidovaných
Stanoví se jako souhrn nákladů na pojistná plnění vypočítaných pro jednotlivé pojistné události.
- v běžném účetním období vzniklých, ale v tomto období nenahlášených
Stanoví se metodou kvalifikovaného odhadu (u CZP metodou trojúhelníkových schémat).

Rezerva vstupuje do zajištění.

Rezerva byla (včetně podílů zajistitele) vytvářena a čerpána na ústřední pojišťovně podle údajů z okresních pojišťoven a odboru smluvního pojištění a připojištění (OSML) ÚP VZP. Analytické členění rezervy na pojistná plnění bylo dle jednotlivých pojistných produktů.

Vyrovnávací rezerva

Je tvořena z části pojistného a je určena na vyrovnání zvýšených nákladů na pojistná plnění, které vznikly z titulu výkyvů ve škodním poměru, způsobených skutečnostmi nezávislými na vůli Pojišťovny. Postup pro určení výše této rezervy a podmínky pro čerpání stanovuje Ministerstvo financí ČR vyhláškou.

Rezerva nevstupuje do zajištění.

Rezerva je tvořena na ústřední pojišťovně VZP ČR.

Analytické členění vyrovnávací rezervy bylo dle jednotlivých produktů.

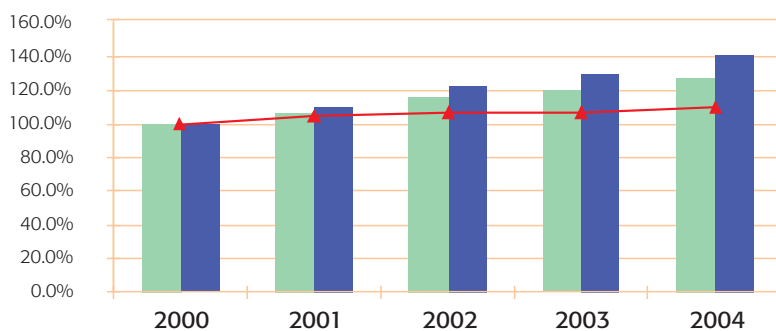
Výše tvorby, čerpání a skladba finančního umístění technických rezerv podléhá schválení odpovědným pojistným matematikem. Výkaz o tvorbě technických rezerv a skladbě finančního umístění byl v souladu se zákonem č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, předkládán Ministerstvu financí ČR.

ZPŮSOB A FORMA ZVEŘEJNĚNÍ VÝROČNÍ ZPRÁVY 2004

Výroční zpráva je k dispozici k nahlédnutí v sídle Pojišťovny, v oddělení informací a asistence, na všech krajských pobočkách a územních pracovištích. Podstatná část výroční zprávy je zveřejněna na internetu na adrese www.vzp.cz a ve Zpravodaji VZP ČR, který je určen smluvním partnerům Pojišťovny.

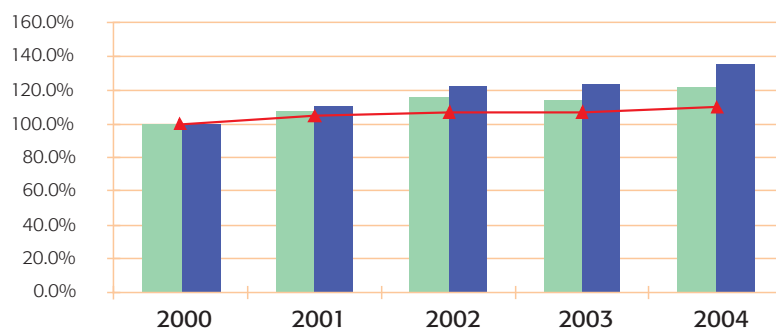
VÝVOJ NÁKLADŮ V JEDNOTLIVÝCH SEGMENTECH POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE V POROVNÁNÍ S VÝVOJEM INFLACE.

● Vývoj růstu nákladů ZFZP v %



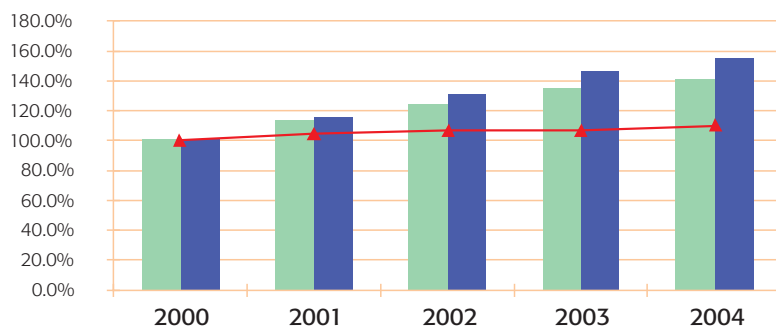
■ Růst absolutních nákladů v % ■ Růst nákladů na 1 poj. VZP v % ▲ inflace

● Vývoj růstu nákladů na nemocnice v %



■ Růst absolutních nákladů v % ■ Růst nákladů na 1 poj. VZP v % ▲ inflace

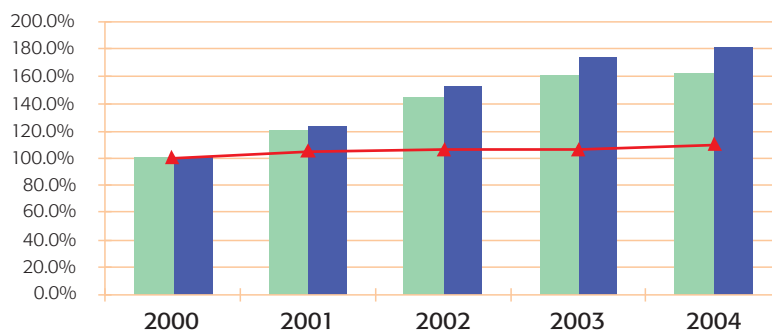
● Vývoj růstu nákladů na OLÚ v %



■ Růst absolutních nákladů v % ■ Růst nákladů na 1 poj. VZP v % ▲ inflace

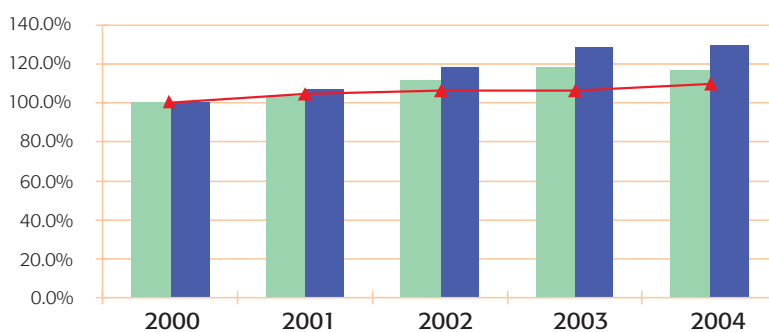
VÝVOJ NÁKLADŮ V JEDNOTLIVÝCH SEGMENTECH POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE V POROVNÁNÍ S VÝVOJEM INFLACE.

● Vývoj růstu nákladů na LDN v %



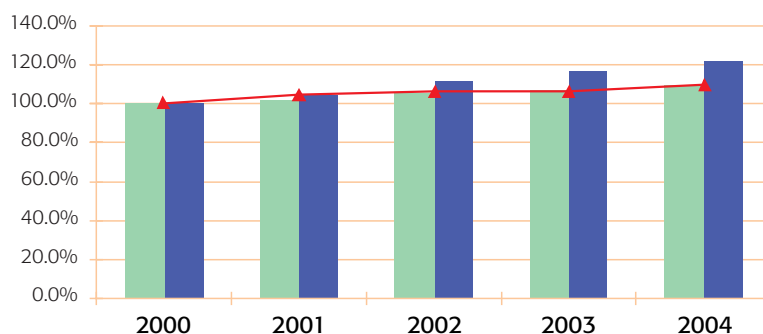
■ Růst absolutních nákladů v % ■ Růst nákladů na 1 poj. VZP v % ▲ inflace

● Vývoj růstu nákladů na praktické lékaře v %



■ Růst absolutních nákladů v % ■ Růst nákladů na 1 poj. VZP v % ▲ inflace

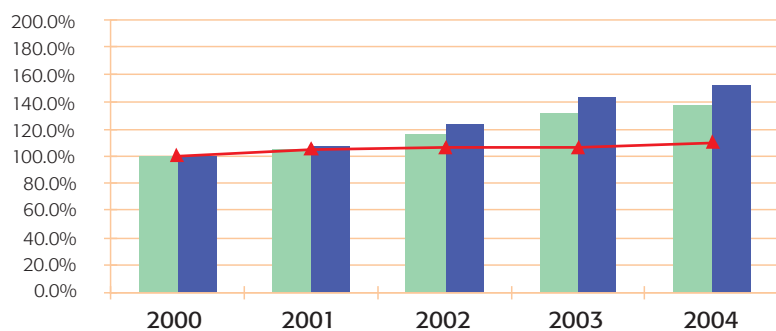
● Vývoj růstu nákladů na stomatologickou péči v %



■ Růst absolutních nákladů v % ■ Růst nákladů na 1 poj. VZP v % ▲ inflace

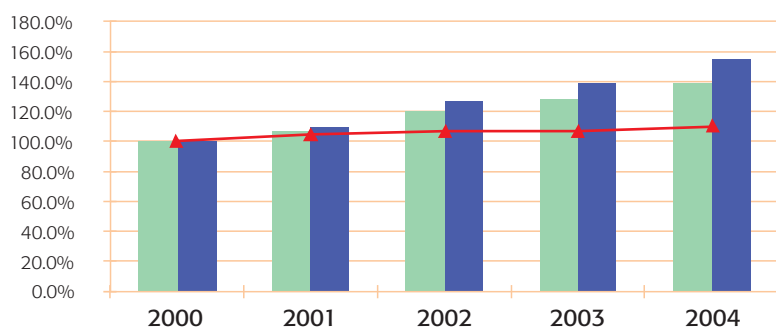
VÝVOJ NÁKLADŮ V JEDNOTLIVÝCH SEGMENTECH POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE V POROVNÁNÍ S VÝVOJEM INFLACE.

● Vývoj růstu nákladů na rehabilitační péči v %



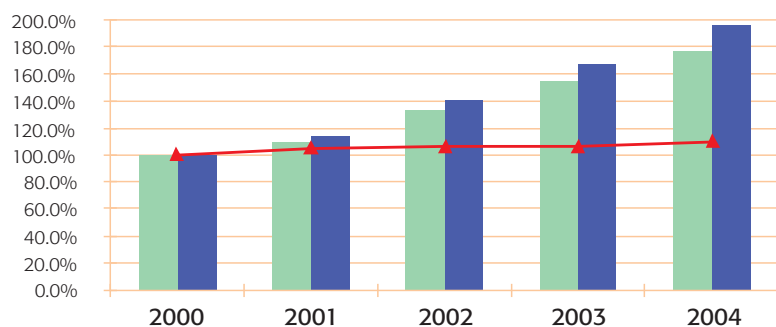
■ Růst absolutních nákladů v % ■ Růst nákladů na 1 poj. VZP v % ▲ inflace

● Vývoj růstu nákladů na ambulantní specialisty v %



■ Růst absolutních nákladů v % ■ Růst nákladů na 1 poj. VZP v % ▲ inflace

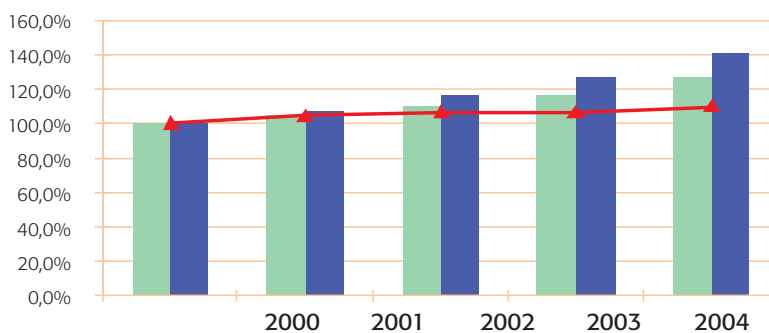
● Vývoj růstu nákladů na domácí péči v %



■ Růst absolutních nákladů v % ■ Růst nákladů na 1 poj. VZP v % ▲ inflace

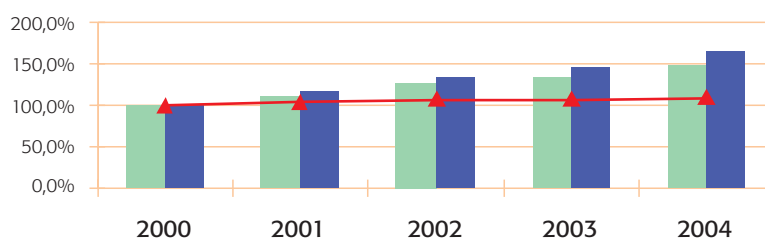
VÝVOJ NÁKLADŮ V JEDNOTLIVÝCH SEGMENTECH POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE V POROVNÁNÍ S VÝVOJEM INFLACE.

● Vývoj růstu nákladů na léky na předpis v AZZ v %



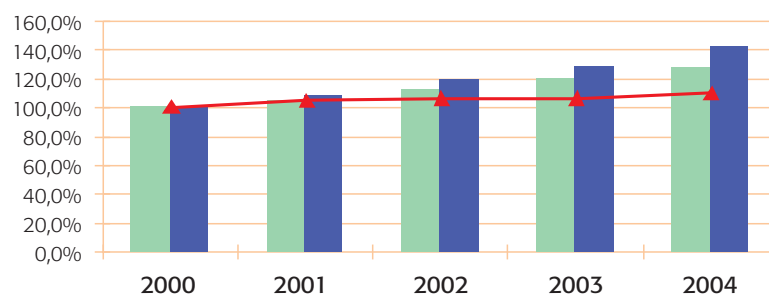
■ Růst absolutních nákladů v % ■ Růst nákladů na 1 poj. VZP v % ▲ inflace

● Vývoj růstu nákladů na léky na předpis v LZZ v %



■ Růst absolutních nákladů v % ■ Růst nákladů na 1 poj. VZP v % ▲ inflace

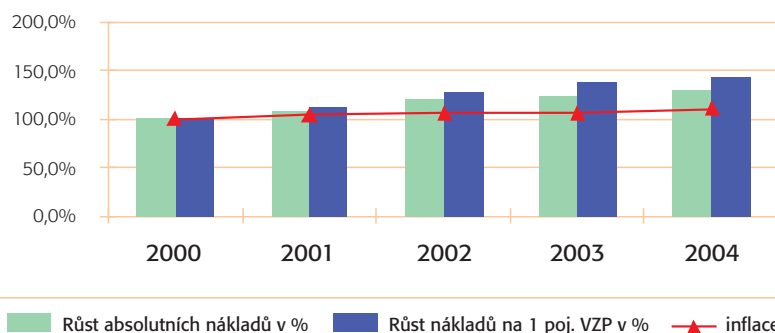
● Vývoj růstu nákladů na zdravotnické prostředky v AZZ v %



■ Růst absolutních nákladů v % ■ Růst nákladů na 1 poj. VZP v % ▲ inflace

VÝVOJ NÁKLADŮ V JEDNOTLIVÝCH SEGMENTECH POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE V POROVNÁNÍ S VÝVOJEM INFLACE.

● Vývoj růstu nákladů na zdravotnické prostředky v LZZ v %



ZVLÁŠTNÍ ČÁST VZ 2004

POUZE K ÚČELŮM PŘEROZDĚLOVÁNÍ PŘÍJMŮ VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Tabulka č. 32: Věková struktura pojištěnců zdravotní pojišťovny

Věková skupina	Průměrný počet pojištěnců *)				Index	Index
	Rok 2003		Rok 2004		2004/2003	2004/2003
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
0-5	136 375	128 954	134 370	126 697	0,99	0,98
5-10	156 073	147 881	143 195	135 486	0,92	0,92
10-15	207 019	194 630	197 858	186 222	0,96	0,96
15-20	217 355	205 064	213 239	199 357	0,98	0,97
20-25	253 289	230 892	239 601	217 265	0,95	0,94
25-30	293 549	266 290	295 546	258 405	1,01	0,97
30-35	247 502	216 909	251 774	223 425	1,02	1,03
35-40	237 391	209 539	228 729	200 582	0,96	0,96
40-45	218 007	196 999	222 698	198 347	1,02	1,01
45-50	257 088	240 683	246 409	227 718	0,96	0,95
50-55	269 189	260 628	266 276	254 589	0,99	0,98
55-60	247 687	257 402	249 846	255 779	1,01	0,99
60-65	176 197	202 487	186 604	210 769	1,06	1,04
65-70	136 803	180 787	133 726	176 040	0,98	0,97
70-75	132 533	194 366	129 154	187 922	0,97	0,97
75-80	95 961	174 813	95 606	170 053	1,00	0,97
80-85	52 454	114 259	56 993	125 463	1,09	1,10
85+	28 964	67 728	21 545	61 207	0,74	0,90
Celkem	3 363 436	3 490 311	3 313 169	3 415 326	0,99	0,98

VZ 2004 - Věk. struktura-1

*) Počty pojištěnců v jednotlivých skupinách podle věku a pohlaví stanoveny podle § 4 odst. 2 vyhlášky č. 644/2004 Sb.
Vazba na ř. 2 tab. VZ 2004 Zuk-1

Tabulka č. 33: Vývoj počtu pojištěnců zdravotní pojišťovny v r. 2004 dle věkové struktury

Věková skupina	stav k 31. 12. 2003		stav k 31. 12. 2004		Index 2004/2003	Index 2004/2003
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
0-4	135 814	128 284	134 946	127 178	0,99	0,99
5-9	148 983	140 950	139 173	131 751	0,93	0,93
10-14	203 722	191 682	192 488	181 104	0,94	0,94
15-19	215 918	203 023	211 094	196 691	0,98	0,97
20-24	245 616	224 141	232 781	211 940	0,95	0,95
25-29	295 091	265 011	297 082	254 392	1,01	0,96
30-34	251 633	221 014	252 624	228 149	1,00	1,03
35-39	233 317	205 419	225 470	196 944	0,97	0,96
40-44	220 590	197 752	225 016	200 038	1,02	1,01
45-49	253 146	235 394	239 606	220 044	0,95	0,93
50-54	268 614	258 315	264 263	251 659	0,98	0,97
55-59	250 291	257 579	251 672	255 970	1,01	0,99
60-64	181 783	207 097	190 867	213 901	1,05	1,03
65-69	134 943	178 538	134 151	175 200	0,99	0,98
70-74	130 892	190 911	126 955	184 655	0,97	0,97
75-79	95 217	172 170	95 870	168 137	1,01	0,98
80-84	55 231	120 959	57 487	127 179	1,04	1,05
85+	20 986	61 204	21 693	62 620	1,03	1,02
Celkem	3 341 787	3 459 443	3 293 238	3 387 552	0,99	0,98

Vazba na ř. 1 tab. VZ 2004 Zuk-1

VZ 2004-Vývoj počtu pojišt. dle věk. str.-stav-2

Tabulka č. 34: Celkové náklady na zdravotní péči podle věkové struktury pojištěnců

Věková skupina	Celkové náklady na zdravotní péči v tis. Kč				Index 2004/2003	Index 2004/2003
	rok 2003		rok 2004			
	muži	ženy	muži	ženy		
0-5	1 547 343	1 227 023	1 736 861	1 384 008	1,12	1,13
5-10	1 004 464	809 340	1 074 327	904 093	1,07	1,12
10-15	1 243 450	1 105 672	1 398 276	1 329 451	1,12	1,20
15-20	1 237 094	1 414 583	1 311 932	1 563 649	1,06	1,11
20-25	1 313 383	1 730 860	1 312 639	1 725 173	1,00	1,00
25-30	1 643 340	2 531 808	1 764 237	2 641 451	1,07	1,04
30-35	1 512 487	2 027 937	1 697 650	2 285 857	1,12	1,13
35-40	1 676 146	1 939 462	1 777 665	2 044 352	1,06	1,05
40-45	1 873 286	1 995 158	2 031 946	2 216 639	1,08	1,11
45-50	2 926 938	3 166 339	2 978 874	3 200 849	1,02	1,01
50-55	4 241 973	4 149 441	4 472 835	4 401 005	1,05	1,06
55-60	5 209 854	4 688 058	5 589 669	5 036 119	1,07	1,07
60-65	4 424 075	4 306 424	5 060 545	4 923 042	1,14	1,14
65-70	4 277 790	4 610 688	4 486 362	4 878 500	1,05	1,06
70-75	4 884 946	5 868 557	5 076 343	6 156 006	1,04	1,05
75-80	3 824 830	5 924 026	4 115 481	6 130 007	1,08	1,03
80-85	2 151 724	4 176 000	2 423 082	4 770 127	1,13	1,14
85+	857 317	2 510 598	839 262	2 454 493	0,98	0,98
Celkem *)	45 850 440	54 181 976	49 147 986	58 044 822	1,07	1,07

VZ 2004 Celk.zdr.nákl.-věk-3

Poznámka: *) Náklady stanovené podle § 4 vyhlášky č. 644/2004 Sb. Jedná se o náklady vypočtené přes mechanismus nákladových indexů. Ohodnocení péče je jednotné pro všechny ZP. Náklady takto vypočtené se liší od nákladů evidovaných v účetnictví.

Tabulka č. 35: Průměrné náklady na zdravotní péči na jednoho pojištěnce dle věkové struktury

Věková skupina	Průměrné náklady na zdravotní péči na 1 pojištěnce v Kč				Index 2004/2003	Index 2004/2003
	rok 2003		rok 2004			
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
0-5	11 346	9 515	12 926	10 924	1,14	1,15
5-10	6 436	5 473	7 503	6 673	1,17	1,22
10-15	6 006	5 681	7 067	7 139	1,18	1,26
15-20	5 692	6 898	6 152	7 843	1,08	1,14
20-25	5 185	7 496	5 478	7 940	1,06	1,06
25-30	5 598	9 508	5 969	10 222	1,07	1,08
30-35	6 111	9 349	6 743	10 231	1,10	1,09
35-40	7 061	9 256	7 772	10 192	1,10	1,10
40-45	8 593	10 128	9 124	11 176	1,06	1,10
45-50	11 385	13 156	12 089	14 056	1,06	1,07
50-55	15 758	15 921	16 798	17 287	1,07	1,09
55-60	21 034	18 213	22 372	19 689	1,06	1,08
60-65	25 109	21 268	27 119	23 358	1,08	1,10
65-70	31 270	25 503	33 549	27 712	1,07	1,09
70-75	36 858	30 193	39 305	32 758	1,07	1,08
75-80	39 858	33 888	43 046	36 048	1,08	1,06
80-85	41 021	36 549	42 515	38 020	1,04	1,04
85+	29 599	37 069	38 954	40 102	1,32	1,08
Celkem	13 632	15 524	14 834	16 995	1,09	1,09

VZ 2004 Celk. zdrav. nákl. na 1 poj. - 4

Tabulka č. 36: Náklady na zdravotní péči podle věkové struktury pojištěnců bez části nákladné péče

Věková skupina	Nákl. na zdr. péči dle věkové strukt. pojištěnců bez části nákladné péče (Kč)				Index 2004/2003	Index 2004/2003
	rok 2003		rok 2004			
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
0-5	1 400 727 371	1 134 975 822	1 602 512 985	1 306 436 258	1,14	1,15
5-10	953 893 782	771 824 283	1 025 197 170	870 360 667	1,07	1,13
10-15	1 158 265 288	1 054 548 448	1 322 624 673	1 280 516 694	1,14	1,21
15-20	1 143 004 169	1 357 318 687	1 221 836 714	1 505 740 653	1,07	1,11
20-25	1 220 960 586	1 695 985 675	1 233 615 403	1 699 348 450	1,01	1,00
25-30	1 537 067 001	2 461 351 236	1 669 626 463	2 584 027 293	1,09	1,05
30-35	1 425 702 327	1 967 295 708	1 607 776 868	2 233 199 782	1,13	1,14
35-40	1 564 006 247	1 872 507 695	1 665 242 625	1 994 264 648	1,06	1,07
40-45	1 729 308 353	1 931 989 471	1 908 147 947	2 148 625 054	1,10	1,11
45-50	2 714 799 458	3 033 394 121	2 776 553 211	3 083 271 832	1,02	1,02
50-55	3 906 921 609	3 985 288 131	4 125 124 061	4 228 619 377	1,06	1,06
55-60	4 826 562 574	4 471 418 569	5 197 942 684	4 816 431 229	1,08	1,08
60-65	4 096 813 951	4 102 448 291	4 693 879 700	4 677 727 337	1,15	1,14
65-70	3 963 721 305	4 398 785 474	4 188 408 303	4 673 595 157	1,06	1,06
70-75	4 559 534 349	5 617 776 718	4 759 658 970	5 911 760 387	1,04	1,05
75-80	3 618 899 543	5 715 398 427	3 882 609 827	5 935 618 340	1,07	1,04
80-85	2 057 149 010	4 088 322 712	2 321 136 670	4 656 937 301	1,13	1,14
85+	842 204 852	2 486 359 649	825 663 921	2 434 397 205	0,98	0,98
Celkem *)	42 719 541 776	52 146 989 117	46 027 558 194	56 040 877 663	1,08	1,07

VZ 2004 Náklady na zdr. péči bez nákladné péče - 6

Poznámka: *) Celkové roční náklady na pojištěnce ve věkových skupinách po odečtení části nákladů uhrazené za nákladné pojištěnce podle § 21a odst. 3 zákona č. 592/1992 Sb. a čl. VI zákona č. 438/2004 Sb. (v Kč). Tabulka č. 3 s odečtením 80 % nákladů nákladných pojištěnců nad třicetinasobek průměrných nákladů.

Tabulka č. 37: Nákladná péče podle věkové struktury pojištěnců

Věková skupina	Nákladná péče dle věkové struktury pojištěnců (Kč)				Index 2004/2003	Index 2004/2003
	rok 2003		rok 2004			
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
0-5	306 656 292	217 477 339	303 010 338	190 111 293	0,99	0,87
5-10	95 656 429	77 741 381	96 358 602	75 007 533	1,01	0,96
10-15	180 595 717	129 383 854	171 637 156	134 296 384	0,95	1,04
15-20	199 774 514	125 821 195	201 680 120	137 035 753	1,01	1,09
20-25	213 809 259	98 586 055	183 561 296	72 446 543	0,86	0,73
25-30	237 607 502	188 515 226	217 398 398	141 293 028	0,91	0,75
30-35	225 992 246	182 856 065	223 266 844	151 020 345	0,99	0,83
35-40	285 602 679	202 995 380	273 910 493	151 658 897	0,96	0,75
40-45	353 353 002	207 147 039	321 082 597	194 346 382	0,91	0,94
45-50	547 145 100	373 190 172	526 913 290	320 689 965	0,96	0,86
50-55	853 549 310	450 219 683	860 590 361	464 977 222	1,01	1,03
55-60	1 026 448 159	596 561 333	1 043 042 773	609 685 671	1,02	1,02
60-65	888 561 651	584 182 548	973 616 128	663 054 712	1,10	1,14
65-70	863 936 609	635 208 831	846 054 323	612 378 106	0,98	0,96
70-75	924 836 829	741 672 096	910 950 819	726 281 859	0,98	0,98
75-80	580 483 870	646 505 767	659 874 714	601 944 209	1,14	0,93
80-85	253 472 551	305 551 652	293 249 187	341 781 705	1,16	1,12
85+	50 829 144	92 754 352	43 590 442	69 004 567	0,86	0,74
Celkem	8 088 310 862	5 856 369 968	8 149 787 882	5 657 014 176	1,01	0,97

VZ 2004 nákladná péče - 7

Tabulka č. 38: Průměrný počet pojištěnců nákladné péče podle věkové struktury

Věková skupina	Průměrný počet pojištěnců nákladné péče				Index 2004/2003	Index 2004/2003
	rok 2003		rok 2004			
	muži	ženy	muži	ženy		
0-5	250	215	235	161	0,94	0,75
5-10	91	86	86	82	0,95	0,95
10-15	205	182	192	184	0,93	1,01
15-20	226	150	222	159	0,98	1,06
20-25	268	151	204	99	0,76	0,66
25-30	288	277	243	171	0,84	0,62
30-35	318	293	273	212	0,86	0,72
35-40	390	324	323	218	0,83	0,67
40-45	467	353	396	268	0,85	0,76
45-50	755	560	648	421	0,86	0,75
50-55	1 157	644	1 005	597	0,87	0,93
55-60	1 436	868	1 295	794	0,90	0,91
60-65	1 238	859	1 181	836	0,95	0,97
65-70	1 204	973	1 081	817	0,90	0,84
70-75	1 303	1 093	1 151	959	0,88	0,88
75-80	796	973	807	795	1,01	0,82
80-85	319	479	340	418	1,06	0,87
85+	70	152	55	93	0,79	0,61
Celkem	10 778	8 632	9 737	7 282	0,90	0,84

VZ 2004 počet pojišt. nákl. péče - 5

Poznámka: Nákladný pojištěnec je vymezen překročením svých nákladů nad třicetinasobek průměrných nákladů v daném roce. Průměrný počet pojištěnců je vypočtený jako podíl součtu počtů nákladných pojištěnců v jednotlivé skupině podle věku a pohlaví k 1. dni všech měsíců kalendářního roku a čísla 12.

Tabulka č. 39: Počet pojištěnců nákladné péče podle věkové struktury

Věková skupina	Průměrný počet pojištěnců nákladné péče				Index 2004/2003	Index 2004/2003
	rok 2003		rok 2004			
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
0-5	348	289	341	235	0,98	0,81
5-10	91	87	88	83	0,97	0,95
10-15	209	185	195	185	0,93	1,00
15-20	232	153	225	163	0,97	1,07
20-25	277	155	214	101	0,77	0,65
25-30	295	283	250	176	0,85	0,62
30-35	331	302	280	215	0,85	0,71
35-40	410	336	337	225	0,82	0,67
40-45	489	361	420	276	0,86	0,76
45-50	795	583	692	439	0,87	0,75
50-55	1 225	690	1 075	630	0,88	0,91
55-60	1 542	918	1 397	846	0,91	0,92
60-65	1 351	928	1 301	900	0,96	0,97
65-70	1 328	1 043	1 196	899	0,90	0,86
70-75	1 460	1 207	1 300	1 063	0,89	0,88
75-80	910	1 087	931	906	1,02	0,83
80-85	381	552	419	506	1,10	0,92
85+	90	176	67	111	0,75	0,63
Celkem	11 763	9 334	10 728	7 958	0,91	0,85

Poznámka: Nákladný pojištěnec je vymezen překročením svých nákladů nad třicetinasobek průměrných nákladů v daném roce.

Tabulka č. 40: Přehled bodových hodnot za období I. pololetí 2000 - II. pololetí 2004 dle Věstníků MZ

TYP SUBJEKTU	2000 I. pol.	2000 II. pol.	2001 I. pol.	2001 II. pol.	2002 I. pol.	2002 II. pol.	2003 I. pol.	2003 II. pol.	2004 I. pol.	2004 II. pol.
A01 (praktický lékař hrazen výkonově)	0,70 Kč	0,70 Kč	0,70 Kč	0,80 Kč	0,87 Kč	0,87 Kč	0,90 Kč	0,90 Kč	0,90 Kč	0,90 Kč
A02 (praktický lékař hrazen KKVP)	0,70 Kč	0,70 Kč	0,70 Kč	0,80 Kč	0,87 Kč	0,87 Kč	0,90 Kč	0,90 Kč	0,95 Kč	0,95 Kč
SPEC.AMB	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,02 Kč	1,02 Kč	1,04 Kč	1,04 Kč	1,04 Kč
GYNEK	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,02 Kč	1,02 Kč	1,04 Kč	1,04 Kč	1,04 Kč
DOMACI PECE	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč
KOMPLEMENT - LAB	0,80 Kč	0,80 Kč	0,82 Kč	0,82 Kč	0,82 Kč	0,85 Kč	0,86 Kč	0,86 Kč	0,86 Kč	0,86 Kč
RDG	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,01 Kč	1,02 Kč	1,04 Kč	1,04 Kč	1,04 Kč
REHABILITACE	0,87 Kč	0,87 Kč	0,88 Kč	0,90 Kč	0,90 Kč	0,92 Kč	0,95 Kč	0,96 Kč	0,96 Kč	0,96 Kč
NEMOCNICE	0,86 Kč	0,87 Kč	0,89 Kč	0,89 Kč	0,89 Kč	0,89 Kč	0,89 Kč	0,89 Kč	0,89 Kč	0,89 Kč
DOPRAVA	0,80 Kč	0,85 Kč	0,86 Kč	0,86 Kč	0,86 Kč	0,87 Kč	0,87 Kč	0,87 Kč	0,91 Kč	0,91 Kč
ZACHR.SLUZBA	0,95 Kč	0,95 Kč	0,95 Kč	0,97 Kč	0,97 Kč	0,99 Kč	0,99 Kč	0,99 Kč	1,01 Kč	1,02 Kč
LSPP	0,80 Kč	0,80 Kč	0,80 Kč	0,80 Kč	0,80 Kč	0,87 Kč	0,87 Kč	0,87 Kč	0,90 Kč	0,91 Kč
OLU	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč
LDN	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč
OS.LUZKA	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč
HEMODIALYZA	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,00 Kč	1,02 Kč	1,02 Kč	1,02 Kč	1,02 Kč
STOMATOLOGIE	sazebník	sazebník	sazebník	sazebník	sazebník	sazebník	sazebník	sazebník	sazebník	sazebník
POLIKLINIKY	dle segm.	dle segm.	dle segm.	dle segm.	dle segm.	dle segm.	dle segm.	dle segm.	dle segm.	dle segm.
kapitační paušál (Kč)	prům. 28,-	prům. 29,-	min. 29,-	min. 29,-	min. 30,-	min. 31,-	min. 32,-	min. 33,-	min. 33,-	min. 33,-

AČMN	Asociace českých a moravských nemocnic	OP VZP ČR	Okresní pojišťovna VZP ČR
ARO	Anesteziologickoresuscitační oddělení	ORZP	Odbor revize zdravotní péče
AZZ	Ambulantní zdravotnické zařízení	OSVČ	Osoby samostatně výdělečně činné
BÚ	Běžný účet	OZdČ	Ostatní zdaňovaná činnost
CDS	Centrální datový sklad	PB_ODBref	Průměrný počet bodů na jednoho ošetřeného pojištěnce v dané odbornosti za referenční období
CMÚ	Centrum mezikázních úhrad	PČR	Policie České republiky
CP	Cenné papíry	PF	Provozní fond
CRP	Centrální registr pojištěnců	PKČ	Poměrné kapacitní číslo
CSR	Centrální stomatologický registr	PL	Praktický lékař
ČLK	Česká lékařská komora	PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost
ČLS	Česká lékařská společnost	POP_ODBakt	Počet unikátních pojištěnců za odbornost v aktuálním období
ČNB	Česká národní banka	POÚ	Porovnávací objem úhrady
ČNZP	Česká národní zdravotní pojišťovna	PS	Paušální sazba
ČSK	Česká stomatologická komora	PSP ČR	Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR
DIČ	Daňové identifikační číslo	PUPakt	Počet unikátních pojištěnců za aktuální období
DPH	Daň z přidané hodnoty	PUPref	Počet unikátních pojištěnců za referenční období
DR	Dozorčí rada	PV	Platební výměr
DRG	Platba za diagnostické skupiny (Diagnosis Related Group)	PVT	Podnik výpočetní techniky
DŘ	Dohodovací řízení	PVZP	Pojišťovna VZP, a. s., dceřiná společnost VZP ČR
EHIC	Evropský průkaz zdravotního pojištění	PZT	Prostředky zdravotnické techniky
EU	Evropská unie	RF	Rezervní fond
FIM	Fond investičního majetku	RO	Rozhodčí orgán
Fprev	Fond prevence	RPB	Referenční počet bodů
FRIM	Fond reprodukce investičního majetku	SF	Sociální fond
FÚPP	Fond úhrady preventivní péče (pouze VoZP ČR)	SmlPoj	Smluvní pojištění
FZÚZP	Fond zprostředkování úhrady zdravotní péče (pouze VoZP ČR)	SR	Správní rada
HVLP	Hromadně vyráběné léčivé přípravky	SW	Software
HW	Hardware	SZÚ	Státní závěrečný účet
i	Index změny počtu pojištěnců	SZV	Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami
ICZP	Informační centrum zdravotního pojištění	SZZ	Smluvní zdravotnické zařízení
IČ	Identifikační číslo	TIS.	Tisíce Kč
IČO	Identifikační číslo organizace	UOP	Unikátní ošetřený pojištěnec
IDVPZ	Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví	v. z. p.	Veřejné zdravotní pojištění
IHB	Index hodnoty bodu	VoZP ČR	Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny	VZ 2004	Výroční zpráva 2004
INR	International normalization ratio (slouží k vyjádření hodnoty Quickova testu)	VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví	ZF	Zajišťovací fond
IS	Informační systém Pojišťovny	ZFZP	Základní fond zdravotního pojištění
IT	Informační technologie	ZP MV ČR	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR
Izc	Index meziročních změn cen	ZP	Zdravotní pojišťovny
IZIP	Internetový přístup ke zdravotním informacím pacienta	ZPP 2004	Zdravotně pojistný plán na rok 2004
Izr	Index dopadu změn minutové režijní sazby na ceny	ZPP 2005	Zdravotně pojistný plán na rok 2005
JIP	Jednotka intenzivní péče	ZULP	Zvlášť účtovaný léčivý přípravek
K	Koeficient zohledňující objem poskytnuté péče	ZULP_ODBref	Průměrná úhrada za zvlášť účtovaná léčiva na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti v referenčním období
KC	Kapitační centrum	ZUM	Zvlášť účtovaný zdravotnický materiál
KKVP	Kombinovaná kapitačně výkonová platba	ZUM_ODBref	Průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti v referenčním období
KOB, s.p.ú.	Konsolidační banka Praha (ČKA) (od 1. 9. 2001 Česká konsolidační agentura)	ZZ	Zdravotnická zařízení
LDN	Léčebna pro dlouhodobě nemocné	ZZP	Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny
LSPP	Lékařská služba první pomoci	ZZS	Záchranná zdravotní služba
LZZ	Lůžkové zdravotnické zařízení		
MAXU_ODB	Maximální úhrada za příslušnou odbornost		
MAXU_ZZ	Maximální úhrada pro zdravotnické zařízení		
MF	Ministerstvo financí		
MIL.	Miliardy Kč		
MLD.	Miliardy Kč		
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí		
MZ	Ministerstvo zdravotnictví		
NKÚ	Nejvyšší kontrolní úřad		
OBZP	Osoby bez zdanitelných příjmů		
oč. skut.	Očekávaná skutečnost		
OD	Ošetřovací den		
OCHRIIP	Oddělení chronické resuscitační intenzivní péče		
OLÚ	Odborné léčebné ústavy		