

VÝROČNÍ ZPRÁVA

VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ

POJIŠŤOVNY

ČESKÉ REPUBLIKY

ZA ROK 2003



duben 2004

1. Vstupní údaje	5
2. Charakteristika vývoje v roce 2003	7
3. Orgány Pojišťovny	11
3.1 Správní rada Ústřední pojišťovny	12
3.2 Dozorčí rada Ústřední pojišťovny	14
3.3 Rozhodčí orgán Pojišťovny	15
3.4 Sbor zástupců a Správní a Dozorčí rady okresních pojišťoven	18
4. Činnost Pojišťovny	21
4.1 Organizační struktura	22
4.2 Informační systém	23
4.3 Kontrola a kontrolní systém Pojišťovny	25
4.4 Zabezpečení činností Pojišťovny hmotným a nehmotným majetkem	36
4.5 Zdravotní politika	38
4.6 Právní problematika	52
4.7 Smluvní politika	53
4.8 Další činnosti a služby	56
5. Pojištěnci Pojišťovny a jejich pohyb	65
5.1 Pojištěnci Pojišťovny	66
5.2 Pohyb pojištěnců Pojišťovny	66
6. Tvorba a čerpání fondů Pojišťovny	75
6.1 Základní fond zdravotního pojištění	76
6.2 Provozní fond	86
6.3 Fond reprodukce investičního majetku	90
6.4 Sociální fond	93
6.5 Rezervní fond	94
6.6 Fond prevence	96
6.7 Ostatní zdaňované činnosti	99
6.8 Smluvní pojištění a připojištění	100
7. Souhrnný přehled vybraných ukazatelů o činnosti Pojišťovny	103
7.1 Přehled vybraných ukazatelů	104
7.2 Doplnující údaje	105
8. Závěry	109
9. Přílohy	113
■ Stanovisko Dozorčí rady VZP ČR	114
■ Usnesení Sboru zástupců VZP ČR	115
■ Zpráva auditora k účetní závěrce a výroční zprávě VZP ČR	116
■ Účetní závěrka	117



JUDr. R. SCHWARZ



A. MAŠKOVÁ



Ing. J. MUSÍLKOVÁ



Ing. J. ZAHRADNÍK

VÝROČNÍ ZPRÁVU ZA ROK 2003 PŘEDKLÁDÁ:

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY se sídlem:

Praha 3, Orlická 4/2020

IČO 41197518

DIČ 00341197518

PŘEDSTAVITELÉ ORGÁNŮ VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ČR:

JUDr. Richard SCHWARZ, předseda Správní rady Ústřední pojišťovny

Jana DVOŘÁKOVÁ, předsedkyně Dozorčí rady do 2. 4. 2003

Alena MAŠKOVÁ, předsedkyně Dozorčí rady od 28. 4. 2003

STATUTÁRNÍ ZÁSTUPCI VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ČR:

Ing. Jiřina MUSÍLKOVÁ, ředitelka VZP ČR

Ing. Jiří ZAHRADNÍK, prokurista VZP ČR

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 Capital 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

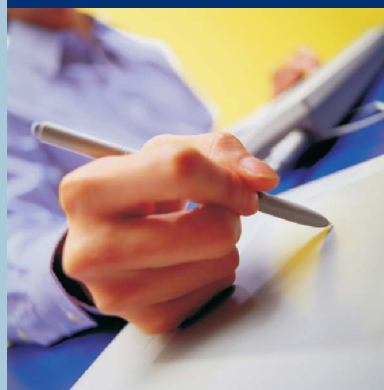
telefon: 00420 221 751 111

fax: 00420 221 754 111

URL: www.vzp.cz

2. část

CHARAKTERISTIKA VÝVOJE V ROCE 2003



CHARAKTERISTIKA VÝVOJE V ROCE 2003

Pojišťovna v roce 2003 pokračovala v trendu započatém již v letech předchozích, od roku 2002 pak prostřednictvím aktivních marketingových aktivit – v souladu se svým Zdravotně pojistným plánem usilovala o příznivý vývoj jak velikosti svého pojistného kmene, tak i jeho složení z hlediska příjmů a výdajů. Protože na trhu veřejného zdravotního pojištění dochází dlouhodobě k selektivnímu výběru pojištěnců se zřetelem na jejich výnosový a nákladový „přínos“ pro příslušnou zdravotní pojišťovnu a tento trend Pojišťovna včas nezachytila, daří se stabilizovat kmen pojištěnců a ovlivnit složení portfolia pojištěnců jen velmi pomalu.

Zdravotně pojistný plán pro rok 2003 byl koncipován jako přebytkový, tj. z kladného výsledku hospodaření v roce 2003 měla být kompenzována ztráta dosažená v předcházejícím roce, a tím mělo být dosaženo odstranění závazků po lhůtě splatnosti. Podmínkou toho bylo „zmrazení“ růstu čerpání základního fondu zdravotního pojištění na věčné dávky zdravotní péče na jednoho pojištěnce na úrovni roku 2002 při 5% růstu příjmů z pojistného.

Splnění hospodářských cílů plánu je významně ovlivněno makroekonomickým vývojem hospodářství České republiky. Růst hrubého domácího produktu se v roce 2003 pohyboval na úrovni cca 2,9 %, neboť pokračující nižší úroveň poptávky v zemích významnějších obchodních partnerů České republiky (jmenovitě Německo) byla kompenzována relativně vyšším růstem domácí poptávky stimulované zejména spotřebou domácností. Dále pokračoval růst nezaměstnanosti, který nepříznivě ovlivňoval úroveň příjmů Pojišťovny.

Růst příjmů z pojistného na všeobecné zdravotní pojištění včetně příjmů od státu a z přerozdělení ve skutečnosti dosáhl růstu ve výši cca 3,8 % (po očištění o příjmy z ČKA – viz dále). Průměrný počet pojištěnců v roce 2003 byl sice o 0,14 % vyšší, než předpokládal Zdravotně pojistný plán, ve srovnání s rokem 2002 však byl nižší o 192 tisíce osob (2,7 % z celkového počtu pojištěnců).

Nižší než plánovaný příjem z pojistného na veřejné zdravotní pojištění lze přičíst zčásti na vrub rostoucí nezaměstnanosti, zčásti na vrub vývoje počtu pojištěnců, za něž je plátcem pojistného stát. Oproti odhadům vývoje nezaměstnanosti, podle nichž byl zpracován ZPP na rok 2003 (září – říjen 2002) a které se pohybovaly na úrovni 9,2 % (průměr za rok) a 9,5 % (stav nezaměstnanosti na konci roku), se ve skutečnosti nezaměstnanost vyplhala na 9,9 %

(průměr za rok) a 10,3 % (stav na konci roku). Nezaměstnanost je strukturálního charakteru, je velmi nerovnoměrně rozložena na území České republiky a zvyšuje se podíl osob dlouhodobě nezaměstnaných. Nezaměstnanost u pojištěnců Pojišťovny dosahuje vyšší úrovně ve srovnání s průměrem České republiky, což je dáno také rozložením pojistného kmene mezi zdravotními pojišťovnami.

Čerpání základního fondu zdravotního pojištění naproti tomu dosáhlo tempa růstu 3 %, přepočteno na pojištěnce 6 % (viz tabulky č. 21a a 21b v kapitole 6.1). Nebylo tak dosaženo cíle v oblasti nákladů na zdravotní péči, což vedlo k tomu, že po celý rok 2003 se Pojišťovna potýkala s finančními důsledky vyplývajícími z nepříznivé struktury pojistného kmene získaného v minulých letech. Objem neuhrazených závazků po lhůtě splatnosti vůči poskytovatelům zdravotní péče dosáhl na konci října a konci listopadu až částky kolem 7 mld. Kč. Pojišťovna ve svém dokumentu adresovaném Ministerstvu zdravotnictví a vládě ČR na nebezpečí hrozícího deficitu upozornila (viz dále). Vláda na informaci reagovala významným opatřením, kterým bylo postoupení pohledávek za plátců zdravotního pojištění České konsolidační agentuře (dále jen ČKA), a následně byla uvolněna záloha na postupované pohledávky ze strany ČKA ve výši cca 1,6 miliardy Kč. Tato mimořádná injekce umožnila, aby závazky po lhůtě splatnosti na konci roku 2003 klesly na úroveň cca 5,5 miliardy Kč.

Nepříznivý vývoj Pojišťovna avizovala zvláštním dokumentem určeným Ministerstvu zdravotnictví ČR a vládě České republiky (červen 2003) o negativním vývoji finanční situace Pojišťovny i systému zdravotního pojištění a navrhla některá nápravná opatření. V průběhu roku se řada institucí tímto dokumentem zabývala a některé z bodů navrhovaných opatření se staly základem k navrhovaným změnám v systému zdravotního pojištění. Bohužel k datu zpracování této Výroční zprávy žádná z těchto opatření nejsou uvedena v život. Názorným příkladem toho, jak neurovnaně a nestabilní prostředí v systému veřejného zdravotního pojištění panuje a jak nezbytné jsou urychlená analýza současného systému a náprava jeho zjevných chyb, je uplatnění cenové regulace stanovené zákonem č. 526/1990 Sb., o cenách.

Mnoho úsilí bylo věnováno problematice vstupu do Evropské unie. Přestože vstup přinese České republice nesporné výhody, zdravotním pojišťovnám přináší celou řadu rizik a v současné době i nejasností. Z dosavadního vývoje přípravy na vstup lze usuzovat,

že zatížení Pojišťovny touto problematikou bude vyšší, než by odpovídalo jejímu podílu na trhu veřejného zdravotního pojištění.

Pojišťovna se v průběhu roku připravovala ke změně vlastní organizační struktury a přizpůsobení smluvního pojištění a připojištění podmínkám platným po vstupu do Evropské unie.

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 agendy spojené s vedením zvláštního účtu pro přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami. Zajišťovány byly i náročné činnosti spojené s vedením Kapitačního centra, Informačního centra a Analytické komise dohodaovacího řízení, pro které bylo nutno v průběhu roku 2003 soustřeďovat a zpracovávat velké množství dat.

Dlouhodobě prokazovaná a vnímaná spolehlivost Pojišťovny vedla k tomu, že jí bylo i v roce 2003 znovu svěřeno zajišťování agendy Česko-německého fondu budoucnosti, pro který – ve spolupráci s Ministerstvem zahraničních věcí a Koordinační komisí – prováděla

výplatu dávek sociální pomoci. V roce 2003 bylo takto vyplaceno 120 milionů Kč. Náklady Pojišťovny spojené s realizací sociální pomoci jsou plně refundovány.

Letmý výčet nejdůležitějších událostí v roce 2003 dokumentuje poměrně bohaté spektrum činností a aktivit, z nichž řada spočívala v zajišťování systému zdravotního pojištění jako celku. Musím však bohužel konstatovat, že ta nejdůležitější rozhodnutí, která by měla konsolidovat veřejné zdravotní pojištění, provedena zatím nebyla. Je třeba říci, že Pojišťovna připravila návrhy na legislativní řešení, z nichž některá již jsou v procesu schvalování. Další odkládání potřebných opatření by mohlo znamenat vážné ohrožení systému zdravotního pojištění.

Jiřina Mušková

Tabulka č. 1: Makroekonomické ukazatele použité pro sestavení ZPP VZP ČR pro rok 2003 a dosažená skutečnost

	Predikce na rok 2003			Rok 2003 – skutečnost		
	1. pol.	2. pol.	Konec roku	1. pol.	2. pol.	Konec roku
Počet pojištěnců VZP:	6 844 000		6 777 000	6 855 054		6 808 931
Nárůst objemu mezd (dle MF - 1):	106,4					
- " - (dle MPSV - 2) :	107,1			105,7		
- " - (odhad/skut. VZP):	106,4			106,4		
Nárůst nominální mzdy (dle MPSV - 2):	107,6			106,6		
- " - (odhad/skut. VZP):	107,6			107,5		
Minimální mzda (MPSV):	5 700			6 200		
Minimální pojistné:	770			837		
Vyměřovací základ státu	3 458			3 458		
Pojistné státu:	467			467		
NEZAMĚSTANOST:						
Počet nezaměstnaných ČR (dle MF - 1):	481 000		493 000			
Míra nezaměstnanosti ČR (dle MF - 1):	9,2 %		9,5 %			
Počet nezaměstnaných ČR (dle VZP):	481 000		493 000	522 749		521 211
Míra nezaměstnanosti ČR (dle VZP):	9,2 %		9,4 %	9,9 %		9,9 %
Počet nezaměstnaných pojištěnců VZP:	318 000		325 000	329 955		341 052
Míra nezaměstnanosti u pojištěnců VZP:	10,9 %		11,3 %	11,2 %		11,7 %
Míra inflace (dle MF):	2,0 %			0,1 %		

3. část ORGÁNY POJIŠŤOVNY



ORGÁNY POJIŠŤOVNY

V souladu s platným zněním zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, působily v roce 2003 ustavené orgány Pojišťovny, a to Sbor zástupců, Správní rada Ústřední pojišťovny, Dozorčí rada Ústřední pojišťovny, 77 správních rad okresních pojišťoven a 77 dozorčích rad okresních pojišťoven.

3.1 SPRÁVNÍ RADA ÚSTŘEDNÍ POJIŠŤOVNY

SLOŽENÍ SPRÁVNÍ RADY ÚSTŘEDNÍ POJIŠŤOVNY V ROCE 2003:

předseda:	JUDr. Richard SCHWARZ (zástupce zaměstnavatelů pojištěnců)
------------------	---

místopředseda:	Ing. Miloslav VANĚK (do 3. 9. 2003) (zástupce státu)
-----------------------	---

radové: pro ekonomické otázky:	Ing. Jiří NEKOVÁŘ (zástupce zaměstnavatelů pojištěnců)
---	---

zdravotní rada:	MUDr. Dalibor STEJSKAL (zástupce zaměstnavatelů pojištěnců)
------------------------	--

členové:
zástupci státu:

Ing. Katarína BARTÍKOVÁ (do 9. 7. 2003) JUDr. Jaroslav CIVÍN (od 10. 7. 2003) MUDr. Rostislav ČEVELA (od 4. 3. 2003) Ing. Jarmila FUCHSOVÁ Ing. Kateřina HELIKAROVÁ (od 14. 10. 2003) Ing. Antonín HLAVÁČEK, CSc. (do 3. 3. 2003) Jiří HOFMAN	Zdeněk KADLEC Mgr. Vladimíra KALFUSOVÁ Ing. František KONÍČEK (od 4. 9. 2003) Ing. Oldřich LEBL Ing. Ludmila MÜLLEROVÁ Doc. Ing. Jiří VOLF, CSc. (do 13. 10. 2003)
---	---

zástupci pojištěnců:

Ing. Bohumír BOBÁK Jarmila BOHÁČKOVÁ MUDr. Milan CABRNOCH MUDr. Rostislav ČEVELA (do 13. 2. 2003) Jana DVOŘÁKOVÁ (od 8. 7. 2003) JUDr. Karel KOS Doc. Ing. Lubomír MIKŠ, CSc.	MUDr. Vladimír PLAČEK RSDr. Ing. Svatomír RECMAN (od 1. 3. do 7. 7. 2003, náhradník) Ing. Lucie TALMANOVÁ Ing. Monika TURNOVSKÁ Ing. Jan VRANÝ
---	---

zástupci zaměstnavatelů pojištěnců:

JUDr. Eva BATUNOVÁ JUDr. Antonín JÍZDŇÝ (do 30. 6. 2003) Ing. František HÝBNER Ing. Zdeněk LIŠKA	Ing. Jaroslav MICHAL Karel PFABIGAN Ing. Helena PÍSKOVSKÁ (od 10. 7. 2003) Jan WIESNER
---	---

Jednání Správní rady Ústřední pojišťovny se za řízení předsedy JUDr. Richarda Schwarze konala v roce 2003 celkem 10krát. V následujícím přehledu jsou uvedeny nejdůležitější projednané materiály, kterými se Správní rada Ústřední pojišťovny na svých jednáních zabývala:

31. ledna 2003

- Výsledky veřejných zakázek VZP ČR (dále jen Pojišťovny) za rok 2002
- Analýza umístění úřadoven do pověřených obcí
- Rozbor příčin zvýšených nákladů dle jednotlivých segmentů poskytovatelů
- Rozbor vlivu nemocnosti na ztráty pojistného

28. února 2003

- Informace o platbách pojistného OSVČ
- Vliv přerozdělení pojistného na finanční situaci Pojišťovny
- Návrh harmonogramu prací na řešení struktury Pojišťovny
- Průkazy pojištění – technické vlastnosti

28. března 2003

- Dopad uvažovaného snížení sazby penále
- Zpráva o práci Centra mezistátních úhrad

25. dubna 2003

- Výroční zpráva Pojišťovny za rok 2002
- Výhled hospodaření Pojišťovny pro rok 2003
- Informace o dopadu novely zákona o pojišťovnictví na Pojišťovnu
- Informace o řešení překročení maximální ceny bodu stanovené MF
- Harmonogram řešení organizace Pojišťovny

30. května 2003, 6. června 2003 (dvoudenní přerušené jednání)

- Informace pro MZ a vládu ČR o dopadech připravovaných právních předpisů na Pojišťovnu a systém zdravotního pojištění
- Návrhy na řešení dopadů připravované novely zákona o pojišťovnictví
- Výsledek jednání s MF ve věci překročení stanovené ceny bodu
- Obsazení funkce ředitele OP Brno-venkov

27. června 2003

- Koncepce řešení struktury Pojišťovny
- Převod z rezervního fondu do základního fondu zdravotního pojištění
- Východiska pro zpracování Zdravotně pojistného plánu Pojišťovny pro rok 2004

26. září 2003

- Zdravotně pojistný plán Pojišťovny pro rok 2004
- Výsledky veřejných zakázek Pojišťovny za 1. pololetí 2003
- Rozdělení hospodářského výsledku roku 2002
- Investice

31. října 2003

- Možnosti úvěrového financování ZFZP
- Informace o průběhu realizace opatření na udržení počtu pojištěnců a zlepšení jejich struktury
- Informace o vymáhání pohledávek
- Vyúčtování nemocnic za 1. pololetí 2003

21. listopadu 2003

- Transformace smluvního pojištění a připojištění
- Informační materiál Segment domácí zdravotní péče

19. prosince 2003

- Transformace smluvního pojištění a připojištění
- Rozpracování závěrů analýzy projektu Elektronický identifikátor
- Informace o uplatněné regulaci ve zdravotnických zařízeních

ORGÁNY 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 ÚSTŘEDNÍ POJIŠŤOVNY

SLOŽENÍ DOZORČÍ RADY ÚSTŘEDNÍ POJIŠŤOVNY V ROCE 2003:

předseda:	Jana DVOŘÁKOVÁ (do 2. 4. 2003) (zástupce pojištěnců) Alena MAŠKOVÁ (od 28. 4. 2003) (zástupce zaměstnavatelů pojištěnců)
místopředseda:	Alena MAŠKOVÁ (do 27. 4. 2003) (zástupce zaměstnavatelů pojištěnců)
členové: zástupci státu:	Ing. Marie BÍLKOVÁ (od 1. 12. 2003) Ing. Ivan PROKOP (do 31. 8. 2003) Ing. Květuše SRNOVÁ (od 1. 9. 2003) Ing. Zdeněk TOMÁŠEK (do 29. 11. 2003) MUDr. Michael VÍT
zástupci pojištěnců:	Ing. Jiří STŘÍTESKÝ Ing. Rudolf TOMÍČEK (od 18. 4. 2003) Jan VIDÍM
zástupci zaměstnavatelů pojištěnců:	Ing. Petr JANŮ Ing. Stanislav MORAVEC

Jednání Dozorčí rady se za řízení předsedkyně Jany Dvořákové a od 28. 4. 2003 za řízení předsedkyně Aleny Maškové uskutečnila v roce 2003 celkem 6krát, termíny jednání navazovaly především na zákonné povinnosti orgánů Pojišťovny. Konkrétně se jednání Dozorčí rady v roce 2003 uskutečnila ve dnech 3. února, 31. března, 28. dubna, 23. června, 29. září a 15. prosince.

Dozorčí rada na svých zasedáních především řešila a projednala:

- plnění úkolů vyplývajících ze Stanov Pojišťovny,
- stanovisko Dozorčí rady k Výroční zprávě Pojišťovny za rok 2002,
- stanovisko k Zdravotně pojistnému plánu Pojišťovny pro rok 2004,
- materiál pro MZ a vládu ČR ve věci finanční situace Pojišťovny,
- 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,
- obsazení členů Dozorčí rady v Rozhodčím orgánu Pojišťovny.

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

3.3 ROZHODČÍ ORGÁN POJIŠŤOVNY

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

ROZHODČÍ ORGÁN PRACOVAL V ROCE 2003 V NÁSLEDUJÍCÍM SLOŽENÍ:

předsedkyně:	JUDr. Marie HIRSCHOVÁ zástupce VZP ČR (do 30. 11. 2003)
místopředsedkyně:	Mgr. Běla PLACHÁ zástupce MPSV ČR (od 1. 12. 2003 zastupující předsedkyni)
členové: za Správní radu VZP ČR:	Karel PFABIGAN Ing. Jan VRANÝ MUDr. Katarína BARTÍKOVÁ (do 24. 9. 2003) Jana DVOŘÁKOVÁ (od 26. 9. 2003)
za Dozorčí radu VZP ČR:	Ing. Zdeněk TOMÁŠEK Alena MAŠKOVÁ Jan VIDÍM (od 1. 1. 2003 do 31. 1. 2003, od 1. 11. 2003 do 30. 11. 2003) Ing. Ivan PROKOP (od 1. 2. 2003 do 28. 2. 2003) Ing. Petr JANŮ (od 1. 3. 2003 do 31. 3. 2003, od 1. 7. 2003 do 31. 7. 2003)

	Ing. Stanislav MORAVEC (od 1. 4. 2003 do 30. 4. 2003, od 1. 5. 2003 do 31. 5. 2003, od 1. 6. 2003 do 30. 6. 2003, od 1. 9. 2003 do 30. 9. 2003, od 1. 10. 2003 do 31. 10. 2003) Ing. Jiří STRÍTESKÝ (od 1. 8. 2003 do 31. 8. 2003) MUDr. Michael VÍT (od 1. 12. 2003 do 31. 12. 2003)
za VZP ČR:	JUDr. Marie HIRSCHOVÁ (do 30. 11. 2003) JUDr. Hana HYNKOVÁ (od 1. 12. 2003)
za Ministerstvo zdravotnictví ČR:	Radko ČESENĚK
za Ministerstvo financí ČR:	Ing. Marie HERANOVÁ
za Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR:	Mgr. Běla PLACHÁ

Rozhodčí orgán se v roce 2003 sešel k 36 celodenním pracovním jednáním, na kterých s konečnou platností projednal 6 818 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 2003 projednal 5 489 podání plátců pojistného proti platebním výměrům na penále, 866 podání proti platebním výměrům na dlužné pojistné a 444 podání proti platebním výměrům na pokuty za nesplnění povinností plátců pojistného. Rozhodčí orgán projednával každý případ samostatně, u každého zkoumal oprávněnost vydání platebního výměru a zákonnost postupu okresní pojišťovny.

Plátcí ve svých podáních ve většině případů nezpochybují nárok Pojišťovny na vyměřené pohledávky, ale namítají druhotnou platební neschopnost (hromadní plátcí pojistného), nepříznivou finanční a sociální situaci (individuální plátcí pojistného) a stále ještě neznalost právní úpravy na úseku veřejného zdravotního pojištění. Tyto námitky nemohl Rozhodčí orgán v rámci odvolacího řízení akceptovat, neboť

platná právní úprava ukládá zdravotním pojišťovnám povinnost dlužné pojistné a penále vymáhat. Tyto námitky však byly posuzovány z hlediska použití institutu odstranění tvrdosti.

Zákonem č. 176/2002 Sb. došlo s účinností od 1. 7. 2002 k rozdělení rozhodovací pravomoci ve věcech řízení o prominutí penále mezi Rozhodčí orgán a okresní pojišťovny. Rozhodčí orgán může odstraňovat tvrdosti, které by se vyskytly při uložení pokuty, vyměření přírážky k pojistnému nebo předsání penále, jehož výše přesahuje 20 000 Kč. Okresní pojišťovny mohou odstraňovat tvrdosti, které by se vyskytly při předsání penále, jehož výše nepřesahuje 20 000 Kč. V důsledku aplikace citované právní úpravy došlo v roce 2003 nejen k výraznému poklesu počtu došlých podání k Rozhodčímu orgánu (o 44 % ve srovnání s rokem 2002), ale rovněž i ke

3. část

ORGÁNY POJIŠŤOVNY

zvýšeným úhradám dlužného pojistného, což je zákonnou podmínkou pro vydání rozhodnutí o odstranění tvrdosti.

V roce 2003 Rozhodčí orgán rozhodoval o odstranění tvrdosti v 2912 případech a prominul celkem 143 169 tis. Kč. Okresní pojišťovny vydaly v roce 2003 celkem 38 880 rozhodnutí a prominuto bylo 124 574 tis. Kč.

Pravomocná rozhodnutí Rozhodčího orgánu ve věcech pojistného, penále, pokut a přírážek k pojistné-

mu, 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 Rozhodčího orgánu bylo v roce 2003 podáno plátcí pojistného celkem 8 žalob. Městský soud v Praze v tomto období rozhodl s konečnou platností o 8 žalobách, z nichž bylo 6 žalob plátců pojistného zamítnuto a řízení zastaveno, ve 2 případech bylo rozhodnutí zrušeno a věc byla vrácena k novému projednání.

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

Rok	Počet došlých odvolání	Počet jednání RO	Počet projed. odvolání	Rozhodnuté částky v tis. Kč
2000	11 955	36	6348	363 415
2001	15 095	36	*/ 7322	227 552
2002	10 562	33	**/ 7465	201 085
2003	5 891	36	6818	249 440

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

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

Tabulka č. 3: Počty rozhodnutí Rozhodčího orgánu vydaných v roce 2003

Odvolání ve věcech	Rozhodnutí		Částka	
	Počet	Index 2003/2002	Předepsaná v tis. Kč	Výsledná v tis. Kč
Penále	5 489	0,9	380 724	215 759
Dlužného pojistného	866	1,3	42 826	32 364
Pravděpodobné výše pojistného	7	1,2	166	18
Vrácení přeplatku na pojistném	11	1,1	423	231
Pokut za nepředložení dokladů ke kontrole	114	1,01	2 097	370
Pokut za nepředložení Přehledů OSVČ a zaměstnavatelů	316	0,8	1 619	561
Pokut za nesplnění oznamovací povinnosti	14	0,3	177	137
Přírážek k pojistnému	1	0,08	4	–
Pokut za nezaslání kopie Záznamu o pracovním úrazu	–	–	–	–
Celkem rok 2003	6 818	0,91	428 036	249 440

3.4 SBOR ZÁSTUPCŮ A SPRÁVNÍ A DOZORČÍ RADY OKRESNÍCH POJIŠŤOVEN

3.4.1 SBOR ZÁSTUPCŮ

Sbor zástupců byl v roce 2003 složen z 30 členů Správní rady Ústřední pojišťovny, 77 zástupců správních rad okresních pojišťoven a z jednoho zástupce ředitelství Ústřední pojišťovny. V roce 2003 se konala dvě zasedání Sboru zástupců, a to dne 7. května 2003 a dne 13. října 2003, obě zasedání řídil předsedající JUDr. Richard Schwarz, předseda Správní rady Ústřední pojišťovny.

Na zasedání Sboru zástupců dne 7. května 2003 byla projednána předložená Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2002, která byla po diskusi všemi přítomnými schválena.

Zasedání Sboru zástupců dne 13. října 2003 po diskusi schválilo nadpoloviční většinou Zdravotně pojistný plán Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky na rok 2004.

3.4.2 SPRÁVNÍ A DOZORČÍ RADY OKRESNÍCH POJIŠŤOVEN

V souladu se zákonem č. 551/91 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, jsou nadále

při okresních pojišťovnách ustaveny Správní a Dozorčí rady. Správní rady mají v každé OP zákonem stanovený počet: členů 9, z toho 5 zástupců pojištěnců a 4 zástupci zaměstnavatelů pojištěnců. Dozorčí rady mají v každé OP zákonem stanovený počet 5 členů, z toho 3 zástupci pojištěnců a 2 zástupci zaměstnavatelů pojištěnců.

Ve všech Správních radách okresních pojišťoven pracovalo v roce 2003 **679 členů**, jednání všech Správních rad okresních pojišťoven se uskutečnila celkem 458krát, tj. průměrně 6krát za rok v jedné okresní pojišťovně. Ke konci roku nebylo obsazeno 6 míst zástupců pojištěnců a 8 míst zástupců zaměstnavatelů pojištěnců.

Ve všech Dozorčích radách okresních pojišťoven pracovalo v roce 2003 **373 členů**, jednání všech Dozorčích rad okresních pojišťoven se uskutečnila celkem 388krát, tj. průměrně 5krát za rok v jedné okresní pojišťovně. Ke konci roku nebylo obsazeno 7 míst zástupců pojištěnců a 5 míst zástupců zaměstnavatelů pojištěnců.

Přehled počtu jednání Správních rad:

12krát za rok u 1 okresní pojišťovny
11krát za rok u 2 okresních pojišťoven
10krát za rok u 7 okresních pojišťoven
9krát za rok u 2 okresních pojišťoven
8krát za rok u 7 okresních pojišťoven
7krát za rok u 6 okresních pojišťoven
6krát za rok u 15 okresních pojišťoven
5krát za rok u 13 okresních pojišťoven
4krát za rok u 15 okresních pojišťoven
3krát za rok u 5 okresních pojišťoven
2krát za rok u 4 okresních pojišťoven

Přehled počtu jednání Dozorčích rad:

11krát za rok u 1 okresní pojišťovny
9krát za rok u 1 okresní pojišťovny
8krát za rok u 7 okresních pojišťoven
7krát za rok u 9 okresních pojišťoven
6krát za rok u 13 okresních pojišťoven
5krát za rok u 11 okresních pojišťoven
4krát za rok u 18 okresních pojišťoven
3krát za rok u 11 okresních pojišťoven
2krát za rok u 5 okresních pojišťoven
1krát za rok u 1 okresní pojišťovny



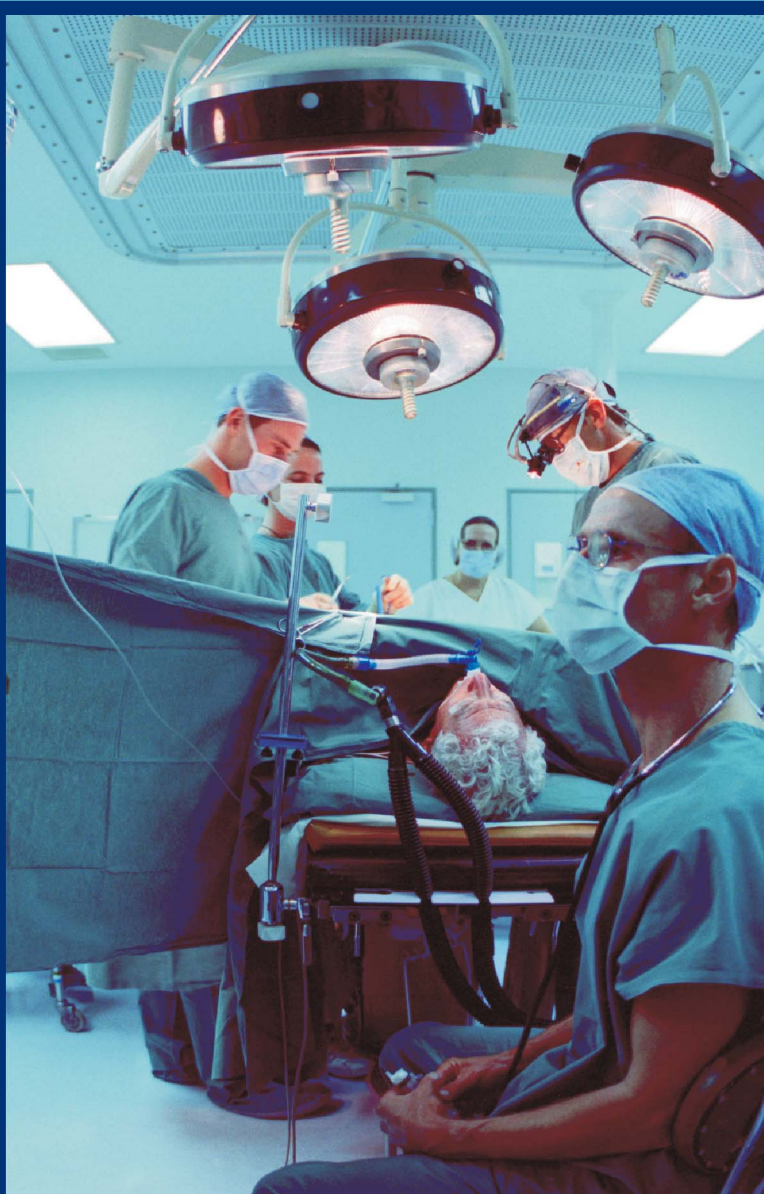
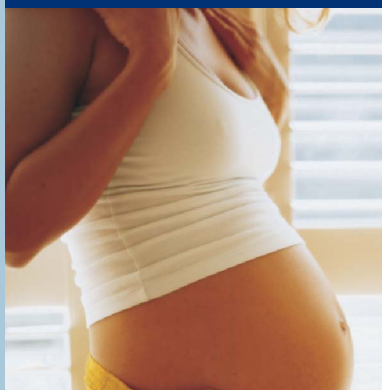
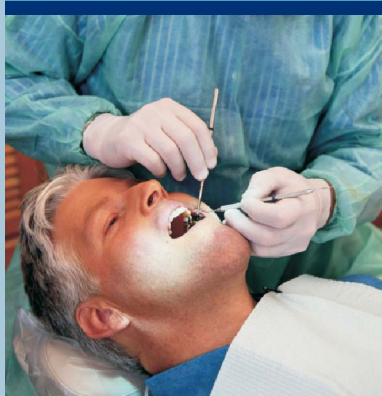
Správní rady okresních pojišťoven se na svých jednáních v roce 2003 zabývaly zejména následující problematikou:

- hospodaření OP, smluvní vztahy s poskytovateli zdravotní péče, aktuální finanční situace ve vztahu k úhradám poskytnuté zdravotní péče,
- plnění vnitřního rozpočtu OP, platební schopnost, stav pohledávek a závazků,
- hodnocení činnosti, výsledky hospodaření a účetní závěrka,
- plátcí pojistného, výběr pojistného, vymáhání dlužného pojistného,
- 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,
- komerční aktivity a jejich efektivita,
- sledování nových zákonných norem, ochrana osobních dat,
- projednání Výroční zprávy Pojišťovny za rok 2002 a Zdravotně pojistného plánu Pojišťovny pro rok 2004.

Dozorčí rady okresních pojišťoven se na svých jednáních v roce 2003 zabývaly především následující problematikou:

- kontrola hospodaření okresní pojišťovny, kontrola plnění stanoveného rozpočtu,
- kontrola plnění Zdravotně pojistného plánu,
- 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,
- 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,
- výsledky kontrolní činnosti, výsledky dosažené při výběru pojistného,
- kontrola využití prostředků fondu prevence,
- kontrola ordinačních hodin u smluvních partnerů,
- dohled nad dodržováním právních a vnitřních předpisů,
- řešení stížností pojištěnců a zdravotnických zařízení,
- projednání Výroční zprávy Pojišťovny za rok 2002 a Zdravotně pojistného plánu Pojišťovny pro rok 2004.

4. část ČINNOST POJIŠŤOVNY



4.1 ORGANIZAČNÍ STRUKTURA

4.1.1 ÚSTŘEDNÍ POJIŠŤOVNA

Organizační strukturu Ústřední pojišťovny tvoří v souladu s Organizačním řádem Pojišťovny tyto útvary: úsek ředitele, úsek prokuristy, úsek ekonomický, úsek zdravotní péče, úsek informačního systému, úsek provozně správní a investiční, právní úsek a úsek pojistného a péče o klienty. V roce 2003 byly realizovány poměrně zásadní organizační změny v úseku provozně správním a investičním, v úseku pojistného a péče o klienty a v úseku ředitele. Rovněž byly zahájeny práce na přípravě rozsáhlé reorganizace Pojišťovny, která má zvýšit efektivitu řízení jednotlivých organizačních složek a přizpůsobit organizaci Pojišťovny připravovaným změnám souvisejícím s krajským uspořádáním. Příkazem ředitele byla zřízena transformační skupina složená z odborných pracovníků Ústřední pojišťovny a zástupce okresní pojišťovny, která připravila návrh nové organizační struktury Pojišťovny. Příkazem ředitele byla v prosinci 2003 s účinností od 1. 1. 2004 vydána Reorganizace struktury a činnosti Pojišťovny, jejíž realizace proběhne v návaznosti na vydání novely zákona č. 551/1991 Sb. v roce 2004.

4.1.2 ŘEDITELSTVÍ ÚSTŘEDNÍ POJIŠŤOVNY

Členy ředitelství Ústřední pojišťovny v roce 2003 byli:

Ing. Jiřina Musílková

ředitelka VZP ČR

Ing. Jiří Zahradník

prokurista VZP ČR

Ing. Vratislav Matys

vrchní ředitel ekonomického úseku

MUDr. Antonín Pečenka

vrchní ředitel úseku zdravotní péče

JUDr. Karel Hlaváček

vrchní ředitel právního úseku

4.1.3 OKRESNÍ POJIŠŤOVNY VZP ČR

V souladu se zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, a platným Organizačním řádem VZP ČR jsou zřízeny okresní pojišťovny a jejich úřadovny v 77 okresech.

Okresní pojišťovny a úřadovny provádějí veřejné zdravotní pojištění na území příslušného okresu a plní úkoly v rozsahu pravomocí daných jim zákonem

č. 551/1991 Sb., Organizačním řádem VZP ČR a vnitřními organizačními a řídicími předpisy Pojišťovny.

I v roce 2003 probíhala spolupráce s orgány krajů prostřednictvím zmocněnců pro krajskou problematiku a jejich zástupců určených vedením Pojišťovny z řad ředitelů okresních pojišťoven.

Mezi hlavní úkoly okresních pojišťoven v roce 2003 patřilo i nadále:

- zajištění maximálního výběru pojistného,
- důsledné vymáhání dlužného pojistného za využití všech právních nástrojů,
- provádění kontrol plátců pojistného,
- úhrada zdravotní péče poskytované pojištěncům 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 a 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:

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

S cílem zajistit i nadále oblast smluvního pojištění a připojištění co nejširšímu spektru klientů a vyhovět zároveň příslušným právním předpisům upravujícím oblast pojišťovnictví rozhodla Správní rada Ústřední pojišťovny v červnu 2003 o založení akciové společnosti Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR jako jediným zakladatelem. Pojišťovna VZP, a. s., byla zapísána do obchodního rejstříku v lednu 2004.

4.2 INFORMAČNÍ SYSTÉM

Informační systém Pojišťovny zajišťoval i v roce 2003, stejně jako v minulých letech, podstatnou podporu všem činnostem, k nimž je Pojišťovna ze zákona zmocněna nebo oprávněna. Jde zejména o následující 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 a dalších důležitých činností.

V roce 2003 byl úspěšně dokončen převod aplikací informačního systému do grafického prostředí v architektuře klient/server. Konkrétně byly během roku 2003 do aplikace OP VZP implementovány v grafickém prostředí veškeré úlohy a aplikace registru pojištěnců a výběru pojistného. Ukončení převodu aplikací do již plně podporovaného grafického prostředí představuje důležitý výchozí krok k zásadní modernizaci informačního systému – převodu do webové architektury.

V souladu s předpokládanými dlouhodobými cíli informačního systému (převod do webové architektury, konsolidace a integrace) byl v průběhu roku 2003 proveden převod úlohy CeloVZP účetnictví a její následné nasazení do rutinního provozu. V rámci tohoto projektu bylo také provedeno úplné převedení stávajícího zpracování této agendy do standardního centralizovaného zpracování v databázi Oracle v aplikaci informačního systému, samozřejmě již s využitím třívrstvé architektury.

V prostředí třívrstvé architektury byl připraven a realizován i projekt evidence příspěvků (NAEP), jehož cílem byla evidence dat o poskytnutých příspěvcích mj. na perorální hormonální antikoncepci a možnost ověření nároku pojištěnky na příspěvek bez ohledu na příslušnost k OP VZP.

V průběhu roku 2003 byl dále rozšířen projekt „Elektronická komunikace s lékaři“. Cílem tohoto rozšíření bylo umožnit v rámci stávající extranetové aplikace Pojišťovny ověřit smluvním ZZ stav pojištění dle uvedeného čísla pojištěnce případně dle souboru čísel pojištěnců, možnost odeslání dávek výkonů a dávek registrací do Pojišťovny prostřednictvím Internetu.

Na základě vyhodnocení pilotního provozu dále postupně probíhá a je podle potřeb rozšiřován projekt

internetových pracovišť určených pro veřejnost (tzv. internetové koutky).

Jedním z dalších významných úkolů bylo vytvoření podpory pro zpracování údajů v souvislosti s poskytováním zdravotní péče na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení. Výsledkem je nová aplikace Mezinárodní smlouvy. V průběhu roku 2003 probíhal pilotní provoz této aplikace v třívrstvé architektuře, koncem roku 2003 bylo pak rozhodnuto o jejím nasazení do rutinního provozu.

Zásadním úkolem informačního systému Pojišťovny byla v roce 2003 příprava a uvedení do provozu Portálu Pojišťovny jakožto nosného nástroje pro elektronickou komunikaci Pojišťovny s jejími partnery. Portál Pojišťovny garantuje bezpečnou výměnu dat podepsaných elektronickým podpisem a poskytování informací z informačního systému Pojišťovny podle osobního nastavení uživatele. Tím se výrazně zjednoduší přímá elektronická komunikace s Pojišťovnou. Portál Pojišťovny bude jednotným a otevřeným systémem, který nabídne automatizovaný přístup při výměně dat.

Portál Pojišťovny sestává ze tří základních částí:

- část vnitřní (Intranet): obsahuje informace a úlohy pro zaměstnance Pojišťovny,
- část vnější, veřejná (Internet): obsahuje informace pro nejširší veřejnost,
- část vnější, pro partnery (Extranet): umožňuje registrovaným partnerům na základě zásad maximálního zabezpečení (certifikát důvěryhodné certifikační autority) předávat do Pojišťovny doklady a dostávat informace o jejich zpracování a další související údaje.

Publikování vybraných dokumentů na Portále Pojišťovny je zajištěno prostřednictvím tzv. redakčního systému.

Stejně jako v předchozích letech musel IS zajistit úpravy aplikací pro financování ZZ v souladu s vyhláškami pro financování zdravotní péče v roce 2003. Jednalo se o aplikace jak pro ambulantní zdravotnická zařízení (SRM – standardní regulační mechanismy pro praktické lékaře, MAXU – maximální úhrada a BRM – bonifikačně regulační mechanismy, obě úlohy pro ambulantní specialisty), tak i pro lůžková zařízení (FLZ – financování lůžkových zařízení). Úpravy se týkaly i změn dokumentačních souborů (zejména FLZ) tak, aby měly větší vypovídací schopnost a lépe sloužily jako podklad pro dohledání případných rozporů.

Velmi zásadně byla upravena aplikace GIP (globální informace praktickým lékařům) a na ni navazující výpočty bonifikačních příplatků (okresní bonifikace za dobré výsledky v rámci okresu, celostátní bonifikace za dobré výsledky v rámci státu a bonifikace za dobrou praxi – splnění kvalitativních ukazatelů, např. dosažení určeného procenta preventivních prohlídek). V roce 2003 pokračovaly práce na poskytování dat praktickým lékařům. Bylo vytvořeno programové vybavení pro OP VZP jako nástroj pro standardizované zobrazení informací, o kterých pracovníci Pojišťovny jednají s praktickými lékaři (program DataPL), a dále pro tvorbu souborů dat určených praktickým lékařům (splnění povinností plynoucích z ustanovení § 24 odst. 3) zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně) – tzv. deník léčení.

Pro úlohu „stoprocentního přerozdělení“ byl navrhnut a odladěn program sběru dat ve smyslu dohodnutém s ostatními ZZP a rozšířen tak, aby mohl sloužit i pro některá statistická šetření. Aplikace umožňuje zohlednit rozdílnou věkovou a nákladovou strukturu pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven. Byla provedena analýza úlohy „Stomatologický registr“ a připraveno její ověření.

VZP ČR se zapojila do projektu DRG MZ ČR, který spočívá zejména v předávání šifrovaných dat o akutní lůžkové péči dle nové varianty sběru dat. Po jejich vyhodnocení, které dle projektu má provést MZ ČR, budou výsledky poskytnuty všem zúčastněným zdravotním pojišťovnám k dalšímu využití. Pojišťovna také spoluzaložila Národní referenční centrum, jehož úlohou bude sběr dat pro potřeby DRG a jejich vyhodnocování.

V průběhu roku bylo ověřováno a doladováno programové vybavení pro objednávání a hlavně pro kontrolu spotřeby centrálně účtovaných léčiv. Je určeno pro Úsek zdravotní péče k automatizované evidenci centrálních nákupů léčiv na jednotlivé pojištěnce a ke zvýšení kontroly Pojišťovny nad spotřebou vybrané skupiny drahých léků.

V souvislosti se zavedením systému „Národních zdravotnických účtů“ v ČSÚ (pro potřebu Evropské unie) byla Pojišťovna požádána o předání vybraných statistických dat o poskytnuté zdravotní péči za roky 2000, 2001 a 2002. Vzhledem k požadovanému specifickému členění dat bylo za tímto účelem nutné operativně vytvořit speciální programové vybavení.

Pro Úsek pojistného a péče o klienty (oddělení služeb klíčovými klientům) byla vytvořena a zprovozněna úloha sloužící k automatizované podpoře

administrace tzv. „Klubu pevného zdraví“. Tento klub je dobrovolným sdružením pojištěnců Pojišťovny, jimž je bezplatně poskytován nadstandardní informační servis a případně i další aktivity, a je součástí snahy Pojišťovny o zlepšování přístupu k pojištěncům. Pro úsek ÚPSI byly vytvořeny aplikace „Čerpání investičních a provozních prostředků“ (evidence činností začínajících žádankou, pokračující přes smluvní zajištění, protokolární převzetí a konče zaplacením faktury) a „Skladová evidence formulářů (tiskopisů) VZP“. Všechny tyto aplikace jsou vytvářeny v databázovém prostředí programu Microsoft Access 2002.

Jako relativně samostatný projekt probíhala od počátku roku 2003 analytická část projektu Elektronický identifikátor jako průkaz pojištěnce zdravotního pojištění (zkráceně „projekt EI“). Byla tím završena příprava modernizace průkazů pojištěnce, která byla experimentálně zkoušena od roku 1996 v rámci projektu PHARE Mácha v Litoměřicích. Na aktuální analýze se kromě sdružení řešitelských společností podílely i ostatní zdravotní pojišťovny a státní instituce, zejména Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo informatiky. Rozsáhlá analýza byla úspěšně ukončena v prosinci 2003 a dala tak základ pro jednání uvedených subjektů o společné realizaci projektu v letech 2004 až 2008.

V roce 2003 došlo zároveň k rozhodnutí orgánů EU vydat Evropský průkaz zdravotního pojištění (EHIC), a to ve dvou fázích. Nejprve vstupuje v platnost neelektronická (pouze okem čitelná) verze EHIC, a to od poloviny roku 2004, nejpozději však od konce roku 2005. Další fází je vydání plně elektronické verze ve formě čipové karty s předpokládaným termínem plošného nasazení 2008. Projekt EI je plně v souladu s rozhodnutím o EHIC. V roce 2003 došlo k přípravě vydávání plastového průkazu pojištěnce VZP ČR ve formě průkazu EHIC s předpokládaným vydáváním pojištěncům od poloviny roku 2004. Na tuto fázi plynule naváže náročnější etapa vydávání EI, která si vyžádá delší přípravu implementace.

V roce 2003 byla dokončena migrace NT infrastruktury na platformu MS Windows 2000 a provedena změna systému elektronické pošty HP OpenMail na centrální poštovní systém MS Exchange. Byla zavedena adresářová struktura MS Active Directory a vnitřní „Certifikační autorita“, vydávající zaměstnancům Pojišťovny certifikáty pro přístup k datům publikovaným na Portále.

Hardwarové zajištění Pojišťovny bylo v průběhu roku 2003 zmodernizováno nákupy serverů pro plat-

formu MS Windows 2000. Dále došlo k dalšímu zvýšení propustnosti sítě WAN.

V prvním pololetí roku 2003 bylo upgradováno 29 unixových serverů. Tyto servery třídy K, které již neodpovídaly nárokům nově implementované grafické verze aplikace, byly nahrazeny současnými modely třídy L a N. Díky této modernizaci bylo možno nasadit grafickou aplikaci v OP VZP a provozovat ji s akceptovatelnými odezvy.

Nejvýznamnější a také nejsložitější akcí v oblasti základního informačního systému byla migrace

operačního systému HP-UX z verze 10.20 na verzi 11.11. Tato zásadní změna prostředí byla dlouhodobě připravována a následně realizována ve všech OP VZP. Úspěch celé akce byl založen na pečlivé přípravě, plánování a testování. Důkazem kvality je, že žádná z okresních pojišťoven nebyla vyřazena z provozu déle než jeden den. Výsledkem práce špičkových odborníků byla úspěšná migrace a fakt, že mnozí uživatelé ani nepoznali, že pracují v novém prostředí a na jiných systémech.

4.3 KONTROLA A KONTROLNÍ SYSTÉM POJIŠŤOVNY

Vnitřní kontrola Pojišťovny v roce 2003 zajišťovala zejména tyto činnosti:

- úkoly související s prováděním kontrol orgány vnější kontroly, a to Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem financí,
- vnitřní finanční kontroly 12 OP VZP,
- tematické kontroly prováděné na základě požadavku vedení nebo opakujících se stížností,
- plošná šetření na základě požadavků úřadu Veřejného ochránce práv,
- metodické úkoly řešené ve spolupráci s odbornými útvary,
- řešení stížností, podání a podnětů v působnosti Ústřední pojišťovny.

4.3.1 VNĚJŠÍ KONTROLA ČINNOSTÍ A HOSPODAŘENÍ POJIŠŤOVNY

Dohled nad činností Pojišťovny byl realizován v roce 2003 orgány státní správy reprezentovanými ministerstvy zdravotnictví a financí, Vládou ČR, Poslaneckou sněmovnou a Senátem Parlamentu ČR. Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí využívaly ke kontrole i materiály předkládané a zveřejňované Pojišťovnou v souladu s příslušnými zákony, tj. Zdravotně pojistný plán, Výroční zprávu o hospodaření a účetní závěrku. Svými specifickými metodami se na kontrole podílely i další subjekty, zejména veřejnost a sdělovací prostředky.

Soustavnou kontrolu vykonávaly také orgány Ústřední pojišťovny a okresních pojišťoven, zastupující pojištěnce, jejich zaměstnavatele a stát. Státní orgány uplatňovaly své kontrolní pravomoci především prostřednictvím svých zástupců ve Správní radě a Dozorčí radě Pojišťovny.

Ministerstvo financí jako orgán státního dozoru v pojišťovnictví provedlo na přelomu roku 2002

a 2003 kontrolu komerčního zdravotního pojištění a připojištění za roky 2000-2002, která byla ukončena projednáním Kontrolního protokolu v lednu 2003. V závěru roku 2003 provedlo toto ministerstvo kontrolu plnění nápravných opatření vyplývajících z výše uvedené kontroly a Příkazu ředitele VZP ČR č. 37/2003, který se jejími závěry zabýval. Kontrolní protokol bude projednán v lednu 2004. Z předběžného projednání výsledků této kontroly vyplývá, že v oblasti účetnictví, solventnosti, ziskovosti a ve spisech o pojistných událostech a pojistných smlouvách nebyly zjištěny žádné nedostatky.

Ministerstvo zdravotnictví v lednu 2003 ukončilo projednáním kontrolu dodržování smluvních vztahů se zdravotnickými zařízeními v 1. a 2. pololetí roku 2002 směřovanou do OP VZP Domažlice.

Ministerstva zdravotnictví a financí provedla společně od ledna do března 2003 kontrolu zaměřenou na plnění nápravných opatření k nedostatkům konstatovaným v Kontrolním protokolu NKÚ č. 00/26 z roku 2001. Ze závěrů této kontroly vyplývá, že

kontrolní skupina neshledala nedostatky v provádění nápravných opatření.

Dále výše uvedená ministerstva od května do října 2003 provedla kontrolu zaměřenou na výběr a vymáhání pojistného. Kontrola probíhala nad doklady OP VZP hl. m. Prahy a vztahovala se k rokům 1998-2002. Přesto v řadě případů bylo třeba vyhledat a doložit doklady od roku 1993. Kontrolní skupina se podrobně věnovala všem kategoriím plátců (zaměstnavatelé, OSVČ, OBZP), ve kterých bylo ke kontrole vybráno vždy 50 dlužníků. Při projednání Kontrolního protokolu kontrolní skupina konstatovala podstatné zkvalitnění a zrychlení kontrolní činnosti na OP VZP hl. m. Prahy, zejména za posledních 6 let. Akceptovala rozsah této činnosti soustředěný v hlavním městě, a to ve vztahu k počtu obyvatel, ale i z hlediska koncentrace hospodářské a podnikatelské činnosti a snadného dosažení anonymity v případě problémových plátců, zejména u osob bez zdanitelných příjmů.

4.3.2 VNITŘNÍ KONTROLA ČINNOSTÍ A HOSPODAŘENÍ POJIŠŤOVNY

V roce 2003 odbor hlavního kontrolora zabezpečoval úkoly vnitřní kontroly tak, aby byla naplněna působnost podle zákona č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole, a jeho prováděcí vyhlášky č. 64/2002 Sb., dále dle Organizačního řádu a potřeb vedení Pojišťovny a požadavků vnějších kontrolních orgánů.

Hlavní úkol odboru spočíval v provedení 12 komplexních finančních kontrol OP VZP. Do plánu kontrol byly přednostně zařazeny OP VZP, kde byli jmenováni noví ředitelé. Mimo plán byly zařazeny 2 kontroly OP VZP bezprostředně po odchodu jejich ředitelů do důchodu.

Program a kontrolní postup při provádění vnitřních finančních kontrol OP VZP je upravován podle rizikových faktorů, které OHK sdělují odborné útvarů a vedení Pojišťovny, případně podle nejčastějších kontrolních zjištění publikovaných zejména ve Věstníku NKÚ. Projednáním Zprávy o výsledku kontroly součinnost odboru s kontrolovanými OP VZP nekončí. Dále je sledována úroveň a komplexnost přijatých nápravných opatření a jejich plnění.

Bylo provedeno též 6 cílených tematických kontrol, z nichž některé svým zaměřením a obsahem vyplývají z Příkazu ředitele k nápravě nedostatků zjištěných kontrolou NKÚ.

Do této kategorie lze zahrnout zejména obsáhlou následnou kontrolu namátkově vybraných veřejných zakázek ukončených v roce 2002. Byla zaměřena zejména na soulad jejich průběhu se zákonem o zadávání veřejných zakázek, vnitřními předpisy Pojišťovny a úplnost a průkaznost jejich dokumentace.

Kontrolní závěry vybraných investičních akcí byly hodnoceny především z pohledu souladu smluvních ujednání a následného financování tak, jak to činí vnější kontrolní orgány.

Předmětem tematické kontroly pokladní služby byly hotovostní úhrady za použití soukromých vozidel při zdravotní dopravě pacientů.

Pro kontrolní činnost se často využívá i obsah stížností, což vedlo např. k prověření vyúčtování pracovních cest a dodržování pracovní doby ze strany zaměstnanců OP VZP.

Další kategorií kontrolní činnosti jsou cílené kontroly řešené na základě stížností pojištěnců a zdravotnických zařízení, které byly většinou zaměřeny na aktuální problémy vzniklé v oblasti smluvních vztahů okresních pojišťoven a poskytování zdravotní péče.

V roce 2003 se opakovaně na Pojišťovnu obracel úřad veřejného ochránce práv. Požadoval obsáhlá stanoviska a rozborů k podání pojištěnců VZP ČR, která tomuto úřadu zasílají. Proto byla provedena řada celorepublikových šetření, zaměřených do 6 základních okruhů:

- léčba makulární degenerace oka,
- úhrada spojená s domácí intenzivní péčí a používáním domácího plicního ventilátoru,
- léčba roztroušené sklerózy za použití léčivého přípravku Interferon,
- problémy plátců s úhradami pojistného na veřejné zdravotní pojištění,
- úhrada mimotělního oplodnění u žen starších 40 let,
- schvalování návrhů na lázeňskou léčbu a její kontroindikace.

4.3.3 VNĚJŠÍ A VNITŘNÍ KONTROLA ČINNOSTI

Součástí vnitřního kontrolního systému Pojišťovny tvoří interní audit. Pro plnění úkolů interního auditu daných § 28 až 31 zákona č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole, byly v roce 2003 vypracovány 4 interní audity. Témata těchto auditů byla zvolena na základě analýzy rizik, která vyplývají ze stanovených úkolů Pojišťovny, a aktuálních požadavků vedení organizace.

Prvním auditem byl „Audit kontrolních zjištění OHK“. Byl prověřován soulad vnitřních předpisů Pojišťovny upravujících kontrolní činnost Odboru hlavního kontrolora s právní úpravou obsaženou v zákoně č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole. Dále bylo prověřováno naplnění požadavků kladených zákonem na informace obsažené ve zprávách o výsledcích kontrol. Byla též posuzována adekvátnost opatření k nápravě zjištěných nedostatků jednotlivých okresních pojišťoven.

Dalším auditem byl „Audit odpisu pohledávek za plátcí pojistného“. Tato práce se věnovala jedné ze stěžejních činností pojišťovny, tj. výběru pojistného a s tím souvisejícímu odpisu pohledávek za plátcí pojistného. Práce byla členěna do následujících kapitol: Prověření shody vnitřních předpisů Pojišťovny, které se týkají odpisu pohledávek, se zákonnými předpisy; Analýza vývoje odpisů pohledávek v Pojišťovně za období od roku 1999; Prověření realizace vnitřních předpisů zabývajících se odpisy pohledávek za plátcí pojistného ve vytipovaných OP; Porovnání výsledků dosahovaných jednotlivými OP v oblasti odpisů pohledávek za plátcí pojistného v roce 2002. Práce poukázala na problematická místa v oblasti odpisů pohledávek a doporučila opatření k jejich odstranění.

Třetím auditem byl „Audit shody provádění inventarizace s právními předpisy a vnitřními normami ÚP VZP ČR“. Tento audit se zabýval dodržováním právních předpisů, které se vážou k inventarizací majetku a závazků ve vnitřních normách Pojišťovny, prověřením postupu přípravy řádné inventarizace majetku a závazků Pojišťovny k 31. 12. 2003 a ověřením funkčnosti systému provádění inventur v Pojišťovně.

Poslední prací v roce 2003 bylo „Zajištění a prověření bezpečnosti informačního systému VZP ČR“. Toto šetření prověřovalo: dodržování současných vnitřních předpisů týkajících se bezpečnosti informačního systému OP, porovnání stávající situace bezpečnostní politiky Pojišťovny s požadavky normy ISO/EC 17799:2000 Informační technologie – soubor postupů pro řízení informační bezpečnosti, soulad bezpečnostní politiky Pojišťovny s právními předpisy.

Výsledky všech uvedených auditů byly zpracovány v závěrečných zprávách a předloženy ředitelce Pojišťovny.

Další činností interního auditu byla konzultační činnost v různých oblastech působení organizace. Důležitou částí funkce interního auditu bylo sledování a vyhodnocování implementace zákona č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole, do podmínek Pojišťovny.

4.3.4 VYŘIZOVÁNÍ STÍŽNOSTÍ, PODÁNÍ A PODNĚTŮ

Odbor hlavního kontrolora evidoval v roce 2003 celkem 288 spisů. Jednotlivé stížnosti, podání, podněty a ostatní písemnosti byly řešeny v součinnosti s ostatními úseky Ústřední pojišťovny a s okresními pojišťovnami. Oprávněnost byla sledována pouze ve struktuře stížností a podání.

Oproti roku 2002 došlo **k výraznému nárůstu spisové agendy, a to celkem o 60 spisů**. Za důležitou považujeme zejména tu skutečnost, že v roce 2003 nedošlo k nárůstu stížností, ale naopak zaznamenali jsme vyšší počet kontaktů s pojištěnci, kteří se na nás obraceli se svými podněty a dotazy. Značná část nárůstu této agendy se též týkala dotazů vznášených úřadem veřejného ochránce práv.

Z celkového počtu dopisů zaslaných pojištěnci Pojišťovny (153) se obsah cca 1/3 z nich týkal problémů kvality zdravotní péče poskytované lékaři – smluvními partnery. Dále pojištěnci upozorňovali na nesrovnalosti ve vyúčtované zdravotní péči, které jim bylo na základě jejich požadavku zasláno. Tato samokontrola je vítaným prvkem spolupráce mezi Pojišťovnou a jejími klienty a v řadě případů na jejím základě byla ve zdravotnickém zařízení zahájena cílená revize a případně i sjednána náprava. Další část stížností se týkala poskytování lázeňské léčby. Obsah dopisů často poukazyval přímo na činnost lázeňských zařízení. V převážné většině se však vztahoval ke zpoplatnění a posléze neplnění tzv. nadstandardních služeb, jako jsou rezervace termínu nástupu, příplatky za jednolůžkové pokoje, televizní přijímač, internet apod.

Problematika spisů zaslaných zdravotnickými zařízeními se stala často podnětem k cílené kontrole, případně se řešila jako součást vnitřní finanční kontroly příslušné OP VZP. Jednalo se především o oblast týkající se **smluvních vztahů** a o problematiku úhrad za zdravotní péči poskytnutou našim pojištěncům. Občas se objevovala i nespokojenost nesmluvních zařízení s úhradou pouze nutné a neodkladné péče.

Dopisy odesílané plátcí pojistného, jejich daňovými poradci, případně právními zástupci, se dotýkaly téměř ve všech případech nesouhlasu s vyúčtováním pojistného, ze kterého vyplývaly závazky vůči Pojišťovně, a to v podobě dlužného pojistného a vyměřeného penále. V omezené míře pojištěnci nesouhlasili s uloženou pokutou např. za nesplnění některé zákonem stanovené povinnosti. V některých případech se naopak Pojišťovna musí domáhat svých práv i soudní cestou.

Obsahem korespondence byly i obecné dotazy, které se týkaly činnosti Pojišťovny. V jiných případech se na nás obraceli i občané, kteří jsou z různých důvodů ve výkonu trestu, nebo naopak zástupci Policie ČR se žádostmi o pomoc při šetření různé trestné činnosti, zejména zneužívání léčiv. Všem písemnostem se věnuje mimořádná pozornost, aby byl zajištěn odpovědný vztah ke všem klientům a partnerům Pojišťovny.

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

Pisatel	2001	2002	2003
Pojištěnec	48,2	38,6	53,1
Zdravotnické zařízení	12,6	18,4	11,5
Zaměstnanec VZP	2,0	3,5	0,7
Plátce pojistného	19,4	20,2	14,9
Ostatní	17,8	19,3	19,8
Celkový počet spisů	247	228	288

4.3.5 KONTROLA PLÁTCŮ POJISTNÉHO

Používaný systém kontrol

Kontroly placení pojistného se v roce 2003 prováděly několika způsoby a na různých úrovních, v závislosti na použitých kontrolovaných dokladech a na stanovené metodice kontroly.

Základem kontrolní činnosti Pojišťovny bylo využívání zvláštních úloh zabudovaných v informačním systému, určených k vyhledávání plátců, u kterých nebyly dodrženy zákonem stanovené termíny splatnosti, případně výše jejich plateb pojistného neodpovídala počtu zaměstnanců a průměrné mzdě v dané oblasti a dané činnosti plátce. Tímto způsobem byli vytipovávaní plátcí, kteří neplatili pojistné vůbec, nebo měli neočekávané výkyvy v platbách, či výše jejich plateb neodpovídala předpokladu. Na takto vytipované plátce byla pak zaměřena konkrétní kontrolní činnost Pojišťovny, vedle pravidelných kontrol prováděných podle plánu kontrol. Kontrola vyhledávání podezřelých plátců pomocí informačního systému zpravidla předcházela fyzické kontrole u zaměstnavatelů. Protože u zaměstnavatelů nebylo možno za období do června 1998 zjistit pohledávky na pojistném jinak než kontrolou, bylo dalším úkolem kontrol

zjišťování takových neznámých pohledávek. Počínaje červencem 1998 odevzdávají zaměstnavatelé na základě zákona současně s platbou pojistného **přehled o úhrnném pojistném** a o úhrnu vyměřovacích základů. Dalším kritériem pro výběr plátců k fyzické kontrole bylo tedy i neodevzdání takových přehledů ani po výzvě.

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

Stěžejní a samozřejmě také nejdůležitější kontrolní činností Pojišťovny byla kontrola placení pojistného podle § 22 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, prováděná fyzickou kontrolou dokladů u plátců pojistného. Specializovanými kontrolními pracovníky okresních pojišťoven Pojišťovny bylo v roce 2003 v rámci kontrolní činnosti provedeno:

- **68 532 kontrol placení pojistného** na veřejné zdravotní pojištění a plnění ostatních povinností plátců pojistného, z toho bylo provedeno:
- **65 993 kontrol u hromadných plátců pojistného**, jejichž evidenční počet k 31. 12. 2003 činil 214 768,
- **2 539 kontrol přímo u individuálních plátců pojistného (OSVČ)**, jichž bylo k 31. 12. 2003 evidováno 705 524.

Vyhodnocení způsobu zpracování měsíčních přehledů zaměstnavatelů předávaných podle § 25 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších úprav

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 pojiš-

těných 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 2003 nedodali zaměstnavatelé celkem 3,2 % přehledů, osoby samostatně výdělečně činné 7,6 % 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 2003 bylo provedeno celkem **68 532 kontrol**, což je ve srovnání s rokem 2002 o 10 475 více, a to představuje **zvýšení o 18,0 %**. Toto zvýšení je důsledkem jak zlepšené organizace kontrolní činnosti, tak i kvalifikovanosti plátců. Současně je však třeba říci, že při současném počtu kontrolorů nelze zajistit kontrolu naprosto všech hromadných plátců pojistného v intervalu do 4 až 5 roků, tak aby nikdy nemohlo dojít k promlčení pohledávky. **Důraz** je proto stále **kladen na kontrolu hromadných plátců**, kterých bylo v roce 2003 zkontrolováno **o 11 110 více** než v roce 2002, což představuje **zvýšení o 20,2 %**.

Při kontrolách prováděných v roce 2003 byl zjištěn v **22 775 případech** dluh na pojistném, a v **31 374 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 OP VZP se již nezaměřují jen na problematické plátce. Počet případů vyčísleného penále je vyšší než počet dluhů na pojistném z toho důvodu, že penále se počítá nejen za dluh na pojistném, ale i za zpoždění v platbě pojistného – pojistné mohlo být uhrazeno, ale protože bylo uhrazeno po termínu splatnosti, bylo vyčísleno penále. Nejčastější kontrolní zjištění v roce 2003, obdobně jako v předchozích letech, se týkala neplacení pojistného nebo prodlení v platbách pojistného, jejichž příčinou byla platební nekázeň, i když v některých případech způso-

bená 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 vyúčtování pojistného, vystavovaly okresní pojišťovny ve správním řízení platební výměry. Pomocí platebních výměrů ve správním řízení ukládaly okresní pojišťovny také **pokuty** za porušení oznamovací povinnosti, za nepředložení dokladů ke kontrole, za nepředložení ročních přehledů o úhrnu záloh, příjmech a výdajích OSVČ, za nepředložení měsíčních přehledů zaměstnavatelů, nebo za porušení povinnosti zaměstnavatele zasílat Pojišťovně záznam o pracovním úrazu. Počet vystavených platebních výměrů na dlužné pojistné, penále a pokuty se každoročně zvyšuje. V roce 2003 vystavily OP VZP **celkem 140 680 platebních výměrů** (dále jen PV), **z toho bylo 53 624 PV na dlužné pojistné, 75 279 PV na penále a 11 777 PV na pokuty**. Oproti roku 2002 (vystaveno 133 633 PV) došlo ke zvýšení počtu vystavených PV o 7 047 PV, což představuje zvýšení o 5,3 %.

Přehled o částkách pojistného, penále a pokut, předepsaných platebními výměry v roce 2003, poskytuje tabulka č. 5.



ČINNOST POJIŠŤOVNY

Tabulka č. 5: Částky pojistného, penále a pokut, předepsané platebními výměry, uhrazené v roce 2003

Platební výměry	Předepsáno (v tis. Kč)	Uhrazeno	
		(v tis. Kč)	(v %)
Dlužné pojistné	2 277 744	1 404 128	61,6
Penále	2 725 252	223 333	8,2
Pokuty a přírážky	49 413	32 228	65,2
Celkem	5 052 409	1 659 689	32,8

Z tabulky je vidět, že na platebních výměrech na dlužné pojistné, penále a pokuty bylo **předepsáno 5,05 miliardy Kč, uhrazeno bylo 1,66 miliardy Kč**, a to je **32,8 %**. Zřetelně se projevila změna zákona, která od poloviny roku 2003 umožnila dlužníkům uhrazovat nejprve dlužné pojistné a teprve potom dlužné penále. To mělo za následek nižší procento úhrady platebních výměrů na penále.

Přirážky k pojistnému

Okresní pojišťovny využívaly v roce 2003 také možnosti vyměření přirážky k pojistnému zaměstnavatelům, u nichž došlo v roce 2001 k opakovanému výskytu pracovních úrazů nebo nemocí z povolání ze stejných příčin (podle § 44 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění). Platebními výměry ve správním řízení byly takto **vyměřeny přirážky k pojistnému v celkové výši 905 785 Kč**. Za celý rok 2003 bylo na přirážkách k pojistnému **uhrazeno 991 334 Kč**, tedy více, než bylo v daném roce předepsáno. Tento zdánlivý nesoulad je důsledkem toho, že v roce 2003 byly uhrazeny i platební výměry na přirážky, vystavené před rokem 2003.

Odpisy pojistného a penále

V roce 2003 byly prováděny odpisy zcela nedobytných pohledávek za plátcí podle § 26c zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších úprav. Odpisy pojistného a penále jsou uvedeny v tabulce č. 6.

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

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

- Parlament schválil již v roce 2002 změnu zákona, podle které Rozhodčí orgán rozhoduje o odstranění tvrdosti u pokut a přirážek a u penále nad

Tabulka č. 6: Odpisy pojistného a penále v roce 2003

Odpisy	Pojistné		Penále		Pokuty a přir.		Celkem
	odpis	proml.	odpis	proml.	odpis	proml.	
	v tisících Kč						
Zaměstnavatelé	126 314	14 102	442 838	124 770	4 793	452	
Samoplátcí	24 414	24 101					
Celkem odpisy	150 728		442 838		4 793		598 359
Celkem promlčení		38 203		124 770		452	163 425
Celkem odp. a promlč.	188 931		567 608		5 245		761 784
Veřejná podpora							7 872
Celkem	188 931		567 608		5 245		

20 000 Kč. U penále do 20 000 Kč rozhoduje nyní o odstranění tvrdosti přímo okresní pojišťovna VZP a v některých případech dokonce bez zahájení správního řízení.

- Další významnou změnou zákona bylo zjednodušení mechanismu sledování osob bez zdaniitelných příjmů, které jsou povinny platit měsíční pojistné až tehdy, pokud za ně není plátcem pojistného zaměstnavatel či stát, nebo neplatí pojistné jako OSVČ, **po celý kalendářní měsíc**.
- Rovněž tak byla přijata úprava, která zjednodušila doručování písemností, což omezilo spekulativní chování dlužníků, kteří se dosud bránili postihu tím, že nepřebírali poštovní zásilky od Pojišťovny.

Návrhy na další právní změny

- Bylo by účelné zavést takovou zákonnou úpravu 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 pojistného přesahující 50 Kč a penále přesahující 100 Kč za rok.
- 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.

Přetrvávající nedostatky právních předpisů

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

- **Právní úprava celé oblasti výběru pojistného je stále neodůvodnitelně komplikovaná**, což klade značné nároky na pochopení jak pro pojištěnce a plátce pojistného, tak pro pracovníky Pojišťovny. Důsledkem je pak velká složitost a komplikovanost postupů využívaných při sledování a počítačovým zpracování agendy výběru pojistného, i při styku s pojištěncem, případně plátcem pojistného. Zvláště komplikovaná jsou pravidla pro posuzování, které příjmy se zahrnují a které nezahrnují do vyměřovacího základu pro výpočet pojistného

zaměstnanců. Zbytečnou složitost by zde bylo možno odstranit například přímou vazbou na daňový základ zaměstnance.

- **Odpočty na platbu pojistného státem** u zaměstnanců a OSVČ, za které je plátcem pojistného i stát, nesmírně **komplikují provádění zpětných úprav** ve zdravotním pojištění a následně i v daních. K takovým zpětným úpravám, například ke zpětnému přiznání důchodu i za několik let, dochází v praxi velice často.
- Obdobným způsobem lze hovořit o **doplatcích pojistného** do minimální výše pojistného u zaměstnanců.

4.3.6 KONTROLY POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE (REVIZNÍ ČINNOSTI)

Revizní činnost jako odbornou medicínskou kontrolu, regulaci (schvalování a povolování) a posuzování zajišťovalo v okresních pojišťovnách ke konci roku 2003 celkem 837 revizních pracovníků (o 15 méně než v roce 2002), tj. revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví způsobilých k revizní činnosti (dále odborný revizní pracovník).

Z toho bylo:

- 205 kmenových revizních lékařů¹ (207 v roce 2002),
 - 109 odborných revizních pracovníků – asistentů revizního lékaře² (92 v roce 2002).
- S nimi při řešení problémů v jednotlivých medicínských oborech spolupracovalo:
- 469 revizních lékařů – specialistů v jednotlivých medicínských oborech (494 v roce 2002), kteří pracují na velmi malý úvazek nebo na dohodu,
 - 26 odborných revizních pracovníků – specialistů (26 v roce 2002), z toho 12 vysokoškoláků (např. logopedie) a 14 středoškoláků (např. domácí péče),
 - 28 revizních farmaceutů při kontrolách lékáren.

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

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

V roce 2003 došlo k dalšímu snížení celkového počtu revizních pracovníků.

Na revizní systém VZP ČR jsou kladeny neustále se zvyšující nároky, které vždy nekorespondují s jeho personálním zajištěním. Revizní lékaři spravují rozsáhlou agendu aktivit okresních pojišťoven. Jsou vystavováni nepříjemným tlakům jak ze strany poskytovatelů zdravotní péče, tak samotných klientů při žádostech o schválení či povolení úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění. (Přehled o revizní činnosti a počtech schvalovacích procesů podávají tabulky č. 7, 8, 9 a 10.) Náročné na jejich erudici, komunikační schopnosti a zejména čas je také samotné provádění revizí přímo ve zdravotnických zařízeních. Dalším důvodem pro snižování celkového počtu revizních pracovníků jsou stávající možnosti jejich finančního ohodnocení. Při jejich získávání nemůže Pojišťovna nabídnout takové platy, jaké mají v nemocnicích či jako ambulantní specialisté. Pro vysokou náročnost není práce revizního lékaře vyhledávána mezi lékaři zejména v produktivním věku, převážná část revizních lékařů je buď v důchodovém věku, nebo se mu blíží.

Za metodického vedení a ve většině případů i za přímé účasti pracovníků Odboru revize zdravotní péče Ústřední pojišťovny (dále ORZP) bylo realizováno celkem 17 výběrových řízení na funkci kmenových revizních lékařů okresních pojišťoven, na jejichž základě bylo přijato do pracovního poměru celkem 23 nových kmenových lékařů. ORZP zorganizoval v roce 2003 na půdě Ústřední pojišťovny s cílem rozšířit počty a spektrum stávajících revizních lékařů – specialistů pro potřeby okresních pojišťoven 2 výběrová řízení na funkce revizních lékařů – specialistů. Z celkem 26 uchazečů jich 20 uspělo.

Bez ohledu na datum konání výběrového řízení nastoupilo v roce 2003 do Pojišťovny a následně bylo do 3letého firemního vzdělávání zařazeno celkem 23 kmenových revizních lékařů. Naproti tomu pracovní poměr ukončili 3 kmenoví revizní lékaři zařazení do 3letého firemního vzdělávání. V rámci firemního vzdělávání se 39 kmenových revizních lékařů zúčastnilo celkem 11 povinných 5denních stáží na Úseku zdravotní péče Ústřední pojišťovny. Pro 30 kmenových revizních lékařů zajistilo následné stáže 6 okresních pojišťoven v počtech:

OP VZP hl. města Prahy	10	OP VZP Hodonín	4
OP VZP Plzeň-jih	3	OP VZP Olomouc	6
OP VZP Plzeň-město	5	OP VZP Klatovy	2

Odborné vzdělávání revizních pracovníků Pojišťovny v revizním lékařství, ale i v dalších medicínských oborech, bylo v roce 2003 realizováno nejen formou školení v rámci Pojišťovny a dalších k tomu určených organizací (IPVZ Praha, NCONZO Brno), ale i formou seminářů, pracovních dnů, sympozií a sjezdů odborných společností, ať už v rámci ČLS či mimo ni. V roce 2003 tak bylo dosaženo účasti na 1337 odborných vzdělávacích akcích. Na zajištění těchto akcí se podílely:

- ze 41 % ORZP Ústřední pojišťovny,
- z 20 % subkatedra revizního lékařství Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví,
- z 5 % odborná společnost revizního lékařství České lékařské společnosti JEP,
- ze 34 % ostatní instituce (ČLK, zdravotnická zařízení, okresní úřady, apod.).

V roce 2003 vydal ORZP 6 čísel již 11. ročníku Informačního bulletinu revizních lékařů VZP ČR 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 edukační význam.

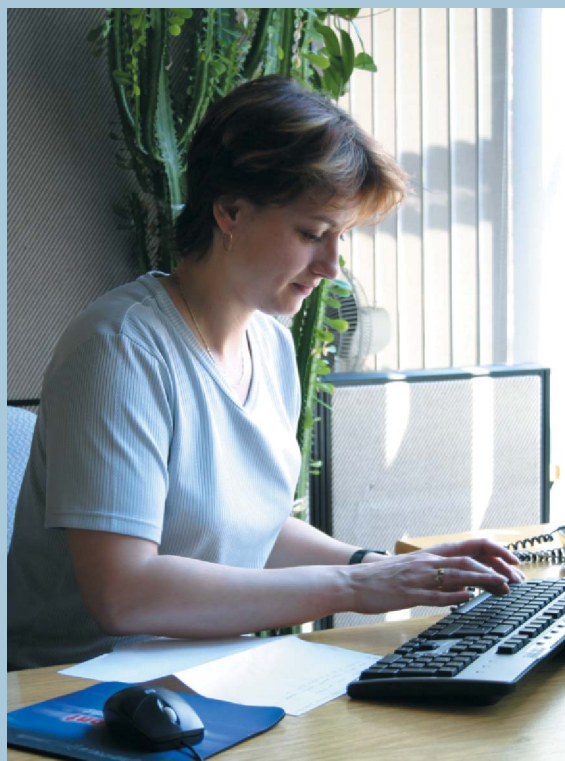
Významnou vzdělávací úlohu v rychlém vzájemném předávání informací mezi Ústřední pojišťovnou a okresními pojišťovnami v roce 2003 potvrdily intranetové stránky ORZP Ústřední pojišťovny (byly vytvořeny v roce 2002 a i nadále jsou spravovány referátem analýz pro revizní činnosti ORZP).

V roce 2003 došlo ke zprovoznění WEB aplikace „Klíčová slova VZP“ (ORZP je správcem a garantem), která rychle vyhledává všechny související interní informace k zadanému slovu či slovnímu spojení a tak významně urychluje práci nejen revizním pracovníkům Pojišťovny.

I v roce 2003 bylo zajišťováno metodické vedení revizní činnosti okresních pojišťoven ORZP Ústřední pojišťovny. K datu 31. 12. 2003 pracovalo na ORZP Ústřední pojišťovny celkem 9 lékařů na plný pracovní úvazek. S nimi spolupracovalo při metodickém vedení revizní činnosti okresních pojišťoven, formou odborných konzultací a/nebo odborných stanovisek (i pro další útvary Úseku zdravotní péče Ústřední pojišťovny) 22 revizních lékařů – specialistů a 4 odborní (středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaní) revizní pracovníci – specialisté celkem ve 23 odbornostech (pracovně právní vztah – dohody o činnosti nebo o provedení práce).

V rámci dohledu nad úrovní revizní činnosti okresních pojišťoven provedli pracovníci ORZP Ústřední pojišťovny v průběhu roku 2003 celkem 32 kontrolních návštěv. Z těchto kontrol jsou vyhotovené protokoly, uložené na ORZP, obsahující konkrétní popis zjištěných nedostatků, včetně termínů určených k jejich odstranění. Tyto protokoly jsou zpracovávány na místě kontroly a vždy byla ředitelům příslušných okresních pojišťoven navržena nápravná opatření.

Revizní skupiny ORZP Ústřední pojišťovny provedly v roce 2003 samostatně celkem 17 revizí. Ve 4 případech se jednalo o plánované revize interních oborů nemocnic. Ve 2 případech se jednalo o cílené revize agentur domácí péče, v 1 případě o rozsáhlou cílenou revizi ambulantního rehabilitačního pracoviště a v 10 případech o opakované revize veškeré poskytnuté a vyúčtované zdravotní péče u 5 pracovišť zařazených do projektu Pojišťovny (Projekt chronické resuscitační a intenzivní péče, který vznikl s cílem nastavit pravidla pro nasmlouvání, poskytování a kontrolu tohoto druhu zdravotní péče a namodelovat vhodné úhradové mechanismy). Všechny revize byly spojeny se šetřením ve zdravotnickém zařízení, kdy vyúčtovaná zdravotní péče byla porovnána se záznamy ve zdravotnické dokumentaci. **Celkem byla na základě revizí provedených pracovníky ORZP Ústřední**



pojišťovny jako nesprávně a/nebo neoprávněně vykázaná a uhrazená zdravotnická péče odmítnuta úhrada ve výši 8 882 842 bodů a 1 066 246 Kč. Průměrně bylo na základě 1 revize, provedené pracovníky ORZP Ústřední pojišťovny, odečteno 634 489 bodů a 76 160 Kč.

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

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

Okresní pojišťovny pravidelně předávaly ORZP Ústřední pojišťovny statistické čtvrtletní přehledy o činnosti revizních lékařů a odborných revizních pracovníků.

Sumarizace revizních činností v okresních pojišťovnách za rok 2003 je shrnuta v tabulce č. 7 – Souhrnný přehled o revizní činnosti Pojišťovny v roce 2003, v tabulce č. 8 – Regulační část revizní činnosti – schvalování, povolování a potvrzování v roce 2003, v tabulce č. 9 – Expertní část revizní činnosti – posuzovací činnost v roce 2003 a v tabulce č. 10 – Kontrolní část revizní činnosti – revize a kontroly v roce 2003.

Celkový efekt revizí a kontrol provedených revizními pracovníky okresních pojišťoven za rok 2003 (vyplývající ze souhrnu čtvrtletních přehledů, které zpracovaly a zaslaly na ORZP Ústřední pojišťovny okresní pojišťovny v roce 2003) je následující:

- suma bodových hodnot odmítnutých nebo změněných zdravotních výkonů činila celkem 682 444 768 bodů³,
- hodnota dalších odmítnutých účtovaných položek (ZUM, ZULP, stomatologické výkony, preskripce) činila 274 439 152 Kč.

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

ČINNOST POJIŠŤOVNY

Tabulka č. 7: Souhrnný přehled o revizní činnosti Pojišťovny v roce 2003

Položka	I.Q	II.Q	III.Q	IV.Q	Celkem
Počet uzavřených revizí a kontrol celkem	5 135	5 818	5 659	9 126	25 738
Schvalování léků, PZT a výkonů	73 283	74 033	66 591	68 263	282 170
Povolování výjimek *	11 721	10 743	9 719	9 285	41 468
Potvrzování lázeňské péče	29 493	37 882	22 761	11 266	101 402
Potvrzování ozdravovenské péče	3 067	1 989	414	566	6 036
Potvrzování péče v dětských léčebnách	1 643	1 222	373	494	3 732
Počet provedených posouzení	46 386	45 119	38 929	45 406	175 840
Celkem	170 728	176 806	144 446	144 406	636 386

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

Tabulka č. 8: Regulační část revizní činnosti – schvalování, povolování a potvrzování v roce 2003

Vyjádření	Z počtu	v %	Neschváleno	v %
k vázaným položkám ("Z", "X")	282 170	64,90	8 399	2,98
z toho: léčiva	160 107	36,82	4 502	2,81
PZT	111 508	25,65	3 328	2,98
výkony	10 555	2,43	569	5,39
k žádostem o povolení plné úhrady *	41 468	9,54	991	2,39
z toho: léčiva	37 215	8,56	803	2,16
PZT	3 611	0,83	154	4,26
výkony	642	0,15	34	5,30
k lázeňským návrhům	101 402	23,32	1 744	1,72
z toho: komplexní láz. péče	86 485	19,89	1 374	1,59
příspěvková láz. péče	14 917	3,43	370	2,48
k návrhům do dětských OLÚ	3 732	0,86	56	1,50
k návrhům do ozdravoven	6 036	1,39	104	1,72
Celkem	434 808	100,00	11 294	2,60

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

Tabulka č. 9: Expertní část revizní činnosti – posuzovací činnost v roce 2003

Posuzovací činnost	I. Q	II. Q	III. Q	IV. Q	Celkem
Soubory výkonů do přílohy č. 2 smlouvy	2 956	2 785	2 949	3 582	12 272
Škody způsobené třetí osobou	6 566	7 136	5 829	6 586	26 117
Individuální účty pojištěnců	993	636	854	697	3 180
Smluvní pojištění (smluv a vyúčtování)	22 265	20 549	16 484	18 587	77 885
Nutná a neodkladná péče v cizině	778	709	994	1 123	3 604
Věcné, technické a personální zajištění	719	616	726	653	2 714
Mořský koník	5 396	499	3	0	5 898
Námítky SZZ k regulacím	375	243	441	263	1 322
Ostatní posouzení	6 338	11 946	10 649	13 915	42 848
Počet posouzení celkem	46 386	45 119	38 929	45 406	175 840

Tabulka č. 10: Kontrolní část revizní činnosti – revize a kontroly v roce 2003

	I. Q	II. Q	III. Q	IV. Q	Celkem
Počet revizí					
plánovaných	1 459	1 446	1 128	1 197	5 230
cílených	781	779	562	981	3 103
celkem	2 240	2 225	1 690	2 178	8 333
Počet kontrol	2 895	3 593	3 969	6 948	17 405
Počet revizí a kontrol celkem	5 135	5 818	5 659	9 126	25 738
Námítky proti RZ a KZ					
uznané částečně	62	91	73	209	435
uznané plně	105	150	115	176	546
neuznané	99	117	111	231	558
Celkový počet podaných námitek	266	358	299	616	1 539

Z nástrojů informačního systému byl pro potřeby kontroly výdajové složky veřejného zdravotního pojištění v roce 2003 revizními pracovníky, stejně jako v minulých letech, využíván modul informačního systému Pojišťovny „Deník revizního lékaře“ (dále DRL), umožňující mnohem přesnější evidenci a kontrolu schválených položek (léčiv, prostředků zdravotnické techniky, výkonů zdravotní péče) a vydaných povolení k úhradám. DRL a další softwarové produkty informačního systému pro revizní činnost (VZPP3, SLSTORNO, NBSTORNO), které umožňují jednotným způsobem provedení kontroly a revize dokladů vyúčtování poskytnuté zdravotní péče a vytvoření jednotného protokolu včetně vedení evidence a statistiky, byly v tomto roce zásadně novelizovány s cílem zjednodušení jejich obsluhy. Na dalších úpravách nástrojů informačního systému pro potřeby kontrolní a revizní činnosti ORZP Ústřední pojišťovny průběžně a kontinuálně spolupracuje s pracovníky Úseku informačního systému Ústřední pojišťovny.

Z revizí smluvních zdravotnických zařízení provedených v roce 2003 revizními pracovníky Ústřední pojišťovny a okresních pojišťoven vyplývají prakticky stále stejné nedostatky:

- lékaři předepisovali léčivé přípravky na recept nebo PZT na poukaz u hospitalizovaných pacientů, přestože úhrada těchto léčivých přípravků během hospitalizace je zajištěna platbou lékového paušálu,

- v rozporu s platnou vyhláškou Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále jen Seznam výkonů), byla vykazována lékaři klinická vyšetření spolu se

zdravotními výkony, které nesou označení „Q“, což kombinaci s klinickými vyšetřeními zakazuje,

- u hospitalizovaných pacientů byly vykazovány zdravotní výkony agregované do výkonů ošetrovacího dne (na standardních lůžkách: nestatimová laboratorní biochemická vyšetření, UZ vyšetření, EKG, vizita vykázaná jako cílené vyšetření, v den přijetí k hospitalizaci nemocnice vykazuje veškerá provedená biochemická vyšetření v rámci ambulance, apod., na lůžkách JIP: výkony aplikace krve či krevních derivátů, i. v. injekce, EKG, enterální výživa, apod.),

- vykazování ZUM a ZULP k výkonům zdravotní péče, kde to Seznamem zdravotních výkonů není povoleno (např. k výkonu diagnostické laparoskopie je vykázaný ZUM jako u výkonu laparoskopické operace, což Seznam zdravotních výkonů neumožňuje),

- vykázané kategorie pacientů neodpovídaly záznamům ve zdravotnické dokumentaci,

- lékaři vykazovali zdravotní výkony, jejichž obsah dle zápisu v dokumentaci nebyl naplněn, ve zdravotnické dokumentaci pojištěnců, mnohdy obtížně čitelné, byly nedostatečné (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,

- záznamy indikujících pracovišť či samotné záznamy lékařů při přijímání pacienta do ústavní zdravotní péče dostatečně nezdůvodňovaly nezbytnost přijetí resp. nemožnost poskytnout zdravotní péči ambulantní formou,

- podobně zejména u krátkodobých, jedno- až tří-denních hospitalizací 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 výhradně drahé výkony ošetrovacích dní i přesto, že zdravotní stav a poskytnutá péče dle záznamů v dokumentaci k jejich vykazování 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. Jen zcela výjimečně při tom zdravotnická zařízení žádají o statut sociálních hospitalizací dle zákona č. 100/1998 Sb., o sociálním zabezpečení. Stejně tak pokud v průběhu hospitalizace pominou důvody k ústavní péči, zůstávají pacienti ze sociálních důvodů na lůžku, ale není žádáno o přiznání statutu sociální hospitalizace, a tak je jejich pobyt hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

- návrhy na lázeňskou léčbu v řadě případů neobsahovaly 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 výkonů rehabilitační péče, pokud jsou provedeny ve frekvenci vyšší než 1x, stanoví Seznam zdravotních výkonů, že mohou být vykázány pouze tolikrát, kolikrát byl naplněn čas jejich provedení, a proto čas zahájení a ukončení musí být uveden ve zdravotnické dokumentaci. Tyto časy v dokumentaci prakticky vždy chyběly, a proto byly výkony uznávány k úhradě pouze v počtu 1x,

- u příkazů ke zdravotnímu transportu je velmi často porušována smluvně závazná Metodika Pojišťovny 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.

4.4 ZABEZPEČENÍ ČINNOSTÍ POJIŠŤOVNY HMOTNÝM A NEHMOTNÝM MAJETKEM

V roce 2003 se změnou vnějších podmínek a přípravou vstupu České republiky do EÚ vznikla celá řada nových požadavků kladených na VZP ČR, která se začala připravovat a zabezpečovat především v oblasti rozvoje informačních technologií a SW vybavení informačního systému VZP ČR.

Modernizace hardwarového vybavení Pojišťovny se realizovala nákupem menšího počtu koncových stanic v roce 2003 a přípravou na jejich plánovanou obměnu v roce 2004 (cca 1250 kusů). Dále Pojišťovna nakoupila nové generace HP-UX serverů řady L pro větší a střední OP a ÚP. Dokončení nákupu nové generace HP serverů na menších OP se uskuteční v roce 2004. Nákup komponentů (pamětí apod.) k HP-UX serverům se uskutečnil pro celou VZP ČR. Tím došlo k posílení hardwarového vybavení ÚP a jeho další konsolidaci.

Do Portálu VZP ČR byl instalován aplikační SW a Portál byl spuštěn ve zkušebním provozu. Původně grafické aplikace byly převedeny do 3vrstvé archi-

tektury (především v úlohách evidence příspěvků, ozdravenské péče, informačního centra zdravotního pojištění atd.).

Na ÚP došlo k překlopení databází do Oracle 8i a operačního systému do HP-UX 11i. Příprava vstupu ČR do EÚ se projevila v roce 2003 ve VZP ČR rozšířením celé řady aplikačních softwarů (mezinárodní smlouvy atd.).

Vytvoření vhodnější hardwarové a programové struktury umožnilo tyto úpravy promítnout i do jednotlivých OP. Nákupem moderních technologií dochází k postupnému zvýšení propustnosti WAN sítě.

V roce 2003 se uskutečnily práce na projektu „Migrace NT infrastruktury“ a došlo k překlopení NT infrastruktury na platformu MS Windows 2000. Elektronická pošta HP OpenMail byla nahrazena MS Exchange.

V roce 2003 byly zahájeny přípravné práce na Elektronickém indetifikátoru.

Přehled OP VZP sídlících k 31. 12. 2003 ve vlastních objektech, které byly získány koupí, vlastní výstavbou nebo převodem na základě § 12 zák. 290/2002 Sb.:

Benešov	Jeseník	Nový Jičín	Rokycany
Beroun	Jičín	Nymburk	Rychnov n/Kněžnou
Blansko	Jihlava	Olomouc	Semily
Brno-město	Jindřichův Hradec	Opava	Sokolov
Brno-venkov	Karlovy Vary	Ostrava	Strakonice
Bruntál	Kladno	Pardubice	Svitavy
Břeclav	Karviná	Pelhřimov	Teplice
Česká Lípa	Kolín	Písek	Trutnov
České Budějovice	Kroměříž	Plzeň-sever	Třebíč
Děčín	Kutná Hora	Prachatice	Uherské Hradiště
Domažlice	Liberec	Praha-město	Ústí n/Labem
Frydek-Místek	Louny	Praha-východ	Ústí n/Orlicí
Havlíčkův Brod	Mělník	Prostějov	Vsetín
Hradec Králové	Mladá Boleslav	Přerov	Vyškov
Chomutov	Most	Příbram	Znojmo
Chrudim	Náchod	Rakovník	Žďár n/Sázavou
Jablonec n/Nisou			ÚP VZP ČR Praha

K 31. 12. 2003 sídlily v pronajatých objektech okresní pojišťovny:

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

V roce 2004 budou ukončeny pronájmy objektů OP Hodonín, Cheb a Šumperk, v roce 2005 OP Zlín, a tyto okresní pojišťovny budou přestěhovány do vlastních objektů. Dlouhodobou strategií Pojišťovny

je pracovat ve vlastních objektech z důvodu zabezpečení práce s daty, vytvoření prostředí pro klienty v nezávislosti na pronajímatelích.



4.5 ZDRAVOTNÍ POLITIKA

Zdravotní politika Pojišťovny byla v roce 2003 realizována v přípravných fázích dohodovacích řízení a dále ve výběrových řízeních na zajištění poskytování ambulantní a ústavní zdravotní péče pojištěncům, která se konala před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče podle příslušných ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, buď na návrh Pojišťovny, nebo na návrh zdravotnického zařízení, které je oprávněno poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru.

V roce 2003 se uskutečnilo dohodovací řízení podle ustanovení § 17 odst. 4) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, k Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále jen „SZV“).

Toto dohodovací řízení bylo ukončeno 23. června 2003 a mělo tři jednací dny – 10. března, 28. dubna a 23. června 2003. Dohodovací řízení projednalo návrhy 27 odborných společností, schválilo 89 nových výkonů, dále pak změny či doplnění u stávajících cca 113 výkonů či změny v textové části SZV, 4 výkony byly vyřazeny a byl schválen vznik 2 nových odborností. Byly zamítnuty návrhy ČLK na zvýšení osobních nákladů nositelů výkonů či zvýšení minutové režijní sazby o 15 % a návrhy odborných společností na prodloužení času klinických vyšetření v odbornosti 101 – interna a navýšení režie odbornosti 105 – gastroenterologie na úroveň chirurgických oborů.

V rámci třetího jednacího dne předložili zástupci zdravotních pojišťoven (VZP ČR, SZP a SZP ČR) informaci o dopadu změn souvisejících s připravovanou novelou do systému veřejného zdravotního pojištění. Na základě těchto údajů zástupci ZP navrhli nezařazovat do připravované novely ty výkony, které obsahují nové metody, postupy a materiály dosud nehrzené, s výjimkou výkonů s použitím v primární péči, odložit účinnost novely SZV minimálně od 1. července 2004 a také zohlednit dopad novely do cenových jednání na příslušné období. V srpnu roku 2003 byly materiály schválené na tomto dohodovacím řízení předány na MZ ČR jako podklad novely SZV.

Předáním materiálů pro novelu Seznamu zdravotních výkonů činnost Pracovní skupiny č. 2 k dohodovacímu řízení k Seznamu zdravotních výkonů neskončila. Již 3. června 2003 se Pracovní skupina č. 2 sešla nad obsáhlým materiálem, který předložili zástupci odborných společností chirurgických oborů.

Předkladatelem a koordinátorem tohoto materiálu je ČLK. Výsledkem jednání je jednotný postup pro projednávání návrhů. Mimo jiné bylo dohodnuto, že návrhy na změny výkonů klinických a endoskopických vyšetření budou řešeny zvlášť, napříč všemi odbornostmi. Během podzimu se pracovní skupina sešla čtyřikrát. Začala projednáváním materiálu dodaného zástupci chirurgické společnosti (odbornost 501), který představuje cca 25 nových výkonů, 25 návrhů na zrušení stávajících výkonů a 85 přepracovaných výkonů. V diskusi byly řešeny zásadní otázky týkající se jednorázového oblečení a rouškování, omezení frekvencí, počtu nositelů výkonů, kategorií výkonů, vybavení operačních sálů, obsahu a životnosti operačních sítí či jedno- a víceúčelových přístrojů. Také bylo dohodnuto, že v rámci ČLK začnou jednání k definici a obsahu režie operačních sálů. Dále již byly projednány i výkony odbornosti 502 – dětská chirurgie. Pracovní skupina však nadále eviduje připomínky a návrhy i ostatních odborných společností, které jsou a budou projednávány souběžně s problematikou chirurgických oborů na dalších jednáních. Pracovní skupina č. 2 DŘ k Seznamu zdravotních výkonů se v roce 2003 sešla celkem dvanáctkrát.

I v roce 2003 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 2003 pokračovala, za účasti zástupců Pojišťovny, v činnosti **„Komise pro posuzování rozmístění přístrojů vybrané zdravotnické techniky“** – dle Smlouvy o spolupráci uzavřené mezi MZ ČR a Pojišťovnou. Komise jednala celkem osmkrát.

Komise projednává žádosti zdravotnických zařízení o souhlas s umístěním, provozem a obměnou přístrojů na základě vyžádaných údajů a v souladu s kritérii rozmístění přístrojů, která zohledňují kromě spádovosti, odbornosti, efektivity využití, indikačních kritérií, provozní doby a dopadů žádostí na výdaje z prostředků veřejného zdravotního pojištění následující principy:

- soulad s koncepcí oborů specializované péče,
- optimální centralizace pracovišť radiodiagnostiky, radioterapie a nukleární medicíny do lůžkových

zařízení vyššího a středního typu s určením spádové oblasti, zabezpečení dostupnosti v měřítku celostátním a podle vyšších územně správních celků,

- kategorizace přístrojů,
- krytí provozních nákladů a pravidelné obnovy přístrojového parku na základě jednoznačně stanovené amortizační doby,
- požadavek personálního vybavení pracovišť,
- stávající stav sítě rozmístění vybrané zdravotnické techniky (dále „VZT“), srovnání s EU,
- harmonogram obměny a dovybavení VZT s vytčením priorit.

Mezi nákladnou VZT patří:

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

Detailní informace o množství a rozmístění VZT jsou k dispozici v Ústavu zdravotnických informací a statistiky, se kterým Pojišťovna spolupracovala na metodice sběru dat.

Poradou vedení MZ ČR byla schválena **Kritéria pro umístění, obměnu a provoz MR. Komise VZT v nejbližších několika letech doporučuje umisťovat nové kapacity přístroje MR pouze do lůžkových zdravotnických zařízení s odpovídajícím odborným zázemím.**

Způsoby a výše úhrad pro jednotlivé segmenty poskytovatelů zdravotní péče a pro obě pololetí roku 2003 byly projednávány v dohodovacím řízení k hodnotám bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění (dále „DŘ k cenám“).

V 1. pololetí roku 2003 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:

- praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost,
- zubních lékařů,
- ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících specializovanou ambulantní zdravotní péči, včetně ambulantních zařízení poskytujících hemodialyzační péči,
- ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících domácí zdravotní péči,
- ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících zdravotní péči komplementu – laboratoře, diagnostika – odbornosti 222, 801-807, 809, 812-823,
- ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících fyzioterapii – odbornosti 902 a 918,
- lázeňské péče.

Výsledky DŘ k cenám, kde došlo k dohodě, byly vyhlášeny jako závazné pro zdravotnická zařízení a pro zdravotní pojišťovny ve Věstníku MZ ČR, částka 13/2002 z prosince 2002.

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

- ústavní péče včetně odborných léčebných ústavů, léčeben dlouhodobě nemocných a zdravotnických zařízení vykazujících péči na ošetřovatelských lůžkách,
- zdravotnické záchranné služby, dopravy raněných, nemocných a rodiček a lékařské služby první pomoci.

Výše úhrady zdravotní péče byla proto stanovena vyhláškou MZ ČR č. 532/2002 Sb. Cena bodu, resp. výše úhrad zůstala stejná jako v 2. pololetí 2001.

V rámci **DŘ k cenám pro 2. pololetí roku 2003** došlo k dohodě se zástupci poskytovatelů v segmentech:

- praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost,
- zubních lékařů,
- ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících specializovanou ambulantní zdravotní péči, včetně hemodialyzační péče,
- ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících domácí zdravotní péči,
- ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících zdravotní péči komplementu – laboratoře, diagnostika – odbornosti 222, 801-807, 809, 812-823,
- ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících fyzioterapii – odbornosti 902 a 918,
- lázeňské péče.

Výsledky DR byly vyhlášeny ve Věstníku MZ ČR, částka 7/2003 z července 2003.

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

- ústavní péče včetně odborných léčebných ústavů, léčen dlohodobě nemocných a zdravotnických zařízení vykazujících péči na ošetrovatelských lůžkách,
- zdravotnické záchranné služby, dopravy raněných, nemocných a rodiček a lékařské služby první pomoci.

Vzhledem k tomu, že MZ ČR nevyužilo zmocnění ke stanovení výše úhrad, včetně regulačních omezení, bylo postupováno ve 2. pololetí roku 2003 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.

Stručný přehled vývoje a používaných mechanismů úhrad za poskytovanou zdravotní péči v jednotlivých pololetích roku 2003 a v členění dle jednotlivých segmentů zdravotní péče lze vysledovat z tabulky č. 11.



Tabulka č. 11: Mechanismy úhrad zdravotnickým zařízením

I. pololetí 2003	II. pololetí 2003
PRAKTIČTÍ LÉKAŘI	
1) KKVP 32 Kč nepravidelná péče a výkony nad rámec kapítace – 0,90 Kč/bod bonifikační systém praktických lékařů	1) KKVP 33 Kč nepravidelná péče a výkony nad rámec kapítace – 0,90 Kč/bod bonifikační systém praktických lékařů
2) Výkonová platba hodnota bodu 0,46 Kč limit času nositele výkonu 12 hod./kal. den max. úhrada do 100 % POÚ celková úhrada do výše tzv. maximální úhrady	2) Výkonová platba hodnota bodu 0,46 Kč limit času nositele výkonu 12 hod./kal. den
3) KKVP s dorovnáním – „malé praxe“ dorovnání do 90 % KKVP podmínka: méně JRP než 70 % celostátního průměru bonifikační systém praktických lékařů	3) KKVP s dorovnáním – „malé praxe“ dorovnání do 90 % KKVP podmínka: méně JRP než 70 % celostátního průměru bonifikační systém praktických lékařů

I. pololetí 2003

II. pololetí 2003

AMBULANTNÍ SPECIALISTÉ

Výkonová platba

hodnota bodu 1,02 Kč

limit času nositele výkonu 12 hod./kal. den

předběžná úhrada ve výši 105 % POÚ

celková úhrada do výše tzv. maximální úhrady

MAXU_ZZ = součet MAXU za všechny odbornosti nasmlouvané tímto ZZ

MAXU_ODB = POP_ODBakt

*(PB_ODBref*CB*Izr+ZUM_ODBref*Izc+ZULP_ODBref*Izc)

kde: Izr = 1,00

Izc = 1,02

omezení maximální úhradou se nepoužije:

– pokud ZZ v ref. období neexistovalo nebo ošetřilo nevýznamný počet unikátních pojištěnců (méně než 50 na odbornost)

Výkonová platba

hodnota bodu 1,04 Kč

limit času nositele výkonu 12 hod./kal. den

předběžná úhrada ve výši 105 % POÚ

celková úhrada do výše tzv. maximální úhrady

MAXU_ZZ = součet MAXU za všechny odbornosti nasmlouvané tímto ZZ

MAXU_ODB = POP_ODBakt

*(PB_ODBref*CB*Izr+ZUM_ODBref*Izc+ZULP_ODBref*Izc)

kde: Izr = 1,005

Izc = 1,000

omezení maximální úhradou se nepoužije:

– pokud ZZ či odbornost v ref. období neexistovalo nebo ošetřilo nevýznamný počet pojištěnců (méně než 75 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 7/2003)

AMBULANTNÍ HEMODIALÝZA

Výkonová platba

hodnota bodu 1,02 Kč

limit času nositele výkonu 12 hod./kal. den

předběžná úhrada 105 % 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 105 % POÚ

režijní náklady výkonů 18521, 18522, 18530, 18550, 18560, 18570, 18580 a 18590 – ve výši 4 body/min.

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 = 1,05 pro ZZ, jejichž PKČ je větší nebo rovno 5,00

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

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

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

I. pololetí 2003

II. pololetí 2003

FYZIOTERAPIE – odbornosti 902 a 918

Výkonová platba

hodnota bodu 0,95 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 105 % POÚ

$PS = 105 \% POÚ * K$

Úprava paušální sazby:

a) počet bodů je 97-103 % RPB, pak $K = 1$ a výše

paušální sazby se nemění

b) počet bodů je mimo interval 97-103 % RPB, pak

se výše paušální sazby upraví vynásobením

koeficientu K, který je roven podílu vykázaného

a uznaného počtu bodů v hodnoceném čtvrtletí a RPB

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

2) Výkonová platba

hodnota bodu 0,86 Kč

RTG – odbornost 809

1) Paušální sazba

předběžná úhrada ve výši součinu 105 % POÚ

$PS = 105 \% POÚ * K$

Úprava paušální sazby:

a) počet bodů je 97-103 % RPB, pak $K = 1$ a výše

paušální sazby se nemění

b) počet bodů je mimo interval 97-103 % RPB, pak

se výše paušální sazby upraví vynásobením

koeficientu K, který je roven podílu vykázaného

a uznaného počtu bodů v hodnoceném čtvrtletí a RPB

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 1,02 Kč

2) Výkonová platba

hodnota bodu 1,04 Kč

STOMATOLOGICKÁ PÉČE

Úhrada dle sazeb zveřejněných v částce 13/2002
Věstníku MZ ČR

Úhrada dle sazeb zveřejněných v částce 7/2003
Věstníku MZ ČR

I. pololetí 2003**II. pololetí 2003****ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA – odbornost 709****1) Výkonová platba**

hodnota bodu 0,99 Kč

2) Paušální sazba

PS = 112 % POÚ * i

Úprava paušální sazby:

- a) PUPakt je větší nebo roven 90 % PUPref, pak $i = 1$ a výše paušální sazby se nemění
- b) PUPakt je menší než 90 % PUPref, pak se výše paušální sazby upraví vynásobením indexu i, který je roven podílu PUPakt a PUPref

1) Výkonová platba

hodnota bodu 0,99 Kč

2) Paušální platba

- platí paušální sazby sjednané v dodatku ke Smlouvě se ZZS pro 1. pololetí 2003
- předběžná úhrada se rovná výši předběžné úhrady v 1. pololetí 2003
- hodnota indexu i se nemění - je stejná jako v 1. pololetí 2003

DOPRAVA RANĚNÝCH, NEMOCNÝCH A RODIČEK – odbornost 989**1) Výkonová platba**

hodnota bodu 0,87 Kč

2) Paušální sazba

PS = 112 % POÚ * i

Úprava paušální sazby:

- a) PUPakt je větší nebo roven 90 % PUPref, pak $i = 1$ a výše paušální sazby se nemění
- b) PUPakt je menší než 90 % PUPref, pak se výše paušální sazby upraví vynásobením koeficientu i, který je roven podílu PUPakt a PUPref

1) Výkonová platba

hodnota bodu 0,87 Kč

2) Paušální platba

- platí paušální sazby sjednané v dodatku ke Smlouvě s ZZ pro 1. pololetí 2003
- předběžná úhrada se rovná výši předběžné úhrady v 1. pololetí 2003
- hodnota indexu i se nemění - je stejná jako v 1. pololetí 2003

LÉKAŘSKÁ SLUŽBA PRVNÍ POMOCI – odbornost 003**Výkonová platba**

hodnota bodu 0,90 Kč

Výkonová platba

hodnota bodu 0,90 Kč

NEMOCNICE**Kombinace paušální sazby a položek hrazených nad rámec paušálních sazeb**

paušální sazba se počítá pro jednotlivé druhy zdravotní péče – akutní lůžková, ambulantní a jiná péče, zdravotní doprava

Jiný způsob úhrady**1) výkonový způsob úhrady**

hodnota bodu 0,89 Kč

2) globální paušální sazba**Kombinace paušální sazby a položek hrazených nad rámec paušálních sazeb**

paušální sazba se počítá pro jednotlivé druhy zdravotní péče – akutní lůžková, ambulantní a jiná péče, zdravotní doprava

Jiný způsob úhrady**1) výkonový způsob úhrady**

hodnota bodu 0,89 Kč

2) globální paušální sazba

I. pololetí 2003		II. pololetí 2003																															
ODBORNÉ LÉČEBNÉ ÚSTAVY																																	
Výkonová platba hodnota bodu 1,00 Kč navýšení režíe k OD oproti 2. pololetí 2002 o 15 bodů navýšení lékového paušálu oproti 2. pololetí 2002 o 10,00 Kč		Výkonová platba hodnota bodu 1,00 Kč režíe k OD je shodná s režíí pro 1. pololetí 2003 výše lékového paušálu je shodná s 1. pololetím 2003																															
LÉČEBNY DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH																																	
Výkonová platba hodnota bodu 1,00 Kč navýšení režíe k OD oproti 2. pololetí 2002 o 15 bodů navýšení lékového paušálu oproti 2. pololetí 2002 o 10,00 Kč		Výkonová platba hodnota bodu 1,00 Kč režíe k OD je shodná s režíí pro 1. pololetí 2003 výše lékového paušálu je shodná s 1. pololetím 2003																															
ZDRAVOTNÍ PÉČE POSKYTOVANÁ NA OŠETŘOVATELSKÝCH LŮŽKÁCH																																	
Výkonová platba hodnota bodu 1,00 Kč navýšení režíe k OD oproti 2. pololetí 2002 o 15 bodů navýšení lékového paušálu oproti 2. pololetí 2002 o 10,00 Kč		Výkonová platba hodnota bodu 1,00 Kč režíe k OD je shodná s režíí pro 1. pololetí 2003 výše lékového paušálu je shodná s 1. pololetím 2003																															
LÁZNĚ A OZDRAVOVNY																																	
věcně usměrňovaná cena		věcně usměrňovaná cena																															
<table><tr><td>■ POÚ</td><td>(porovnávací objem úhrady) – je roven úhradě za odpovídající kalendářní čtvrtletí minulého kalendářního roku</td></tr><tr><td>■ RPB</td><td>referenční počet bodů</td></tr><tr><td>■ PS</td><td>paušální sazba</td></tr><tr><td>■ i</td><td>index změny počtu pojištěnců, který je definován jako poměr počtu unicitních čísel pojištěnců v daném pololetí 2003 ku počtu pojištěnců ve stejném pololetí 2002</td></tr><tr><td>■ PUPakt, PUPref</td><td>počet unikátních pojištěnců za aktuální či referenční období</td></tr><tr><td>■ OD</td><td>ošetřovací den</td></tr><tr><td>■ MAXU_ZZ</td><td>maximální úhrada pro zdravotnické zařízení</td></tr><tr><td>■ MAXU_ODB</td><td>maximální úhrada za příslušnou odbornost</td></tr><tr><td>■ POP_ODBakt</td><td>počet unikátních pojištěnců za odbornost v aktuálním období</td></tr><tr><td>■ PB_ODBref</td><td>průměrný počet bodů na jednoho ošetřeného pojištěnce v dané odbornosti ze referenčního období</td></tr><tr><td>■ Izr</td><td>index dopadu změn minutové režíjní sazby na ceny</td></tr><tr><td>■ Izc</td><td>index meziročních změn cen</td></tr><tr><td>■ ZUM_ODBref, ZULP_ODBref</td><td>průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál resp. zvlášť účtovaná léčiva na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti v referenčním období</td></tr><tr><td>■ IHB</td><td>index hodnoty bodu</td></tr><tr><td>■ K</td><td>koeficient zohledňující objem poskytnuté péče</td></tr></table>				■ 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 2003 ku počtu pojištěnců ve stejném pololetí 2002	■ 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 ze referenčního období	■ Izr	index dopadu změn minutové režíjní 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	koeficient zohledňující objem poskytnuté péče
■ 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 2003 ku počtu pojištěnců ve stejném pololetí 2002																																
■ 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 ze referenčního období																																
■ Izr	index dopadu změn minutové režíjní 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	koeficient zohledňující objem poskytnuté péče																																

KOMENTÁŘ K JEDNOTLIVÝM SEGMENTŮM ZDRAVOTNÍ PÉČE:

Praktičtí lékaři

Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři pro dospělé (dále „PL“) a praktickými lékaři pro děti a dorost (dále „PLDD“) byla v roce 2003 hrazena převážně formou „kombinované kapitačně výkonové platby“ (dále „KKVP“).

V 1. pololetí roku 2003 výše kapitační platby činila 32 Kč na měsíc na jednoho registrovaného pojištěnce a ve 2. pololetí roku 2003 byla výše kapitační platby 33 Kč.

Hodnota bodu za výkony hrazené mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce byla po celý rok 2003 0,90 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, byla hodnota bodu po celý rok 2003 0,46 Kč do limitu času nositele výkonu 12 hodin na kalendářní den.

V průběhu roku 2003 byly u praktických lékařů používány a sledovány tyto 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. 2003 byl přiznán doplatek 21 lékařům.

Ambulantní specialisté

Jak v 1. pololetí 2003, tak ve 2. pololetí 2003 byla v rámci dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši

úhrady 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 byla v 1. pololetí 2003 1,02 Kč, ve 2. pololetí 2003 1,04 Kč. Maximální úhrada byla odvozena od průměrného počtu bodů, průměrné hodnoty ZUM, 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 hodnotě ambulantních zdravotnických zařízení dosažené v referenčním období,
 - k celostátní průměrné úhradě na 1 unikátního ošetřeného pojištěnce dané věkové skupiny v dané odbornosti za aktuální období.

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

Laboratoře, RTG

Po celý rok 2003 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 se stanovila v 1. pololetí roku 2003 ve výši 105 % a ve 2. pololetí roku 2003 ve výši 104 % porovnávacího objemu úhrady za péči poskytnutou a uznanou zdravotními pojišťovnami v referenčním období.

Výkonová úhrada byla v celém roce 2003 realizována tam, kde v důsledku výrazně kolísavého objemu poskytované zdravotní péče nebylo možno objektivně stanovit paušální sazbu, nebo u nově vzniklých zařízení.

Home-care

V roce 2003 byla v segmentu domácí zdravotní péče na základě uzavřené dohody zavedena diferencovaná platba závislá na stupni dostupnosti této zdravotní péče pro pojištěnce zdravotních pojišťoven. 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 v 1. pololetí roku 2003 hodnota bodu upravovala indexem 1,05, ve 2. pololetí roku 2003 pak indexem 1,07. Pro ostatní zdravotnická zařízení, která tato kritéria nesplňovala, se v celém roce 2003 hodnota bodu upravovala indexem 0,9.

Fyzioterapie

Byl realizován výkonový způsob úhrady do limitu času nositele výkonu 10 hodin na pracovní den. Hodnota bodu pro 1. pololetí roku 2003 byla 0,95 Kč, pro 2. pololetí roku 2003 pak byla 0,96 Kč. V celém roce 2003 bylo u 4 vodoléčebných výkonů možné na smluvním základě navýšit úhradu režijních nákladů na 3,20 bodů za jednu minutu času výkonu.

Stomatologická péče

V tomto segmentu pokračovala úhrada dle sazebníku „Úhrada standardní stomatologické péče“. Pojišťovna nadále v roce 2003 hradila výkon 00918 – „Stomatologické ošetření lékařem s osvědčením ČSK“, který má být podporou pro zvýšení kvality poskytované péče. Tento kód je proplácen těm stomatologům, kteří splnili podmínky pro vydání jednoho ze tří druhů osvědčení, které vydává Česká stomatologická komora s platností na 3 roky. Koncem roku 2003 vlastnilo osvědčení cca 4 500 stomatologů. Od 2. pololetí roku 2003 došlo k navýšení výkonu, který je vykazován v rámci preventivní péče, neboť snahou Pojišťovny je maximální podpora prevence.

Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická zařízení provozující zdravotnickou záchrannou službu byla v roce 2003 financována systémem paušální, nebo výkonové úhrady. Výše čtvrtletní sazby byla stanovena rozhodnutím MZ ČR v roce 2003 ve výši 112 % porovnávacího objemu úhrady za péči poskytnutou a uznanou zdravotními pojišťovnami v referenčním období. Na konci období byla paušální úhrada přepočítávána indexem změny

počtu ošetřených pojištěnců v daném zdravotnickém zařízení.

Hodnota bodu u výkonového způsobu úhrady dle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění, v roce 2003 činila 0,99 Kč.

Doprava raněných, nemocných a rodiček

Doprava raněných, nemocných a rodiček byla v roce 2003 financována systémem paušální, nebo výkonové úhrady. Výše čtvrtletní paušální sazby byla stanovena rozhodnutím MZ ČR v roce 2003 ve výši 112 % porovnávacího objemu úhrady za péči poskytnutou a uznanou zdravotními pojišťovnami v referenčním období. Na konci období byla paušální úhrada přepočítávána indexem změny počtu ošetřených pojištěnců v daném zdravotnickém zařízení.

Hodnota bodu u výkonového způsobu úhrady dle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění, v roce 2003 činila 0,87 Kč.

Mimo dopravy raněných, nemocných a rodiček spadá do zdravotnické dopravy doprava zdravotnických pracovníků v rámci návštěvní služby, proplácení nákladů za cesty soukromým vozidlem a náklady spojené s převozy zemřelých v případech, kdy je nezbytné provedení zdravotní pitvy.

Lékařská služba první pomoci

Zdravotnická zařízení provozující LSPP byla hrazena v 1. i ve 2. pololetí roku 2003 výkonovým způsobem podle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., v platném znění. Hodnota bodu činila pro obě pololetí 0,90 Kč.

Lůžková zdravotnická zařízení poskytující akutní lůžkovou péči

Zdravotní péče poskytovaná v nemocnicích v 1. i 2. pololetí 2003 byla hrazena převážně formou kombinace paušální sazby na 1 unikátního ošetřeného pojištěnce pro jednotlivé druhy péče (lůžková, ambulantní, zdravotní doprava a péče vyžádaná jiným zdravotnickým zařízením) a položek hrazených výkonově bez omezení, tzv. položky hrazené nad rámec paušální sazby (v souladu s vyhláškou MZ č. 532/2002 Sb., § 2, odst. 7). Konečná výše úhrady pak byla závislá na počtu unikátních pojištěnců ošetřených v jednotlivých pololetích v příslušném druhu péče.

Vzhledem k tomu, že dohodovací řízení nedospělo pro 2. pololetí 2003 k dohodě, ani nebyla vydána úhradová vyhláška Ministerstva zdravotnictví, zůstaly ve

smyslu § 17 odst. 7 písm. b) pro 2. pololetí 2003 v platnosti výše úhrad včetně regulačních omezení sjednané, resp. stanovené pro předchozí období. Tedy zůstaly v platnosti výše paušálních sazeb a referenční hodnoty pro regulace sjednané ve smlouvě pro předchozí období (pro 1. pololetí 2003).

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 nasmlouvané 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 2003 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 2003 hrazena výkonovým způsobem s hodnotou bodu 1 Kč.

Režie k OD byla v 1. pololetí 2003 navýšena o 15 bodů ve srovnání s nasmlouvanou režii k OD pro 2. pololetí 2002, pro 2. pololetí 2003 zůstala režie k OD ve shodné výši jako v 1. pololetí 2003.

Výše lékového paušálu k OD byla v 1. pololetí 2003 navýšena o 10 Kč ve srovnání s 2. pololetím 2002, pro 2. pololetí 2003 zůstala výše lékového paušálu k OD 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 2003 hrazena výkonovým způsobem s hodnotou bodu 1 Kč.

Režie k OD byla v 1. pololetí 2003 navýšena o 15 bodů ve srovnání s nasmlouvanou režii k OD pro 2. pololetí 2002, pro 2. pololetí 2003 zůstala režie k OD ve shodné výši jako v 1. pololetí 2003.

Výše lékového paušálu k OD byla v 1. pololetí 2003 navýšena o 10 Kč ve srovnání s 2. pololetím 2002, pro 2. pololetí 2003 zůstala výše lékového paušálu k OD 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 2003 hrazena výkonovým způsobem s hodnotou bodu 1 Kč.

Režie k OD byla v 1. pololetí 2003 navýšena o 15 bodů ve srovnání s nasmlouvanou režii k OD pro 2. pololetí 2002, pro 2. pololetí 2003 zůstala režie k OD ve shodné výši jako v 1. pololetí 2003.

Výše lékového paušálu k OD byla v 1. pololetí 2003 navýšena o 10 Kč ve srovnání s 2. pololetím 2002, pro 2. pololetí 2003 zůstala výše lékového paušálu k OD ve shodné výši jako v 1. pololetí 2003.

Lázeňská a ozdravenská péče

Úhrada lázeňské péče poskytované podle vyhlášky MZ ČR č. 58/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost, byla v lázeňských zařízeních v roce 2003 prováděna v souladu s pro toto období platným Věstníkem MZ ČR a Věstníkem MF ČR, vydanými podle zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, s uplatněním regulace formou věcně usměrňované ceny.

Pojišťovna vynaložila v roce 2003 na lázeňskou léčebnou péči finanční prostředky ve výši 2 041 860 tis. Kč (odlčení pacientů). Cena lázeňské péče se skládá z ceny za stravování, ubytování a léčení za indikační podskupinu a z ceny za přírodní léčebný zdroj (dále PLZ). Výše ceny jednotlivých složek byla (kromě PLZ) standardizována od roku 2001 a k 1. lednu 2003 byla upravena dohodnutým způsobem dohodou mezi poskytovateli (smluvní lázeňská zařízení) a Pojišťovnou.

Navýšení úhrad smluvním lázeňským zařízením vyplývající ze shora uvedeného postupu činí oproti roku 2002 cca 114 mil. Kč.

K 31. 12. 2003 poskytovalo lázeňskou péči našim pojištěncům 52 smluvních lázeňských organizací, z toho 5 smluvních partnerů poskytovalo tuto péči ve Slovenské republice.

V roce 2003 absolvovalo lázeňskou léčebnou péči celkem 95 854 pacientů, z toho komplexní lázeňská péče byla poskytnuta 82 620 pojištěncům a příspěvková lázeňská péče 13 234 pojištěncům. Z celkového počtu odlčených bylo 86 801 dospělých a 9153 dětí a dorostu. Nejvíce pacientů, kterých bylo 44 343, což je 46,3 % z celého spektra indikací, se odlčilo v indikační skupině VII – nemoci pohybového ústrojí.

Celkový, od roku 1992 stále klesající počet odlčených pacientů ovlivňuje měnící se počet pojištěnců Pojišťovny, případně jejich sociální situace, dále návrhová a revizní činnost lékařů či obchodní politika smluvních lázeňských partnerů.

ČINNOST POJIŠŤOVNY

Ozdravenská zdravotní péče byla v dětských ozdravovnách poskytována a hrazena za podmínek stanovených zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Úhrada byla v roce 2003 při uplatnění regulace formou věcně usměrňované ceny prováděna dle platného Věstníku MF ČR vydaného podle zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, a v souladu s Věstníkem MZ ČR.

Ozdravenskou péči k 31. 12. 2003 poskytovalo 9 smluvních partnerů ve 14 ozdravovnách, ve kterých se odléčilo celkem 5651 dětí. Počty odléčených ovlivňuje aktuální počet pojištěnců, sociální poměry rodiny (doprava + vybavení dítěte na 21 dnů), návrhová a revizní činnost lékařů.

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.



Tabulka č. 12: Náklady lázeňské péče dle hlavních indikačních skupin onemocnění a typů lázeňské péče (komplexní, příspěvková) v roce 2003

Indikační skupina	Počet pacientů 2003	Počet pac. v % 2003	Počet pacientů 2002	Index 03/02	Náklady v tis. Kč 2003	Podíl nákl. v % 2003	Náklady v tis. Kč 2002	Index 03/02
Komplexní lázeňská péče - dospělí pacienti								
VII Nemoci pohybového ústrojí	33 438	45,42 %	32 837	1,02	735 249	45,54 %	666 848	1,10
II Nemoci oběhového ústrojí	12 749	17,32 %	12 585	1,01	280 386	17,36 %	254 769	1,10
VI Nemoci nervové	10 344	14,05 %	10 109	1,02	241 304	14,94 %	219 833	1,10
V Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	5 614	7,63 %	5 920	0,95	141 265	8,75 %	137 120	1,03
IV Nemoci z poruch vým. látkové a žláz s vn. sekr.	2 456	3,34 %	2 578	0,95	32 112	1,99 %	32 034	1,00
XI Nemoci ženské	2 392	3,25 %	2 802	0,85	54 680	3,39 %	59 731	0,92
III Nemoci trávicího ústrojí	2 013	2,73 %	2 210	0,91	35 726	2,21 %	36 736	0,97
I Nemoci onkologické	1 641	2,23 %	1 591	1,03	32 298	2,00 %	28 858	1,12
X Nemoci kožní	1 115	1,51 %	1 058	1,05	25 578	1,58 %	22 401	1,14
IX Duševní poruchy	998	1,36 %	1 057	0,94	20 667	1,28 %	20 928	0,99
VIII Nemoci močového ústrojí	855	1,16 %	1 002	0,85	15 401	0,95 %	15 893	0,97
Celkem	73 615	100,00 %	73 749	1,00	1 614 666	100,00 %	1 495 151	1,08
Příspěvková lázeňská péče - dospělí pacienti								
VII Nemoci pohybového ústrojí	9 819	74,47 %	10 379	0,95	83 505	73,66 %	81 081	1,03
II Nemoci oběhového ústrojí	1 014	7,69 %	1 194	0,85	10 004	8,82 %	10 723	0,93
VI Nemoci nervové	609	4,62 %	595	1,02	5 451	4,81 %	4 913	1,11
V Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	591	4,48 %	677	0,87	4 745	4,19 %	4 892	0,97
III Nemoci trávicího ústrojí	487	3,69 %	634	0,77	3 804	3,36 %	4 532	0,84
IV Nemoci z poruch vým. látkové a žláz s vn. sekr.	165	1,25 %	201	0,82	1 259	1,11 %	1 408	0,89
I Nemoci onkologické	134	1,02 %	138	0,97	1 231	1,09 %	1 175	1,05
XI Nemoci ženské	116	0,88 %	106	1,09	1 297	1,14 %	1 062	1,22
IX Duševní poruchy	108	0,82 %	145	0,74	731	0,64 %	955	0,77
VIII Nemoci močového ústrojí	76	0,58 %	99	0,77	625	0,55 %	681	0,92
X Nemoci kožní	67	0,51 %	46	1,46	716	0,63 %	453	1,58
Celkem	13 186	100,00 %	14 214	0,93	113 368	100,00 %	111 875	1,01
Komplexní lázeňská péče - děti a dorost								
XXV Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	3 305	36,70 %	3 795	0,87	113 969	36,42 %	117 282	0,97
XXVI Nemoci nervové	1 614	17,92 %	1 917	0,84	72 538	23,18 %	78 035	0,93
XXVII Nemoci pohybového ústrojí	1 069	11,87 %	1 172	0,91	39 305	12,56 %	40 139	0,98
XXXI Nemoci gynekologické	1 025	11,38 %	1 189	0,86	27 007	8,63 %	27 409	0,99
XXIV Nemoci z poruch vým. látkové a žláz s vn. sekr.	953	10,58 %	921	1,03	28 283	9,04 %	26 022	1,09
XXVIII Nemoci ledvin a cest močových	409	4,54 %	456	0,90	12 445	3,98 %	12 417	1,00
XXX Nemoci kožní	322	3,58 %	320	1,01	10 849	3,47 %	9 684	1,12
XXIII Nemoci trávicího ústrojí	179	1,99 %	222	0,81	4 484	1,43 %	5 141	0,87
XXII Nemoci oběhového ústrojí	115	1,28 %	101	1,14	3 290	1,05 %	2 965	1,11
XXI Nemoci onkologické	13	0,14 %	18	0,72	705	0,23 %	728	0,97
XXIX Nemoci duševní	1	0,01 %	2	0,50	26	0,01 %	28	0,93
Celkem	9 005	100,00 %	10 113	0,89	312 901	100,00 %	319 850	0,98
Příspěvková lázeňská péče - děti a dorost								
XXVI Nemoci nervové	23	47,92 %	23	1,00	526	56,86 %	384	1,37
XXVII Nemoci pohybového ústrojí	17	35,42 %	20	0,85	321	34,70 %	270	1,19
XXV Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	6	12,50 %	10	0,60	57	6,16 %	73	0,78
XXX Nemoci kožní	1	2,08 %	1	1,00	9	0,97 %	7	1,29
XXXI Nemoci gynekologické	1	2,08 %	0		12	1,30 %	0	
Celkem	48	100,00 %	54	0,89	925	100,00 %	734	1,26
Úhrnem	95 854		98 130	0,98	2 041 860		1 927 610	1,06

Léčivé přípravky a zdravotnické prostředky

Během roku 2003 nedošlo k žádným legislativním změnám, které by zásadním způsobem ovlivnily způsob používání léčiv a zdravotnických prostředků, jak ve smyslu racionální preskripce, tak i stále vzrůstajících celkových nákladů na ně.

V září roku 2003 se změnou statutu Kategorizační komise byli jmenováni noví členové. Pojišťovna je zastoupena jedním jmenovaným členem a druhé místo určené pro zdravotní pojišťovny zaujímá zástupce Svazu zdravotních pojišťoven.

Člen komise a jeho odborní poradci i nadále usilovali 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 snížení úhrad při zachování plné úhrady pro alespoň jeden přípravek ve skupinách určených zákonem,
- při zavádění nových preparátů se přihlíželo ke stávajícím terapeutickým postupům a farmakoekonomickým aspektům.

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

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

Dále Pojišťovna vedla s výrobcí a dodavateli léčiv jednání o tzv. „dohodnutých nejvyšších cenách (DNC)“. Sjednáním DNC významně spoříme nejen u léčivých preparátů předepisovaných na recept, ale také ovlivňujeme cenovou úroveň léků nakupovaných nemocnicemi i léků volně prodejných. DNC se podařilo uzavřít u 1615 položek (21,4 %), které však představují 42 % našich nákladů 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 2003 pokračovala Ústřední pojišťovna v zajišťování centrálních nákupů vybraných nákladných léčiv pro léčbu několika druhů závažných onemocnění. Tato léčba je soustředěna ve vybraných odborných centrech, převážně umístěných ve fakultních a dalších velkých nemocnicích. Náklady na tyto nákupy v roce 2003 činily 1113 mil. Kč. Úspora díky realizaci nákupů tímto způsobem činí cca 330 mil. Kč.

Léčeno erythropoetinem bylo cca 3 500 pacientů na hemodialyzačních střediscích. Přibližně 300 dětí s fenylketonurií a 70 dětí s dědičnými metabolickými chorobami bylo léčeno dietetiky a dalšími preparáty. Léčba poruch růstu byla pomocí růstových hormonů zajištěna pro cca 300 dětských pacientů a pokračovala i léčba dospělých pacientů po operacích hypofýzy (cca 200 klientů Pojišťovny). Dále hradí Pojišťovna léčbu předčasné puberty u cca 80 dětských pojištěnců Pojišťovny. Velmi nákladné je léčení již 9 pacientů s Gaucherovou chorobou, kde náklady na jednoho pacienta představují průměrně částku 4-5 mil. Kč za rok (u jednoho z těchto pacientů uhradila Pojišťovna léčbu dokonce v částce 13 mil. Kč). Byl rozšířen počet pacientů léčených interferony pro diagnózu roztroušené sklerózy mozkomíšní. Koncem roku jich bylo již 1325, velká část z léčených pacientů je díky léčbě těmito drahými léky schopna normální pracovní činnosti a jen malá část je v částečném nebo úplném invalidním důchodu. Již druhým rokem je centrální nákup rozšířen o léčbu revmatoidní artritidy (RA) lékem Remicade, opět ve vybraných centrech pro cca 180 pacientů. Ve 4. čtvrtletí roku 2003 byl zařazen mezi léky na léčbu RA preparát Humira. Stejně tak od roku 2002 pokračuje nákup erythropoetinu pro léčbu vybraných onkologických a hematologických diagnóz.

Významnou činností Pojišťovny byla i v roce 2003 tvorba Číselníků Pojišťovny:

- hromadně vyráběných léčivých přípravků (HVLP),
- individuálně vyráběných léčivých přípravků (IVLP),
- prostředků zdravotnické techniky (PZT),
- stomatologických výrobků (STOMAG).

Číselníky přinášejí základní informace pro zdravotnická zařízení, distributory a zprostředkovaně i pro pojištěnce o sortimentu, úhradách a cenách léčiv a PZT na českém trhu. Pojišťovna se trvale snaží podávat prostřednictvím číselníků komplexní a včasné informace. Závislost Pojišťovny na dodání podkladů pro zpracování od jiných subjektů vedla i v roce 2003 zejména u Číselníku HVLP k opožděnému vydávání v tištěné formě. Veškeré informace

uvedené v Číselnících jsou pro všechny uživatele Internetu přístupné na webových stránkách Pojišťovny (<http://www.vzp.cz>).

Číselník HVLP obsahuje informace o léčivých přípravcích utříděné podle ATC skupin (tzn. podle účinné látky) i v abecedním pořadí podle názvů přípravků. V jednotlivých ATC skupinách jsou přípravky seřazeny od nejlevnějšího k nejdražšímu, zvlášť jsou označeny plně hrazené přípravky a přípravky s dohodnutou nejvyšší cenou. Rozdílem mezi úhradou a orientační cenou je dán maximální možný doplatek pacienta v lékárně. Uváděné údaje umožňují lékaři zvolit vhodný přípravek i s určitou ekonomickou rozvahou (větší balení určená pro chronickou léčbu jsou levnější při přepočtu na denní náklady, generické přípravky bývají většinou bez doplatku oproti originálním atd.) a podat pacientovi informaci o plném hrazení nebo o maximálně možném doplatku.

V roce 2003 došlo ke změně zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zařazením nového § 35a, kterým se změnilo účtování nákladů spojených s dárcovstvím orgánů a tkání v ČR. Na základě této změny byly uzavřeny nové smlouvy mezi Pojišťovnou a registry dárců kostní dřeně, které umožnily hrazení nákladů spojených s vyhledáváním vhodného dárce v zahraničí a dodáním krvetvorných buněk od zahraničních nepříbuzných dárců. Pro období roku 2003 zůstalo v evidenci 17 pacientů z let 2000 až 2001 a 44 z roku 2002. V roce 2003 bylo zařazeno 81 nových pacientů. Celkový počet pacientů, pro které bylo zahájeno vyhledávání nepříbuzného dárce v zahraničí, tak dosáhl čísla 142.

Úspěšně se podařilo v roce 2003 nalézt vhodného dárce a dodat štěp krvetvorných buněk pro 38 pacientů.

V roce 2003 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.

Po celý rok 2003 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 zdravotnické prostředky.

V roce 2003 se u zdravotnických prostředků předepisovaných na poukaz opět projevoval největší zvýšení nákladů u absorpčních pomůcek pro inkontinenci a invalidních vozíků. Ve spolupráci s odbornými společnostmi začala Pojišťovna připravovat pravidla pro racionální indikaci jednotlivých typů mechanických vozíků.

V sortimentu výrobků zvlášť účtovaného materiálu byly opět vynaloženy největší náklady na skupiny kardiostimulátorů, kardiovertrů, stentů – jedná se o položky hrazené nad rámec paušálu v lůžkových zařízeních, kdy tento způsob úhrady nemotivuje zdravotnická zařízení k racionálnímu používání těchto materiálů.



4.6 PRÁVNÍ PROBLEMATIKA

I v průběhu roku 2003 vymáhala Pojišťovna náhradu škody na těch, kteří zaviněným protiprávním jednáním způsobili, že musela vynaložit náklady na péči hrazenou ze zdravotního pojištění (§ 55 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění). Bylo vydáno 12 455 výzev na uhrazení celkové částky 346 342 438 Kč. Protože někteří pachatelé odmítají dobrovolnou úhradu, bylo podáno 1377 žalob v občanskoprávním řízení o náhradu škody 22 978 867 Kč. Ve 3463 případech se Pojišťovna připojila jako poškozený k probíhajícímu trestnímu řízení s návrhy na úhradu celkem 48 468 363 Kč.

V občanskoprávních sporech bylo ve 479 případech přisouzeno 7 971 795 Kč, v trestních řízeních bylo vydáno 368 adhezních rozhodnutí na celkovou částku 10 131 805 Kč.

Povinné osoby uhradily v roce 2003 celkem 283 989 393 Kč. Z toho částka 1 200 644 Kč byla získána z 1007 probíhajících exekucí a částka 113 366 Kč pak z 90 opakovaných exekucí.

V agendě vymáhání dlužného pojistného, penále, pokut a přírážek k pojistnému zahájila Pojišťovna v roce 2003 celkem 89 058 správních řízení. Bylo podáno 118 582 návrhů na výkon rozhodnutí na pohledávky v celkové výši 3 485 777 835 Kč. Úhrady ze správních řízení a vymáhání činily 1 744 865 256 Kč.

V roce 2003 podala Pojišťovna soudům 328 návrhů na prohlášení konkurzu na plátce pojistného, kteří dlužili 166 018 268 Kč. Ve 1237 případech se pak Pojišťovna přihlásila jako věřitel v již zahájeném konkurzním řízení s celkovými nároky ve výši 755 867 225 Kč.

Proti plátcům pojistného bylo zahájeno 407 trestních řízení pro trestný čin neodvedení pojistného na zdravotní pojištění. Přitom ve 156 případech bylo toto trestní řízení zahájeno přímo na podnět Pojišťovny.

Smírčí jednání v roce 2003

Institut smírčího jednání jako možnost řešení smluvních sporů mimosoudní cestou našel, stejně jako v minulých letech, své opodstatnění i v roce 2003.

V souladu s vyhláškou č. 457/2000 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, byl pro řešení sporů vyplývajících ze smluvních vztahů mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami vydán Jednací řád smírčího jednání. Jednací řád, který byl po rozsáhlém připomínkovém řízení přijat jednotlivými

segmenty poskytovatelů zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami, nabyl účinnosti dnem 1. 4. 2003.

V roce 2003 bylo podáno celkem 29 návrhů na projednání sporu ve smírčím jednání. Z tohoto počtu 28 návrhů podali poskytovatelé zdravotní péče a v jednom případě návrh podala Pojišťovna. Počet podaných návrhů je o jeden vyšší než v letech 2001 a 2002. Na základě podaných návrhů se uskutečnilo 25 smírčích jednání, v nichž účastníci dospěli k dohodě (smíru), či se nedohodli. Z výše uvedeného počtu jich 15 skončilo dohodou a v 7 případech k dohodě nedošlo. V případě smírčího jednání, v němž byly řešeny dva předměty sporu, došlo v prvním předmětu k dohodě, zatímco ve druhém k dohodě nedošlo. Ve dvou případech došlo pouze k částečné dohodě. V jednom případě jednání proběhlo se závěrem, že se přerušuje s tím, že obě strany předloží příslušné materiály. Navrhovatel tyto materiály však nedodal a nepožadoval ani pokračovat v jednání. V jednom případě nebylo na základě návrhu odpůrce (Pojišťovny) v jednání dále pokračováno a spor byl řešen mimo smírčí jednání. Ve dvou případech navrhovatel vzal svůj návrh řešení sporu ve smírčím jednání zpět.

Největší počet smírčích jednání se stejně jako v roce 2002 týkal nesouhlasu poskytovatelů zdravotní péče se závěry revizních zpráv a s uplatněním regulací podle § 41 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

V roce 2003 došlo také k uplatnění cenové regulace stanovené zákonem č. 526/1990 Sb., o cenách. Při zpětném výpočtu hodnoty bodu bylo zjištěno, že některá zdravotnická zařízení, zejména zařízení zdravotnické záchranné služby, získávala vyšší hodnotu bodu, než byla hodnota stanovená Cenovým výměrem Ministerstva financí. Po poměrně dlouhé a složité komunikaci s Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem financí, jejichž stanoviska v této věci (ještě k datu zpracování této Výroční zprávy) byla odlišná, Pojišťovna uplatnila cenovou regulaci podle vlastního výkladu. Měla by snížit úhrady uhrazené v letech 2001 a 2002 podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví o cca 250 milionů Kč, z toho cca 220 milionů Kč by mělo být sraženo zdravotnickým záchranným službám. Zdravotnická zařízení se proti uplatnění regulace odvolala a v současné době probíhá řada soudních sporů o oprávněnost této regulace.

4.7 SMLUVNÍ POLITIKA

Ve smluvní politice byl v roce 2003 uplatňován stejný postup jako v předchozím roce. Se zdravotnickými zařízeními byly uzavírány smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, jejichž znění bylo v návaznosti na vyhlášku MZ č. 457/2000 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, dohodnuto se zástupci devíti segmentů poskytovatelů zdravotní péče. Jedná se o individuální smlouvy 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.

Smlouvy se staly významným nástrojem ke sjednocení závazkových vztahů a vytvářejí rovné podmínky pro poskytovatele zdravotní péče se shodným či srovnatelným plněním. To napomáhá k dalšímu zkvalitňování a stabilizaci smluvních vztahů.

S účinností od 1. 7. 2001 byly smlouvy s příslušnými zdravotnickými zařízeními uzavřeny převážně na období pěti let. Mezi zdravotnickými zařízeními a Pojišťovnou byly proto v roce 2003 uzavírány smlouvy jen v případech, kdy bylo v konkrétním regionu nutno zajistit poskytování zdravotní péče pro naše pojištěnce v příslušné odbornosti.

V návaznosti na smlouvy uzavřené se zdravotnickými zařízeními a vzhledem k nabytí účinnosti zákona č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a změně některých souvisejících zákonů, který upravuje požadavky na výrobu, schvalování, předepisování, výdej, používání, servis aj. zdravotnických prostředků, bylo se zástupci jiných subjektů dohodnuto znění smluv, obsahujících obdobné podmínky, jaké mají zdravotnická zařízení.

K realizaci smluvních vztahů s jinými smluvními 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.

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



ČINNOST POJIŠŤOVNY

Tabulka č. 13: **Soustava smluvních zdravotnických zařízení dle kategorií**

	Kategorie smluvních zdravotnických zařízení	Počet ZZ		Index
		k 31. 12. 2002	k 31. 12. 2003	r. 03/r. 02
1	Ambulantní zdravotnická zařízení (ZZ) *	33 638	34 246	1,02
	z toho:			
	Praktický lékař pro dospělé (odb. 001)	5 549	5 550	1,00
	Praktický lékař pro děti a dorost (odb. 002)	2 420	2 426	1,00
	Praktický zubní lékař (odb. 014 - 015, 019)	6 392	6 417	1,00
	Ambulantní specialisté celkem	15 250	15 743	1,03
	Home-care (odb. 925)	567	579	1,02
	Rehabilitační ZZ (odb. 902 a 918)	1 439	1 489	1,03
	ZZ komplementu (odb. 222, 801-805, 809, 812-823)	1 996	2 017	1,01
	Ostatní ambulantní pracoviště	25	25	1,00
	Lůžková ZZ ** celkem (ř. 14, 16, 17, 18, 19, 22, 25, 27)	287	286	1,00
	z toho:			
14	Nemocnice***	169	166	0,98
	OLÚ péče (kromě LDN a ZZ vykaz. výhradně kód OD 00005)	45	56	1,24
16	v tom samostatné:			
	psychiatrické	15	16	1,07
17	rehabilitační	8	7	0,88
18	TRN	4	4	1,00
19	ostatní jen s OLÚ péčí	18	13	0,72
	začleněná OLÚ v rámci jiného ZZ		16	
	LDN péče (ZZ vykaz. kód OD 00024 a odb. 9U7)		126	
22	v tom: samostatná ZZ jen s LDN péče	46	46	1,00
	začleněná LDN péče v rámci jiného ZZ	82	80	0,98
	Ošetrovatelská lůžka (vykaz. kód 00005)	58	59	1,02
25	v tom: samostatná ZZ jen ZZ vykazující kód 00005	15	14	0,93
	začleněná v rámci jiného ZZ	43	45	1,05
27	Ostatní lůžková zařízení****		20	
	Lázně **)	53	52	0,98
	Ozdravovny **)	9	9	1,00
	Dopravní zdravotní služba *)	554	562	1,01
	Záchraná služba (odb. 709)	176	186	1,06
	Lékárny a výdejny zdravotnických prostředků **)	2 095	2 155	1,03
	Ostatní smluvní ZZ	30		

VZ 2003-17-Smluv ZZ

*) smluvní ZZ jsou definována IČP

**) smluvní ZZ jsou definována IČO

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

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

Komentář k tabulce č. 13

Ambulantní zdravotnická zařízení

Do kategorie ambulantní specialisté jsme zařadili i odbornosti vysokoškóláků nelékařů.

Do kategorie ostatních ambulantních pracovišť

jsem zařadili odbornosti středoškóláků neuvedené jinde.

Nejsou zde zahrnuty příjmové ambulance (příloha CB).

Nemocnice

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

Do kategorie NEMOCNICE nebyla zařazena nemocnice Planá – IČO 00574538.

Do kategorie NEMOCNICE bylo zařazeno Centrum kardiiovaskulární 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 LDN, tak OLÚ. 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.

OSTATNÍ smluvní ZZ – nemáme specifikaci pro zařazení subjektů do této kategorie.

V tabulce č. 13 jsou ambulantní zdravotnická zařízení podle metodiky MZ definována Identifikačním číslem pracoviště, lůžková zdravotnická zařízení, lázně, ozdravovny a lékárny jsou definovány Identifikačním číslem. Tato čísla nevypovídají o skutečné kapacitě péče, proto Pojišťovna již několik let bezvysledně navrhuje sledovat ambulantní péči podle poměrných kapacitních čísel a lůžkovou péči podle počtu lůžek.

Rozdíl v počtu pracovišť ambulantních specialistů v ČR mezi roky 2002 a 2003 činí 513 pracovišť. Důvodů nárůstu počtu pracovišť je celá řada. Jsou to skutečné přírůstky, změny přílohy CB na A nebo B, případně změny nesmluvních zařízení na smluvní. Dalším důvodem jsou rozpady sdružených zdravotnických zařízení na řadu pracovišť ambulantních

specialistů, často bez nárůstu skutečných kapacit. Pouze nepatrné zvýšení počtu pracovišť home-care a komplementu jde na vrub skutečnému přírůstku.

Vzhledem k tomu, že v roce 2002 byla metodicky chybně zadána tabulka Ministerstvem zdravotnictví, v níž chyběl součtový řádek pro kategorii LDN a navíc pod LDN byla chybně uvedena kategorie samostatná zařízení vykazující kód 00005, byl Ministerstvem zdravotnictví v letošním roce doplněn součtový řádek, který Pojišťovna pro lepší srozumitelnost doplnila pouze o slovo „péče“. Hodnota 126 je součtový řádek, který v předcházejícím roce nebyl Ministerstvem zdravotnictví požadován, fakticky však počet LDN navýšen nebyl.

4.8 DALŠÍ ČINNOSTI A SLUŽBY

4.8.1 VYUŽÍVÁNÍ FONDU PREVENCE A PODPORA SPRÁVNÉHO ZPŮSOBU ŽIVOTA

V roce 2003 pokračovaly pilotní projekty zahájené v roce 2002 a byly připraveny další **pilotní projekty Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky**. Pilotní projekty jsou zaměřeny na oblast primární, sekundární a terciární prevence a na ověřování nových technologií. Jejich cílem je nejen předcházení nemocem, ale i včasný záchyt, účelná léčba a prevence progresu či recidivy nemocí již vzniklých. Prověřované nové technologie představují nejen vyšší kvalitu poskytované zdravotní péče a vyšší kvalitu života klientů, ale jsou ve svém důsledku i ekonomicky efektivní. Vzhledem ke klíčovému postavení Pojišťovny může z jejich výsledků čerpat celý systém zdravotní péče a zdravotního pojištění v ČR.

Ve spolupráci s vybranými smluvními zdravotnickými zařízeními pokračovala realizace projektu nového chirurgického přístupu k léčbě hemoroidů tzv. Longovou metodou. Záměrem projektu **operace hemoroidů Longovou metodou** je ověření předpokladu, že nový, primárně nákladnější operační postup je dlouhodobě efektivnější variantou klasických operačních postupů. Byla sledována a ověřována indikační kritéria, bezpečnost provedení zákroku, případný výskyt komplikací a recidiv, spotřeba analgetik, pooperační komfort pacienta a další aspekty související s provedením operace Longovou metodou.

Do své druhé fáze vstoupil pilotní projekt **Kvantitativní stanovení C-reaktivního proteinu**

(CRP) v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost s použitím přístroje QiuckRead CRP firmy Orion Diagnostica, jehož cílem je ověřit, zda používání stanovení CRP v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost při diferenciální diagnostice akutních virových a bakteriálních infekcí u dětí a dospívajících povede k racionálnější indikaci antibiotické léčby a ke snížení nákladů na ni.

Ve druhém čtvrtletí roku 2003 byla ukončena první fáze pilotního projektu **Analgezie v hospicové péči terminálně onkologicky nemocných**, jehož záměrem je zmapování možnosti účinného a účelného využívání metod analgezie u terminálně onkologicky nemocných v hospicové péči s cílem připravit podklady pro reálné stanovení lékového paušálu pro zařízení tohoto typu. Tato první fáze přinesla pro sledovaný záměr zatím jen dílčí výsledky, proto bude projekt pokračovat.

Pilotní projekt **interdisciplinární péče o ženy v gynecologicko-psychiatrické spolupráci** si klade za cíl včasný záchyt psychiatrických poruch typu deprese, mentální anorexie i kognitivních poruch s rizikem rozvoje Alzheimerovy choroby. Jeho úkolem je ověřit v praxi možnosti takového komplexního interdisciplinárního postupu, jeho terapeutický efekt a náklady na tuto kombinovanou zdravotní péči.

V roce 2003 pokračoval pilotní projekt **Ortodoncie – příspěvek na fixní ortodontický aparát pro děti ve věku od 10 do 19 let**, který byl zahájen již v roce 2002. Příspěvek lze poskytnout jednorázově

jedenkrát za život na každou čelist po zahájení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu. Jeho výše závisí na době nepřetržitého pojištění klienta u Pojišťovny. Děti pojištěné u Pojišťovny kratší dobu než 5 let obdrží příspěvek ve výši 500 Kč na jednu čelist, děti pojištěné u Pojišťovny 5 až 10 let dostanou 700 Kč na jednu čelist a děti pojištěné u Pojišťovny déle než 10 let obdrží příspěvek 1000 Kč na jednu čelist. Tímto projektem umožňujeme indikovaným dětským klientům Všeobecné zdravotní pojišťovny moderní a účinnou léčbu ortodontických anomálií.

4.8.2 POSKYTOVÁNÍ DALŠÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE – PLÁNOVANÁ PÉČE V ZAHRAŇIČÍ

V roce 2003, obdobně jako v letech předchozích, hradila Pojišťovna pro své klienty plánovanou zdravotní péči v zahraničí. Zásadním principem při schvalování úhrady této péče byla skutečnost, že není dostupná v ČR. Pro účely jednotného postupu při projednávání možnosti zahraniční péče byla zpracována metodika včetně formuláře pro návrhovou činnost. Při povolování zahraniční péče bylo postupováno také v souladu s platnou Smlouvou mezi Českou a Slovenskou republikou o poskytování a úhradě zdravotní péče a dalšími platnými smlouvami o sociálním zabezpečení.

V průběhu roku 2003 požádali klienti Pojišťovny nebo zdravotnická zařízení, která mají tyto pacienty v péči, o plánovanou léčbu v zahraničí v sedmdesáti jednom případě. Oproti roku 2002 došlo tedy k téměř dvojnásobnému nárůstu požadavků o umožnění léčby v zahraničí.

Z tohoto počtu žádostí byla úhrada ve dvanácti případech odmítnuta vzhledem k tomu, že péči bylo možno poskytnout v ČR, nebo možnost úhrady byla v rozporu se zmíněnými mezinárodními smlouvami, případně se jednalo o požadavek úhrady dlouhodobé zdravotní péče v zahraničí u pacientů s chronickým onemocněním.

Ve spektru povolených žádostí dominovala především genetická a enzymatická vyšetření. Z jednadvaceti žádostí jich bylo osmnáct schváleno. Dvě vyšetření byla odmítnuta vzhledem k tomu, že oba požadavky na vyšetření v zahraničí nebyly řádně a průkazně zdůvodněny. U zbývajících byl předložen požadavek zpětné úhrady za transport biologického materiálu, přičemž doklad o úhradě nesouvisel s transportem materiálu klienta Pojišťovny.

V roce 2003 byla uskutečněna transplantace srdce a plic u pacienta, jehož léčba byla schválena v loňském roce, a bylo požádáno o transplantaci plic na vídeňském pracovišti. Tato transplantace se však z důvodu úmrtí pacientky neuskutečnila. Bylo pokračováno i v zahraniční péči u tří pacientů, kteří potřebovali opakovaný léčebný zákrok na specializovaných pracovištích. K finančně náročné léčbě se řadí péče o pacienta, jemuž bylo aplikováno chemoterapeutikum nedostupné v ČR, a další pacient postoupil protonovou léčbu na klinice. V souvislosti s mezinárodní dohodou mezi ČR a Chorvatskem byla dvacet čtyřem klientům schválena hemodialýza v rámci jejich turistického pobytu v zemi.

U zbývajících počtu případů povoleného léčení v zahraničí se jednalo o dva operační výkony, kdy u pacientů léčených v Rakousku v rámci nutné a neodkladné péče, hrazené z komerčního pojištění, bylo nutno následně odstranit osteosyntetický materiál, pro jehož vynětí nebylo v ČR vhodné instrumentarium. Dále byla shodně u dvou klientů povolena výroba ortopedické obuvi a protéz vzhledem k tomu, že tito pacienti již dlouhodobě jsou vybavováni protetickými pomůckami v zahraničí a snaha je oprotézovat v ČR byla neúspěšná.

4.8.3 SMLUVNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ A PŘIPOJIŠTĚNÍ

Činnosti v oblasti smluvního zdravotního pojištění se v roce 2003 ubíraly dvojím směrem:

- probíhala realizace vlastních pojistných produktů, spolupráce s obchodními partnery, zprostředkovatelská činnost.
- byla zahájena příprava na vznik obchodní společnosti Pojišťovna VZP, a. s.

Co se týče výsledků realizace vlastních pojistných produktů Pojišťovny, celoroční hodnocení je příznivé.

Cestovní zdravotní připojištění VZP ČR si sjednalo v roce 2003 téměř milion klientů, o 7 % více než v roce uplynulém. Tuto skutečnost lze považovat za úspěch, neboť se Pojišťovně daří udržet nejen stálý pojistný kmen, ale ještě jej posílit (graf č. 1a). Zvýšil se podíl klientů, kteří si uzavřeli kompletní cestovní pojištění, které zahrnuje cestovní zdravotní připojištění VZP ČR a dále pojištění úrazu, zavazadel, odpovědnosti za škodu, případně pojištění storna zájezdu, což jsou doplňující pojistné produkty obchodního part-

nera Pojišťovny, České podnikatelské pojišťovny, a. s. Zájem o kompletní cestovní pojištění rovněž zesílil v době konání speciální sezónní akce ČPP, a. s. V době od 1. 6. do 30. 9. 2003 byly poskytovány slevy na pojistném u pojištění úrazu, pojištění odpovědnosti za škodu a u pojištění zavazadel v rámci rodinné pojistné smlouvy pro děti a mládež ve věku 0-17 let.

Během celého roku zůstávaly v platnosti zvýhodněné pojistné sazby pro bezpříspěvkové dárce krve, výhodné pojištění pro rodiče a jejich nezaopatřené děti, speciální pojistná sazba cestovního zdravotního připojištění pro provozovatele smluvních zdravotnických zařízení. Dále byly do „Katalogu výhod“ určeného členům Klubu pevného zdraví VZP ČR zařazeny speciální pojistné sazby ročního kompletního pojištění pro oblast Evropy.

V roce 2003 byla dána možnost sjednat cestovní zdravotní připojištění bezlimitního typu, individuální pojistnou smlouvou, i dalším studentům, učitelům a stážistům, mimo program Erasmus – Sokrates.

Před hlavní turistickou sezónou byla zahájena předcestovní asistence pro klienty cestovního zdravotního připojištění. Asistenční služba AXA Assistance CZ zahájila poskytování informací pojištěným klientům před jejich odjezdem do zahraničí na téma:

- obecná úroveň lékařské péče v příslušné zemi v porovnání s Českou republikou,
- nutnost a možnost očkování v příslušných zemích,
- výskyt epidemií, zvláštní rizika související s endemickými nemocemi (onemocnění objevující se jen v určité oblasti),
- zahraniční ekvivalenty českých léků a jejich dostupnost v zahraničí,
- nedoporučovaná zdravotnická zařízení v zahraničí,
- specifická zdravotní rizika příslušných lokalit a možnosti první pomoci.

Realizace cestovního zdravotního připojištění v roce 2003 byla ve znamení zkvalitnění služeb a péče o jeho klienty. Turistické sezóny jak zimní, tak letní proběhly v klidu, pořadí cílových zemí našich klientů je standardní (graf č. 2).

Smluvní zdravotní pojištění

Oba typy smluvního zdravotního pojištění (pojištění osob s dlouhodobým pobytem na území ČR, pojištění osob s krátkodobým pobytem na území ČR) v roce 2003 zaznamenaly dobrý realizační průběh.

Krátkodobé smluvní zdravotní pojištění kromě toho, že navýšilo pojistný kmen proti předchozímu roku téměř o 10 %, uchovává příznivý škodní průběh.

Významné koncepční změny byly připraveny, zpracovány a realizovány u pojištění osob s dlouhodobým pobytem na území ČR. Tento pojistný produkt je nejstarším, v nabídce Pojišťovny je od roku 1993. Bylo nezbytné přizpůsobit všeobecné pojistné podmínky stávající realizační praxi, legislativě, objektivním podmínkám.

Od října 2003 mají osoby, které nesplňují podmínky pro účast ve veřejném zdravotním pojištění, možnost uzavřít Dlouhodobé smluvní zdravotní pojištění nového pojetí. Součástí pojištění je i pojištění úrazu, které bylo zapracováno ve spolupráci s obchodním partnerem Pojišťovny, Hasičskou vzájemnou pojišťovnou, a. s. Důvodem byla vysoká úrazovost dětí a mládeže, jejichž zastoupení v celém pojistném kmeni činí téměř 50 %. Dlouhodobé smluvní zdravotní pojištění se stalo pojištěním na dobu určitou, s jednorázovým pojistným na celou dobu pojištění.

Při uzavření pojistné smlouvy na celé roční období má pojištěný nárok na rozšířený rozsah pojistného plnění sjednaný v doplňujících ujednáních. Jedná se o limitované příspěvky na očkování proti chřipce, ženám na antikoncepci, dětem na fixní ortodontický aparát, který odpovídá aplikaci zubních rovnátek.

Přesto, že počet klientů smluvního zdravotního pojištění narůstá (graf č. 1b), zůstává a pobývá v ČR značný počet cizinců zdravotně nepojištěných. Národnostní struktura klientely smluvního zdravotního pojištění byla obdobná jako v letech předchozích (grafy č. 3, 4). Vznikají problémy zdravotnickým zařízením s úhradou za zdravotní péči poskytnutou těmto nepojištěným osobám. V této souvislosti vstoupila Pojišťovna v jednání s Ředitelstvím služeb cizinecké a pohraniční policie s cílem zabezpečit příslušná ustanovení zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů.

Pojistné produkty Zdravotní připojištění VZP ČR a Pojištění odpovědnosti provozovatele zdravotnického zařízení za škodu byly realizovány ve vzájemné spolupráci Pojišťovny s obchodními partnery ČPP, a. s., a HVP, a. s. Zájem z řad klientů Pojišťovny i smluvních partnerů – zdravotnických zařízení stoupal úměrně s chystanými změnami v oblasti veřejných financí a s prezentací výhod pojištění.

Hospodářský výsledek za rok 2003 z realizace smluvního zdravotního pojištění a připojištění po zdánění je kladný ve výši 28 244 tis. Kč.

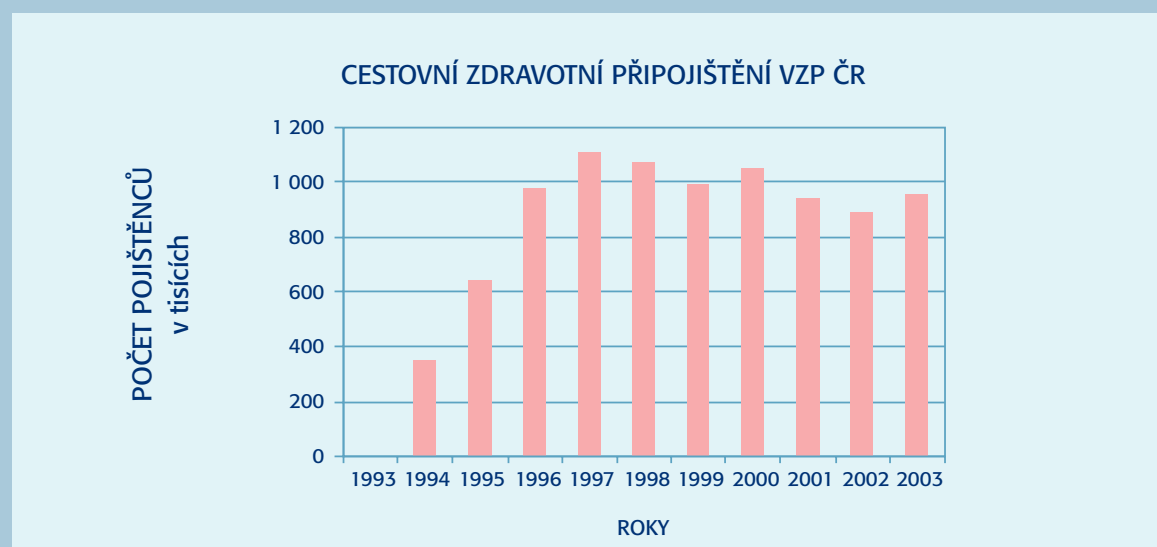
Podle ustanovení zákona o pojišťovnictví a zákona o veřejném zdravotním pojištění musí Pojišťovna

k 31. dubnu 2004 ukončit provozování smluvního pojištění. Nadále totiž nebude možné, aby smluvní pojišťovací činnost podle zákona o pojišťovnictví prováděla jiná společnost, než akciová společnost nebo družstvo. Za tím účelem bylo rozhodnuto založit akciovou společnost, jejímž 100% akcionářem bude Pojišťovna. V říjnu 2003 byla založena akciová společnost s názvem Pojišťovna VZP, a. s. Následně bylo požádáno na Ministerstvu financí o povolení k provozování činnosti této společnosti. Na základě

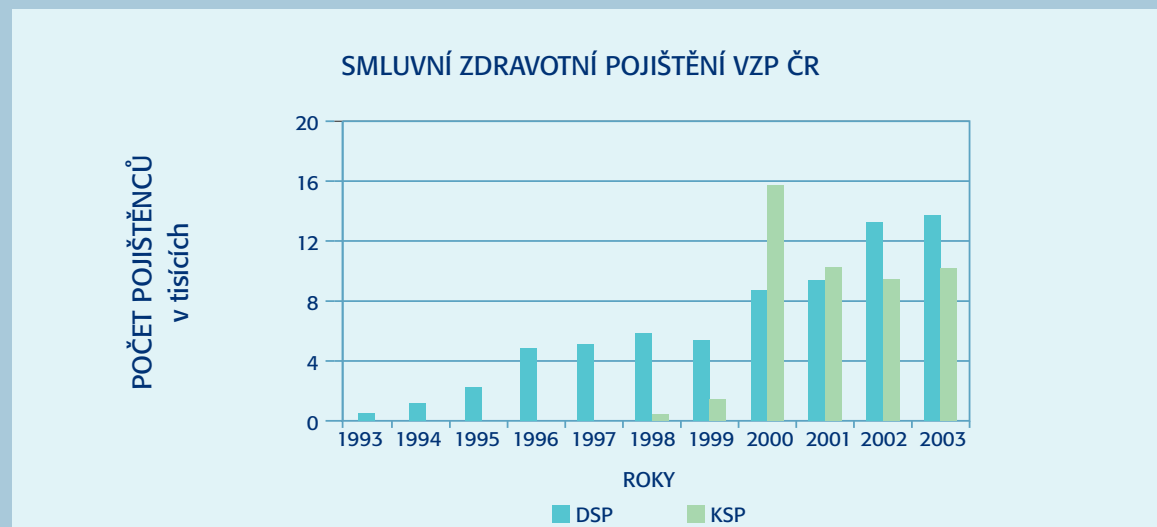
obdržené licence dne 1. 12. 2003 bylo požádáno o zapsání do obchodního rejstříku. Všechny uvedené kroky a úřední procedury vyžadovaly zpracování řady potřebných dokumentů, analýz, podkladových materiálů, stanovisek od zahraničních partnerů – zajišťoven, asistenční služby atd.

Všechny požadavky byly splněny a očekávaná rozhodnutí ke konci roku 2003 vyzněla ve prospěch Pojišťovny a nové obchodní společnosti.

Graf č. 1a

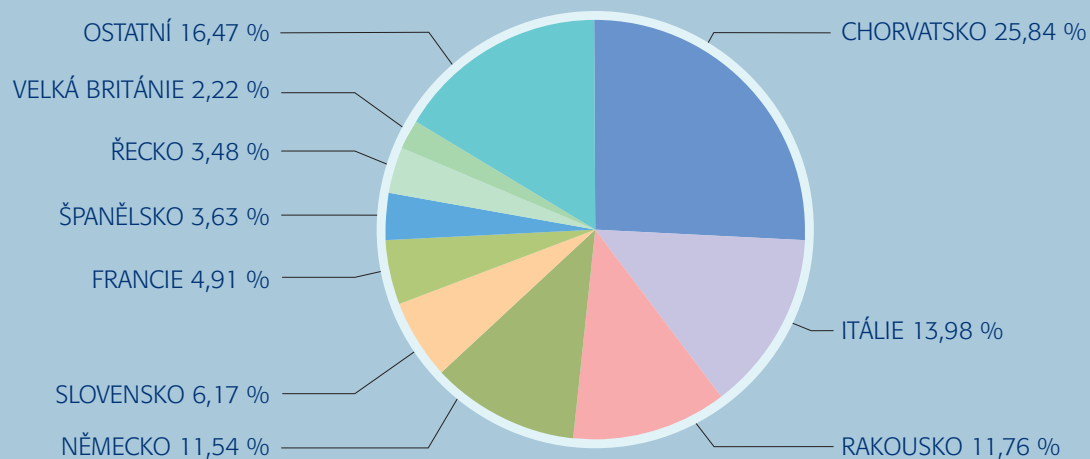


Graf č. 1b

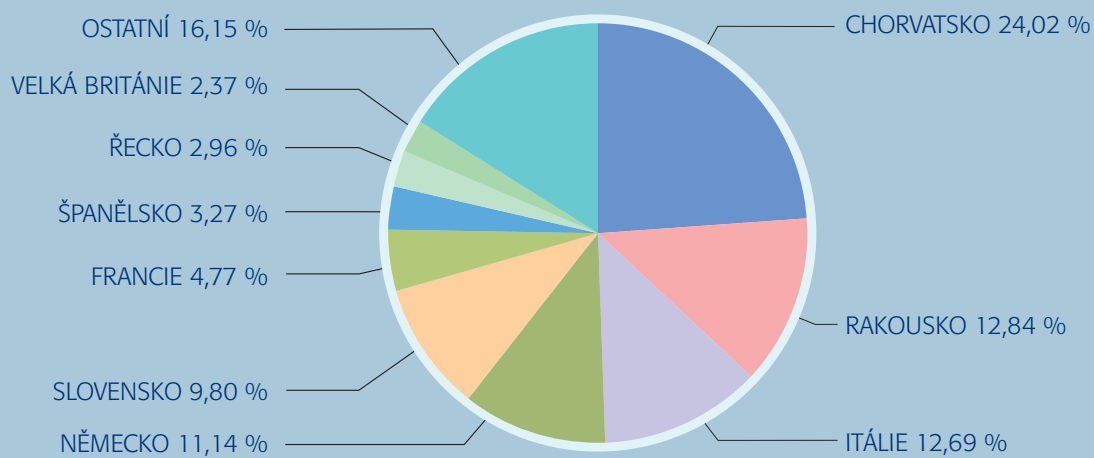


Graf č. 2: Počet pojištěnců CZP v členění podle cílových zemí

ROK 2002

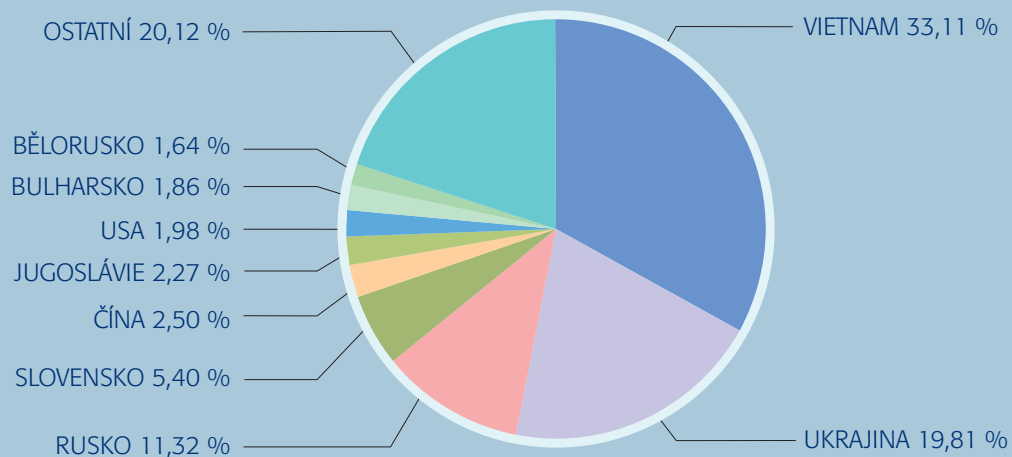


ROK 2003

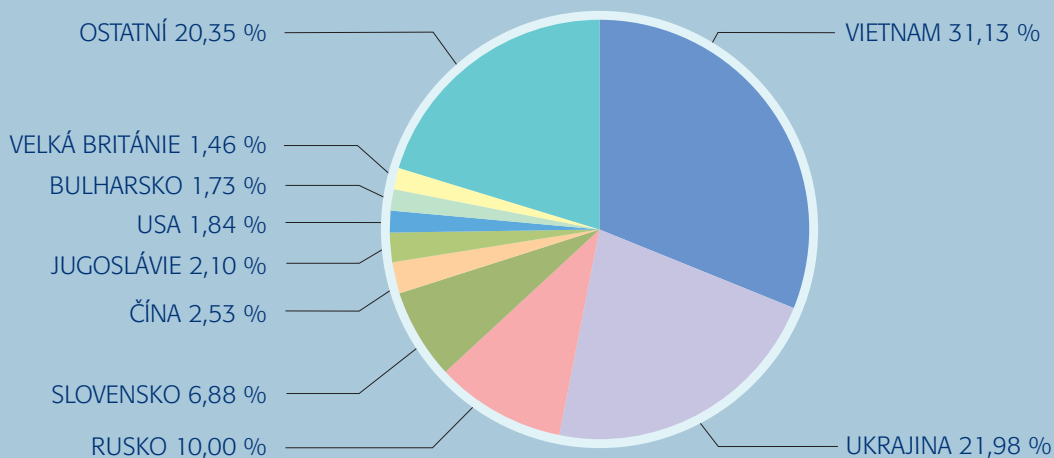


Graf č. 3: Počet pojištěnců DSP v členění podle země původu

ROK 2002

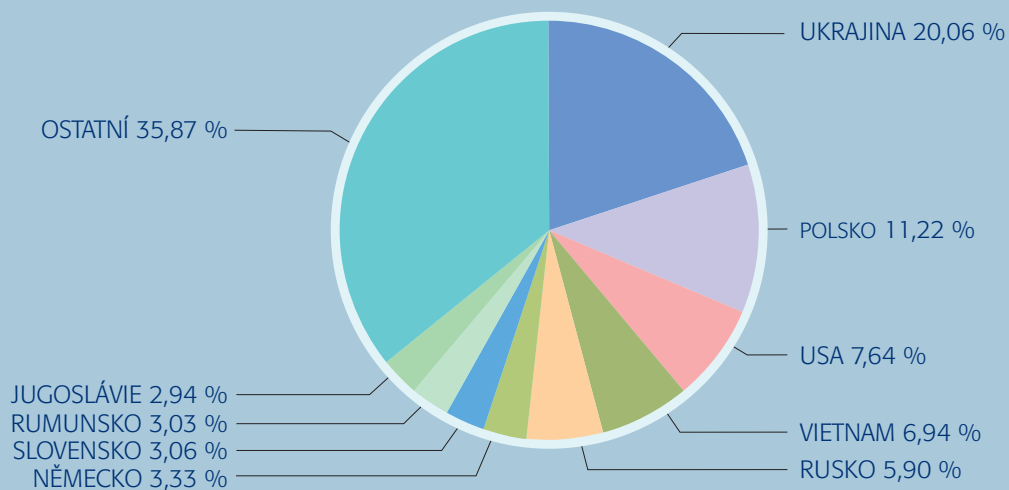


ROK 2003

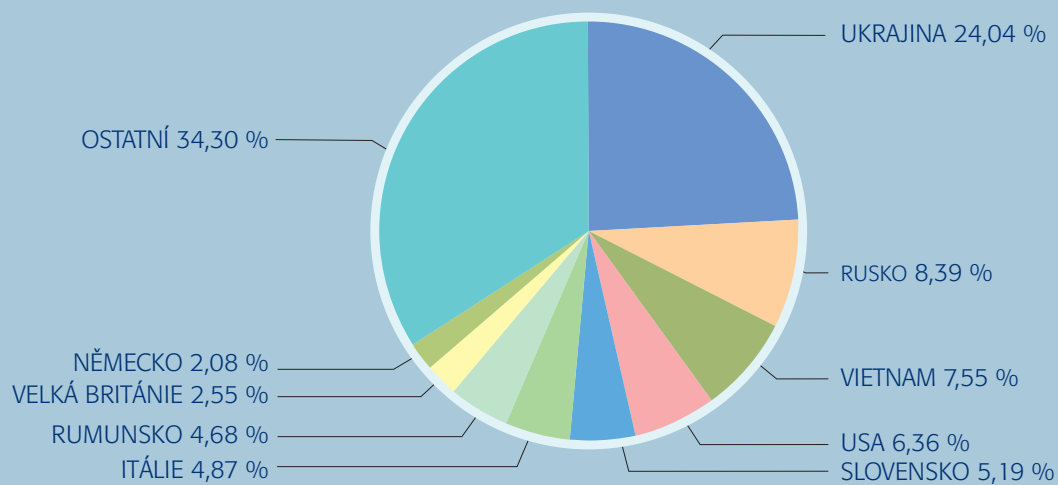


Graf č. 4: Počet pojištěnců KSP v členění podle země původu

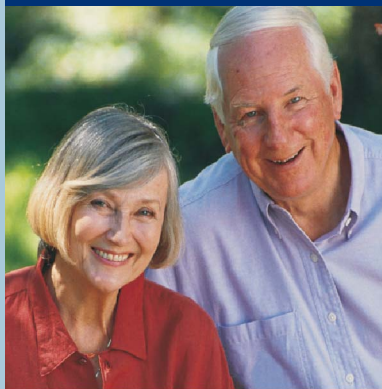
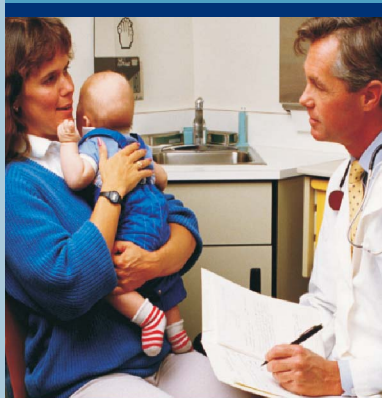
ROK 2002



ROK 2003



5. část POJIŠTĚNCI POJIŠŤOVNY



POJIŠTĚNCI POJIŠŤOVNY

5.1 POJIŠTĚNCI POJIŠŤOVNY

V souladu s vymezením daným platným zněním zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, byly v roce 2003 účastníky všeobecného zdravotního pojištění:

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

Z celkového počtu 10 311 210 osob (z čehož bylo 10 188 435 občanů České republiky a 122 775 cizích státních příslušníků), **kteří byli ke dni 31. prosince 2003 účastníky veřejného zdravotního pojištění v České republice, bylo u Pojišťovny pojištěno celkem**

6 801 230 osob,
což je 66,0 % ze všech účastníků.

Z uvedeného počtu pojištěnců Pojišťovny k 31. 12. 2003 bylo

- 6 693 561 osob občany České republiky
a 107 669 osob cizími státními příslušníky,
- 3 341 787 mužů a 3 459 443 žen.

Počty pojištěnců i jejich věková skladba se v průběhu roku 2003 měnily, **v průměru bylo u Pojišťovny v roce 2003 pojištěno:**

- 6 853 747 pojištěnců, to je 66,4 % ze všech pojištěnců veřejného zdravotního pojištění, z toho bylo v průměru:

- 3 363 436 mužů, to je 66,6 % ze všech mužů pojištěných v celém systému veřejného zdravotního pojištění,
- 3 490 311 žen, to je 66,3 % 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** 1 393 346 osob, to je 61,8 % ze všech pojištěnců uvedeném věku v celém systému veřejného zdravotního pojištění, z toho 716 821 mužů, to je 62,0 % ze všech mužů uvedeného věku, a 676 525 žen, což je 61,6 % ze všech žen uvedeného věku,
- **ve věku od 20 let do 59 let** 3 903 046 osob, to je 64,2 % ze všech pojištěnců uvedeného věku, z toho 2 023 702 mužů (65,7 % ze všech mužů v daném věku) a 1 879 344 žen (62,6 % ze všech žen v daném věku),
- **ve věku nad 60 let** 1 557 355 osob, to je 78,9 % ze všech pojištěnců tohoto věku, z toho 622 913 mužů (76,7 % ze všech mužů daného věku) a 934 442 žen (80,3 % ze všech žen tohoto věku).

V kmeni pojištěnců převládají pojištěnci vyšších ročníků.

Také početní poměr pojištěnců Pojišťovny ve vztahu ke všem pojištěným osobám v okrese byl v roce 2003 v okresech České republiky nerovnoměrný a pohyboval se v rozmezí od 23,0 % (okres Mladá Boleslav) do 88,5 % (okres Jihlava).

5.2 POHYB POJIŠTĚNCŮ POJIŠŤOVNY

Evidenční počet všech osob v České republice, které byly pojištěnci systému veřejného zdravotního pojištění, se mezi 31. prosincem 2002, kdy bylo evidováno 10 314 865 osob, a 31. prosincem 2003, kdy bylo evidováno 10 311 210 osob, snížil o 3 655 osob. V tomto období **počet pojištěnců Pojišťovny klesl z 6 956 348 osob na 6 801 230 pojištěnců**, takže v rozmezí jednoho kalendářního roku došlo ke snížení evidenčního počtu pojištěnců Pojišťovny o **155 118 osob**, tj. o 2,2 %.

Celkový počet pojištěnců se ve srovnání s rokem 2002 v roce 2003:

- výrazněji snížil v 6 okresech
– index 0,94-0,96
- mírně snížil ve 29 okresech
– index 0,97-0,98
- prakticky nezměnil v 42 okresech
– index 0,99-1,0.

Vnitřní pohyb pojištěnců, vyjádřený absolutními počty osob náležejících k hlavním věkovým skupinám

pojištěnců, v roce 2003 nadále naznačoval snižování počtu nově narozených dětí a celkové stárnutí obyvatelstva České republiky. K pohybu pojištěnců docházelo také mezi jejich jednotlivými kategoriemi. Snižil se počet pojištěnců, přitom počet osob samostatně výdělečně činných a osob bez zdanitelných příjmů se změnil jen velice málo. Výrazně se však snížil počet osob, za které byl plátcem pojistného stát, a to i přes to, že se zvýšil počet uchazečů o zaměstnání. Největší část úbytku pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, představují nezaopatřené děti.

Údaje uvedené v tabulkách o pohybu pojištěnců („Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od ostatních zdravotních pojišťoven k Pojišťovně“ a „Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od Pojišťovny k ostatním zdravotním pojišťovnám“) umožňují vytvoření představy o počtech osob, které k Pojišťovně v jednotlivých čtvrtletích roku 2003 „přišly“ (během roku přišlo 26 215 osob) a které od ní „odešly“ (během roku 147 285 osob). K pohybu pojištěnců Pojišťovny v roce 2003 docházelo téměř rovnoměrně ve všech čtvrtletích.

Největší počet pojištěnců VZP odešel ve čtyřech přestupních termínech v roce 2003 k Oborové zdravotní pojišťovně (55 710 osob), z toho téměř 60 % v Praze hl. m. Větší odchody pak byly zaznamenány ještě ke ZP ministerstva vnitra (ZPMV) – 30 810 osob. Od obou jmenovaných zdravotních pojišťoven se k VZP vrátil jen zlomek počtu odešlých – od OZP se vrátilo jen 816 pojištěnců, od ZPMV cca 2000 pojištěnců. Nezanedbatelné byly ještě přechody pojištěnců mezi VZP ČR a Vojenskou ZP (VoZP). Zde se však jednalo převážně o nástupy na vojenskou základní službu a proto odchody od VZP k VoZP a naopak příchody od VoZP k VZP byly téměř vyvážené. Mezi odcházejícími pojištěnci k jiným ZP ještě převažovaly ženy a všeobecně osoby mladších ročníků ve věku do 35 let.

Z tabulky č. 18 je vidět, že největší úbytky pojištěnců zaznamenala okresní pojišťovna Hlavní město Praha, a sice 5,6 %. Největší měrou, téměř 60 %, se na úbytku podílejí odchody pojištěnců k OZP a příčiny takových odchodů jsou zjevné. OZP se zcela přirozeně zaměřila na získávání pojištěnců v Praze hl. m., kde je největší soustředění zaměstnanců bank a pojišťoven, manažerů, pracovníků ministerstev a podobně. Vyšší výběr pojistného od těchto klientů, z kterého celých 40 % nyní prochází mimo přerozdělovací proces, jí umožňuje nabízet takové nadstandardní služby, jaké si jiná ZP nemůže dovolit.

Ke skupinám osob, které k Pojišťovně v roce 2003 přicházely bez „přechodu“ od jiných zdravotních pojišťoven (tj. které dosud nebyly pojištěny), patřili opět např. novorozenci nebo cizinci (pokud splnili podmínky účasti ve zdravotním pojištění např. přijetím zaměstnání u zaměstnavatele se sídlem na území ČR, ve kterém byli nemocensky pojištěni). K osobám, které od Pojišťovny odcházely bez „přechodu“ k jiným zdravotním pojišťovnám (tj. které nadále nejsou pojištěny), pak patřily např. osoby, které odešly do ciziny (nepřetržitě nejméně na dobu půl roku), nebo zemřely⁴.

V rámci kvalitního a moderního přístupu Pojišťovny ke klientům vyhlásila Pojišťovna v roce 2003 nový klientský program s rozsáhlou nabídkou. Cílem tohoto projektu bylo poskytnout klientům takové služby nad rámec veřejného zdravotního pojištění, které by měly na pojištěnce Pojišťovny pozitivní účinek v oblasti prevence onemocnění a současně jim poskytovat výhody srovnatelné, případně i převyšující úroveň obdobných nabídek ostatních zdravotních pojišťoven. Jednotlivé programy se plánují vždy na příslušný kalendářní rok a jejich náplň je limitována především množstvím finančních prostředků. Tak, jak se programy postupně dostávají do povědomí veřejnosti, jsou klienty stále více využívány a nárokovány. Jakékoliv restriktivní opatření v obsahové náplni programů je okamžitě vnímáno velmi negativně. Proto počítáme se zachováním programové orientace a skladby i v příštích letech. Efektivita jednotlivých programů je průběžně sledována nejen z hlediska stabilizace pojištěnců, ale i vytváření dlouhodobé strategie Pojišťovny. Správnost nastoupené orientace potvrzuje i snížení odchodovosti pojištěnců k jiným zdravotním pojišťovnám, k níž došlo v průběhu roku 2003 oproti ZPP.

Nový směr činnosti kladl důraz na důležitost systematické aktivity v takových oblastech, které zvyšují spokojenost klientů se službami Pojišťovny a mají tedy i vliv na jejich udržení v řadách pojištěnců Pojišťovny. Vzhledem k situaci bylo nutno najít motivaci a realizovat všechna nutná opatření co nejdříve.

⁴ Z uvedených důvodů nelze pouhým odpočtem číselných údajů uvedených v řádcích 21 tabulek „Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od ostatních zdravotních pojišťoven k Pojišťovně“ a „Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od Pojišťovny k ostatním zdravotním pojišťovnám“ zjistit absolutní přírůstek pojištěnců v roce 2003. Tento přehled však umožňuje tabulka „Vývoj počtu pojištěnců zdravotní pojišťovny v roce 2003 dle věkové struktury“.

Projekt s názvem Klient zahrnoval v uvedeném období tyto programy:

■ **Program podpory růstu dítěte.** Tímto programem je sledována podpora věkově zajímavé klientely, protože v kmeni pojištěnců převládají pojištěnci vyšších ročníků. VZP chce tímto oslovením nabídnout ucelený program pro matku a dítě s výhledem rozšířit jej až do 7 let věku dítěte. V zájmu ucelené nabídky pro matku a dítě ze strany VZP ČR je třeba program udržet po dobu nejméně pěti let. Program je orientován na nejméně stabilní skupinu pojištěnců, které chceme zainteresovat na jejich příslušnosti k Pojišťovně. Ucelený program pro matku a dítě zahrnuje pobídky pro zdravotně preventivní pohyb v době gravidity i po porodu. Současně byl při příležitosti narození dítěte matce předán užitečný dárek. Dárek obsahoval komponenty nutné pro zdravý vývoj dítěte a dále informativní bulletin s informacemi o četnosti a obsahu preventivních prohlídek dětí do jednoho roku, informační brožuru k technice kojení a další potřebné informace v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Uvedený program byl doplněn, při příležitosti 1. narozenin dítěte, o kupón na uplatnění slevy při nákupu garantované zdravotně nezávadné obuvi pro dítě. V rámci regionů byl pak tento program vhodně doplněn podporou plavání batolat a rodinného plavání. Tento program přijaly mladé rodiny velmi kladně.

■ **Program na podporu zvýšení účinnosti propagace předcházení gynekologickým onemocněním a plánovaného a chtěného rodičovství.** V rámci uvedeného programu si mohou ženy od 15 do 35 let vyzvednout příspěvek na perorální hormonální kontraceptiva, která jsou předepisována v rámci preventivních gynekologických prohlídek. Tímto programem VZP sladila nadstandardní nabídku benefitů pro klienty s nabídkou ostatních zdravotních pojišťoven, které příspěvky na perorální hormonální kontraceptiva poskytují již dlouhodobě. Nabídky využila téměř každá 4. klientka v příslušné věkové kategorii.

■ **Program na podporu účinné propagace zdravého způsobu života.** V rámci tohoto programu byl založen Klub pevného zdraví. Tento program je otevřen pro pojištěnce od 15 let věku a k 31. 12. 2003 měl již 7 tis. příznivců. Všem členům Klubu byla vydána klubová karta a byl pro ně zpracován katalog všech slev, bonusů a benefitů připravovaných ve spolupráci s partnery Pojišťovny. Smyslem založení Klubu pevného zdraví je mít a předložit zvláštní

programy péče o zdraví, které oslovují celé věkové spektrum pojištěnců VZP. Současně jde o tvorbu dobrého klientského portfolia, tedy pojištěnců řádně placících pojistné a těch, kteří vidí v prevenci odpovědnost za vlastní zdraví. Členství v Klubu se uděluje, čímž VZP projevuje zájem o věrné pojištěnce. Z uvedených důvodů se jedná o program stálý.

■ Nemalým příspěvkem pro oblast prevence onemocnění a zdravého způsobu života byly **programy vedené na regionální úrovni.** Jednalo se zpravidla o podporu takových aktivit, které vedou pojištěnce k zájmu o rekreační sport, zdravý pohyb a k péči o své zdraví, zejména plavání, v zimních měsících bruslení, návštěvy fitnesscenter, návštěvy spinningu, aerobiku, aquaerobiku, cvičení a plavání dětí s rodiči, rehabilitační cvičení atd., vždy v rámci možností daného regionu. V oblasti aktivního osobního přístupu ke klientům se začalo s navazováním kontaktů při příležitosti osobních jubileí, kdy blahopřání je vždy vhodně doplněno důležitými informacemi z oblasti veřejného zdravotního pojištění a návodem k péči o své zdraví. Touto činností chtěla Pojišťovna zvýšit informovanost svých klientů o systému veřejného zdravotního pojištění a o dalších možnostech, které pro své klienty připravuje. Ve všech okresních pojišťovnách byly také zahájeny Dny zdraví s VZP. Jednalo se o akci, v jejímž rámci si mohli klienti nechat změřit zdarma krevní tlak, hladinu cholesterolu, cukru, triglyceridů, případně i hodnotu tělesného tuku ve spolupráci s odborným zdravotnickým personálem. Naměřené hodnoty se jim zaznamenávaly do Zapisníku a při naměření nestandardní hodnoty byla klientovi doporučena návštěva u lékaře. Regionální aktivity jsou aktivitami pro srovnání, event. převýšení nabídky nadstandardních služeb jiných zdravotních pojišťoven v daném regionu. S ohledem na nové nabídky ostatních ZP je třeba i nadále regionální nabídky uskutečňovat v praxi. Zahájením a uskutečňováním Dnů zdraví s VZP sledujeme podporu cílené prevence. Tento program by se měl stát stálou nabídkou pro nejširší veřejnost pojištěnou u VZP.

■ V roce 2003 se Pojišťovna intenzivně zaměřila také na **edukační činnost**, a to jak směrem ke zdravotnickým zařízením, pro které pořádala odborné semináře, tak směrem k laickým klientům. Jednotlivé okresní pojišťovny pořádaly pro mzdové účetní semináře a přednášky z oblasti výběru pojistného na veřejné zdravotní pojištění a také přednášky a diskuse vedené na středních a vysokých školách.

Cílem edukační činnosti je změna negativního vnímání VZP v řadách laické i odborné veřejnosti. Z uvedeného důvodu je třeba edukační programy zachovat a zařadit je mezi stálé programy, pokračovat

i nadále ve vydávání informačních brožur, o které je mezi pojištěnci a lékaři velký zájem. V roce 2003 bylo vydáno: Jak zlepšit zdraví dítěte pohybem a inkontinence. Celkově vyšlo již 19 titulů.

Tabulky:

Věková struktura pojištěnců v roce 2003 – stav k 31. 12. 2003 je uveden v tabulce č. 14 a v grafu č. 5.

Věková struktura pojištěnců zdravotní pojišťovny – průměrné počty pojištěnců Pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách v roce 2003 jsou uvedeny v tabulce č. 15.

Vývoj počtu pojištěnců zdravotní pojišťovny v roce 2003 dle věkové struktury – stav k 31. 12. 2002 a 31. 12. 2003 v členění podle věkové struktury a podle pohlaví je uveden v tabulce č. 16.

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. 17a a v grafu č. 6.

Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od Pojišťovny k ostatním zdravotním pojišťovnám – v členění podle jednotlivých čtvrtletí a věkových skupin je uveden v tabulce č. 17b a v grafu č. 6.

Vývoj počtu pojištěnců Pojišťovny v roce 2003 v členění dle okresů ČR – je uveden v tabulce č. 18.

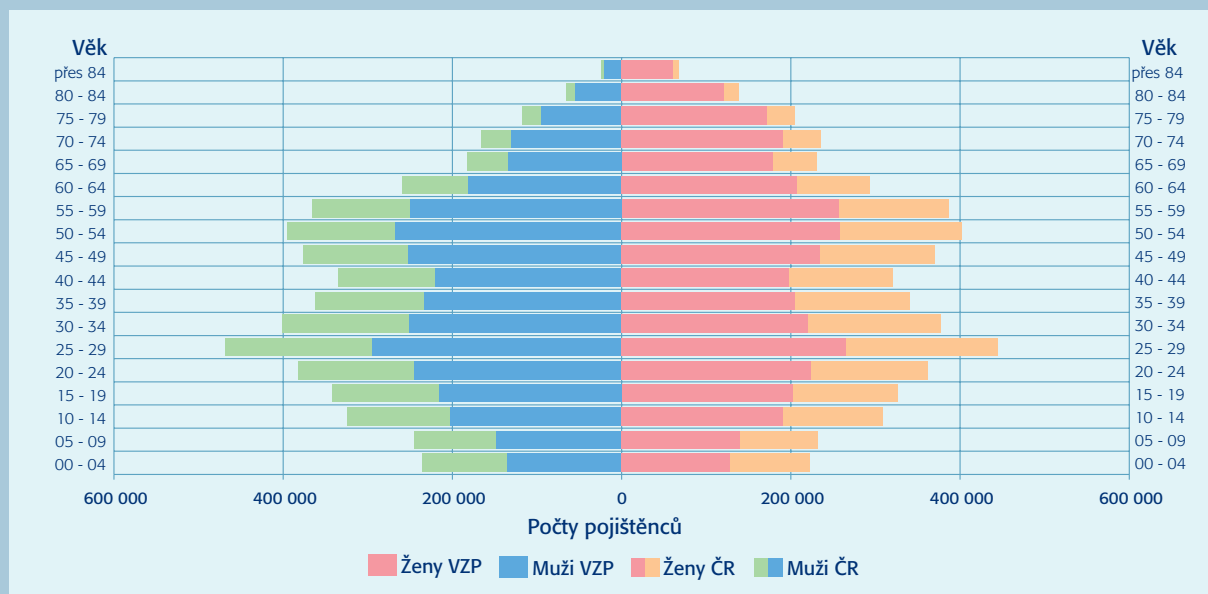
Přehled o počtech pojištěnců v členění dle kategorií plátců pojistného je součástí tabulky „Příjem z pojistného celkem včetně vlivu přerozdělování dle kategorií plátců“ (tabulka č. 20), která je zařazena v části 6.1 této výroční zprávy nazvané „Základní fond zdravotního pojištění“.

Tabulka č. 14: **Věková struktura pojištěnců Pojišťovny v roce 2003 (k 31. 12. 2003)**

Věková skupina	Muži			Ženy			Občané ČR		
	Celkem	Z toho VZP		Celkem	Z toho VZP		Celkem	Z toho VZP	
		Počet	%		Počet	%		Počet	%
0-4 roky	235 481	135 814	57,68	222 601	128 284	57,63	458 082	264 098	57,65
5-9 let	244 763	148 983	60,87	231 960	140 950	60,76	476 723	289 933	60,82
10-14 let	324 792	203 722	62,72	308 767	191 682	62,08	633 559	395 404	62,41
15-19 let	342 315	215 918	63,08	326 561	203 023	62,17	668 876	418 941	62,63
20-24 let	382 511	245 616	64,21	361 241	224 141	62,05	743 752	469 757	63,16
25-29 let	468 722	295 091	62,96	444 711	265 011	59,59	913 433	560 102	61,32
30-34 let	400 791	251 633	62,78	377 857	221 014	58,49	778 648	472 647	60,70
35-39 let	361 474	233 317	64,55	341 109	205 419	60,22	702 583	438 736	62,45
40-44 let	334 882	220 590	65,87	319 745	197 752	61,85	654 627	418 342	63,91
45-49 let	376 453	253 146	67,25	370 426	235 394	63,55	746 879	488 540	65,41
50-54 let	395 879	268 614	67,85	401 601	258 315	64,32	797 480	526 929	66,07
55-59 let	365 291	250 291	68,52	387 041	257 579	66,55	752 332	507 870	67,51
60-64 let	258 801	181 783	70,24	292 996	207 097	70,68	551 797	388 880	70,48
65-69 let	183 300	134 943	73,62	230 375	178 538	77,50	413 675	313 481	75,78
70-74 let	165 555	130 892	79,06	235 256	190 911	81,15	400 811	321 803	80,29
75-79 let	117 467	95 217	81,06	204 408	172 170	84,23	321 875	267 387	83,07
80-84 let	65 640	55 231	84,14	138 685	120 959	87,22	204 325	176 190	86,23
přes 84 let	24 186	20 986	86,77	67 567	61 204	90,58	91 753	82 190	89,58
Celkem	5 048 303	3 341 787	66,20	5 262 907	3 459 443	65,73	10 311 210	6 801 230	65,96

POJIŠTĚNCI POJIŠŤOVNY

Graf č. 5: Věková struktura pojištěnců v roce 2003



Tabulka č. 15: Věková struktura pojištěnců zdravotní pojišťovny

Věková skupina	Průměrný počet pojištěnců				Index 03/02 Celkem
	Rok 2002 Celkem	Rok 2003 – skutečnost		Celkem	
		Muži	Ženy		
0-4	277 459	136 375	128 954	265 329	0,96
5-9	339 012	156 073	147 881	303 954	0,90
10-14	420 465	207 019	194 630	401 649	0,96
15-19	438 372	217 355	205 064	422 419	0,96
20-24	522 456	253 289	230 892	484 181	0,93
25-29	564 133	293 549	266 290	559 839	0,99
30-34	461 027	247 502	216 909	464 411	1,01
35-39	461 032	237 391	209 539	446 930	0,97
40-44	432 731	218 007	196 999	415 006	0,96
45-49	521 985	257 088	240 683	497 771	0,95
50-54	549 332	269 189	260 628	529 817	0,96
55-59	491 833	247 687	257 402	505 089	1,03
60-64	368 447	176 197	202 487	378 684	1,03
65-69	331 661	136 803	180 787	317 590	0,96
70-74	336 405	132 533	194 366	326 899	0,97
75-79	277 418	95 961	174 813	270 774	0,98
80-84	148 080	52 454	114 259	166 713	1,13
85+	104 105	28 964	67 728	96 692	0,93
Celkem	7 045 953	3 363 436	3 490 311	6 853 747	0,97

VZ 2003–12–Věk.strukt.

Poznámka:

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

Platí pro tabulku Věk. struktura a Vývoj počtu pojištěnců dle věkové struktury.

Údaje o počtech pojištěnců celkem rok 2002 a 2003 – vazba na tab. Zuk, ř. 2.

Tabulka č. 16: Vývoj počtu pojištěnců zdravotní pojišťovny v roce 2003 dle věkové struktury

Věková skupina	Stav k 31. 12. 2002			Stav k 31. 12. 2003			Index r.03/r.02
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	
0-4	140 110	132 623	272 733	135 814	128 284	264 098	0,97
5-9	165 307	156 582	321 889	148 983	140 950	289 933	0,90
10-14	212 380	200 201	412 581	203 722	191 682	395 404	0,96
15-19	220 361	209 357	429 718	215 918	203 023	418 941	0,97
20-24	261 057	241 213	502 270	245 616	224 141	469 757	0,94
25-29	293 436	271 626	565 062	295 091	265 011	560 102	0,99
30-34	246 365	217 252	463 617	251 633	221 014	472 647	1,02
35-39	241 522	214 986	456 508	233 317	205 419	438 736	0,96
40-44	220 268	201 010	421 278	220 590	197 752	418 342	0,99
45-49	262 698	247 408	510 106	253 146	235 394	488 540	0,96
50-54	273 662	266 616	540 278	268 614	258 315	526 929	0,98
55-59	245 514	257 063	502 577	250 291	257 579	507 870	1,01
60-64	172 661	200 617	373 278	181 783	207 097	388 880	1,04
65-69	138 922	183 893	322 815	134 943	178 538	313 481	0,97
70-74	134 042	197 862	331 904	130 892	190 911	321 803	0,97
75-79	96 165	176 951	273 116	95 217	172 170	267 387	0,98
80-84	49 624	107 925	157 549	55 231	120 959	176 190	1,12
85+	29 075	69 994	99 069	20 986	61 204	82 190	0,83
Celkem	3 403 169	3 553 179	6 956 348	3 341 787	3 459 443	6 801 230	0,98

Stav k 31. 12. 2002 a 2003 – vazba na tab. Zuk, ř. 1.

VZ 2003-13-vývoj pojiš. dle věk. strukt.

Tabulka č. 17a: Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od ostatních zdravotních pojišťoven k Pojišťovně

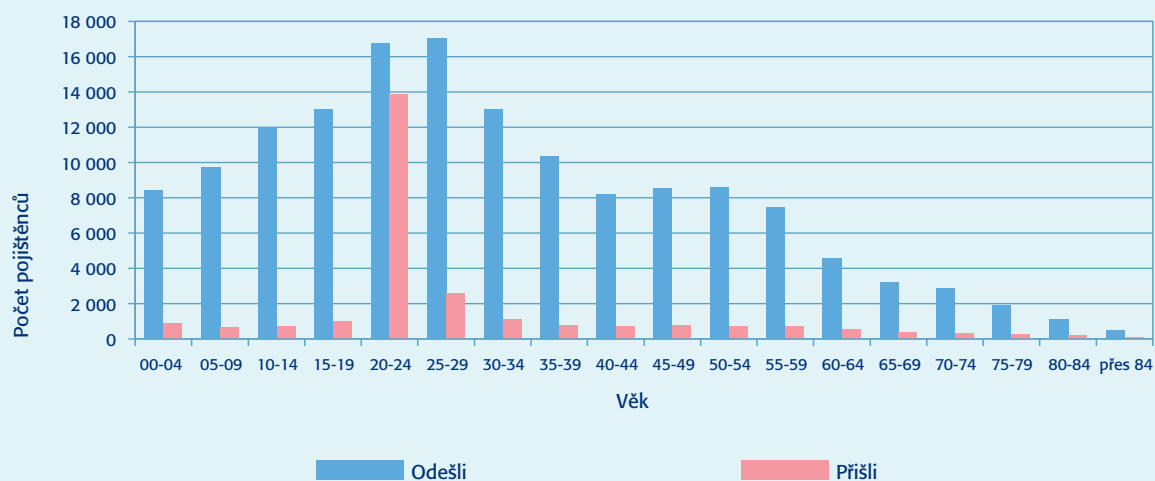
Věková sk.	I/03	II/03	III/03	IV/03	r. 2003
0-4 roky	143	218	244	281	886
5-9 let	133	191	174	177	675
10-14 let	132	197	158	203	690
15-19 let	153	208	321	329	1 011
20-24 let	3 868	3 199	3 288	3 540	13 895
25-29 let	542	634	539	839	2 554
30-34 let	243	264	267	315	1 089
35-39 let	204	192	199	192	787
40-44 let	142	178	164	201	685
45-49 let	161	167	190	254	772
50-54 let	176	165	158	220	719
55-59 let	168	158	179	209	714
60-64 let	97	146	167	145	555
65-69 let	74	118	90	90	372
70-74 let	54	85	67	78	284
75-79 let	47	70	63	57	237
80-84 let	22	66	57	45	190
přes 84 let	16	43	25	16	100
Celkem	6 375	6 299	6 350	7 191	26 215

POJIŠTĚNCI POJIŠŤOVNY

Tabulka č. 17b: Přehled o pojištěncích, kteří se přihlásili od Pojišťovny k ostatním zdravotním pojišťovnám

Věková sk.	I/03	II/03	III/03	IV/03	r. 2003
0-4 roky	2 827	2 527	1 510	1 578	8 442
5-9 let	3 585	2 855	1 636	1 664	9 740
10-14 let	4 576	3 501	1 945	1 968	11 990
15-19 let	4 788	3 532	2 512	2 149	12 981
20-24 let	6 134	4 942	2 888	2 797	16 761
25-29 let	6 020	5 240	2 888	2 909	17 057
30-34 let	4 664	3 884	2 206	2 265	13 019
35-39 let	3 905	2 907	1 781	1 765	10 358
40-44 let	3 172	2 362	1 343	1 321	8 198
45-49 let	3 263	2 385	1 477	1 413	8 538
50-54 let	3 222	2 349	1 483	1 520	8 574
55-59 let	2 760	2 053	1 347	1 307	7 467
60-64 let	1 770	1 179	825	807	4 581
65-69 let	1 253	815	600	557	3 225
70-74 let	1 101	717	537	520	2 875
75-79 let	731	512	359	327	1 929
80-84 let	395	294	196	210	1 095
přes 84 let	170	104	105	76	455
Celkem	54 336	42 158	25 638	25 153	147 285

Graf č. 6: Věková struktura příšlých a odešlých pojištěnců



Tabulka č. 18: Vývoj počtu pojištěnců Pojišťovny v roce 2003 v členění dle okresů ČR

Okres	Počet pojištěnců VZP		Index 03/02
	stav k	stav k	
	31. 12. 2002	31. 12. 2003	
1 Praha-město	848 941	801 387	0,94
2 Benešov	68 931	67 701	0,98
3 Beroun	42 227	41 444	0,98
4 Kladno	86 089	83 906	0,97
5 Kolín	81 063	79 919	0,99
6 Kutná Hora	40 388	39 769	0,98
7 Mělník	76 567	74 418	0,97
8 Mladá Boleslav	26 908	26 719	0,99
9 Nymburk	65 095	64 067	0,98
10 Praha-východ	69 748	68 089	0,98
11 Praha-západ	66 041	64 624	0,98
12 Příbram	88 423	87 058	0,98
13 Rakovník	41 646	40 667	0,98
14 České Budějovice	116 222	115 215	0,99
15 Český Krumlov	43 558	43 117	0,99
16 Jindřichův Hradec	71 081	70 484	0,99
17 Pelhřimov	61 869	61 272	0,99
18 Písek	55 353	54 426	0,98
19 Prachatice	36 334	36 016	0,99
20 Strakonice	52 166	51 469	0,99
21 Tábor	62 098	60 610	0,98
22 Domažlice	48 377	48 067	0,99
23 Cheb	64 735	64 402	0,99
24 Karlovy Vary	97 454	96 362	0,99
25 Klatovy	65 545	64 145	0,98
26 Plzeň-město	96 766	95 066	0,98
27 Plzeň-jih	49 747	48 916	0,98
28 Plzeň-sever	49 260	48 159	0,98
29 Rokycany	31 070	30 403	0,98
30 Sokolov	66 332	65 863	0,99
31 Tachov	37 843	37 797	1,00
32 Česká Lípa	79 714	78 923	0,99
33 Děčín	99 372	97 426	0,98
34 Chomutov	101 877	101 288	0,99
35 Jablonec nad Nisou	72 950	72 687	1,00
36 Liberec	126 391	125 274	0,99
37 Litoměřice	90 880	90 092	0,99
38 Louny	73 016	72 136	0,99
39 Most	104 824	103 927	0,99

Okres	Počet pojištěnců VZP		Index 03/02
	stav k	stav k	
	31. 12. 2002	31. 12. 2003	
40 Teplice	101 875	100 939	0,99
41 Ústí nad Labem	56 493	54 571	0,97
42 Havlíčkův Brod	67 601	66 734	0,99
43 Hradec Králové	98 815	97 589	0,99
44 Chrudim	85 226	84 450	0,99
45 Jičín	60 905	60 182	0,99
46 Náchod	88 940	88 115	0,99
47 Pardubice	128 214	126 642	0,99
48 Rychnov n. Kněžnou	56 074	55 463	0,99
49 Semily	63 513	62 766	0,99
50 Svitavy	89 923	89 409	0,99
51 Trutnov	66 175	64 925	0,98
52 Ústí nad Orlicí	89 077	88 190	0,99
53 Blansko	81 457	80 296	0,99
54 Brno-město	250 821	243 660	0,97
55 Brno-venkov	112 373	110 895	0,99
56 Břeclav	91 126	88 693	0,97
57 Hodonín	96 675	92 264	0,95
58 Jihlava	96 331	95 923	1,00
59 Kroměříž	61 256	59 800	0,98
60 Prostějov	57 544	54 488	0,95
61 Třebíč	94 487	93 289	0,99
62 Uherské Hradiště	99 256	97 925	0,99
63 Vyškov	59 278	58 184	0,98
64 Zlín	167 893	166 269	0,99
65 Znojmo	74 733	73 639	0,99
66 Žďar nad Sázavou	90 664	89 483	0,99
67 Bruntál	62 556	60 543	0,97
68 Frýdek-Místek	97 433	96 078	0,99
69 Karviná	125 501	118 853	0,95
70 Nový Jičín	93 367	90 809	0,97
71 Olomouc	83 581	80 390	0,96
72 Opava	105 067	102 012	0,97
73 Ostrava	115 918	110 802	0,96
74 Přerov	99 891	97 865	0,98
75 Šumperk	88 662	86 908	0,98
76 Vsetín	113 887	112 237	0,99
77 Jeseník	26 859	26 640	0,99
78 Česká republika	6 956 348	6 801 230	0,98

TVORBA A ČERPÁNÍ FONDŮ POJIŠŤOVNY



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 2003 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. 19 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 (tabulky č. 28a a 28b)
- 6.7 Fond ostatních zdaňovaných činností (tabulka č. 29)
- 6.8 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.

Za prioritu Pojišťovny byla Zdravotně pojistným plánem stanovena stabilizace finanční pozice.

Příjmy i výdaje jsou závislé na počtu pojištěnců a jejich skladbě. Pojišťovna počítala v roce 2003 s poklesem průměrného počtu pojištěnců o cca 202 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 2003 oproti zdravotně pojistnému plánu o 9747 osob vyšší,** což dokazuje, že v průběhu roku se pomalu začalo dařit omezovat úbytek pojištěnců. Ke zlepšení trendu nedošlo ihned od počátku roku, v prvním čtvrtletí byl ještě úbytek vyšší, než činily odhady pro sestavení ZPP na rok 2003. Od druhého čtvrtletí se však již situace začala mírně zlepšovat. Průměrný počet

dominantních plátců, to je zaměstnanců pojištěných u Pojišťovny, byl v roce 2003 prakticky roven odhadu – byl jen o 184 osob nižší, než předpokládal ZPP. **Ve srovnání s rokem 2002 byl průměrný počet pojištěnců v roce 2003 nižší o více než 192 tisíce osob** (2,8 % z celkového počtu pojištěnců). Na poklesu se podílejí zaměstnanci větším dílem (51,12 %), než odpovídá jejich zastoupení ve skladbě pojištěnců Pojišťovny (38,01 %). Osoby, za které je plátcem pojistného stát, tvořily 57,09 % z úbytků, ve skladbě Pojišťovny mají zastoupení cca 57,76 %. Přesto, že z těchto procent vyplývá, že podíl státních pojištěnců jako celku, kteří změnili zdravotní pojišťovnu, odpovídá podílu státních pojištěnců na celkovém počtu pojištěnců, zkoumali jsme, s ohledem na vliv věku na náklady na zdravotní péči, zda se jedná o proporcionální úbytky státních pojištěnců dle jejich věkového složení. Bohužel, zde musíme konstatovat, že mezi úbytky stále zaujímají významnější místo úbytky mladších (a zdravějších) pojištěnců oproti úbytkům pojištěnců vyšších věkových kategorií (majících výrazně vyšší nároky na čerpání zdravotní péče).

V roce 2003 bylo vybráno od zaměstnavatelů pojistné v celkové výši 60,936 miliardy Kč, což je o 2,088 miliardy Kč více než v roce 2002, a to představuje meziroční nárůst o 3,5 %. Vybrané pojistné v přepočtu na jednoho zaměstnaného pojištěnce dosáhlo v roce 2003 částky 23 402 Kč, což představuje meziroční nárůst o 1 631 Kč. To pak znamená, při meziročním úbytku zaměstnanců o 3,6 %, nárůst pojistného na jednoho zaměstnaného pojištěnce o 7,4 %. Tato hodnota odpovídá mírně vyššímu indexu nárůstu průměrných mezd, než jaký je pro rok 2003 deklarován na internetových stránkách MPSV (poslední zveřejněný odhad indexu nárůstu mezd z února 2004 je 106,6), ale naopak mírně nižšímu, než deklaruje na svých stránkách MF ČR (odhad také z února 2004 je 107,6).

Celková částka vybraného pojistného od samoplátců (OSVČ a OBZP) dosáhla v roce 2003 hodnoty 6,511 miliardy Kč, a to znamená meziroční nárůst o 0,4 miliardy Kč, což je o 5,8 %. Při poklesu počtu samoplátců o 0,9 % to pak v přepočtu na jednoho samoplátce znamená nárůst o 518 Kč, v procentech pak nárůst o 6,9 %. Toto zvýšení je způsobeno hlavně zvýšením minimální mzdy od ledna 2003 o 8,7 %.

Podíl z přerozdělení dosáhl v roce 2003 částky 31,176 miliard Kč a byl ve srovnání s rokem 2002 vyšší o 1,260 mld. Kč, což představuje zvýšení o 4,2 %. Zvýšení příjmů od státu a přerozdělování je důsledkem zvýšení vyměřovacího základu státu z 3 250 Kč v roce 2002 na 3 458 Kč v roce 2003 (zvýšení o 6,4 %). Při poklesu počtu státních pojištěnců o 109 736 osob (o 2,8 %) to pak představuje u jednoho státního pojištěnce roční nárůst o 522 Kč (o 7,0 %). Roční příjem na jednoho státního pojištěnce dosáhl v roce 2003 částky 7 875 Kč. Oproti ZPP jsou příjmy z přerozdělení nižší o 1,217 mld. Kč, částečně díky vyššímu než plánovanému poklesu počtu státních pojištěnců, částečně díky zvýšení pohledávky vůči fondu přerozdělení.

Náklady na zdravotní péči stouply proti skutečnosti roku 2002 o 2,8 mld. Kč (tj. o 2,9 %) a byly o 5,6 miliardy Kč vyšší (tj. o 5,9 %), než předpokládal Zdravotně pojistný plán na rok 2003; na tomto růstu se však podílely jednotlivé druhy nákladů na zdravotní péči nerovnoměrně.

Oproti roku 2002 vzrostly náklady na péči poskytovanou ambulantními zařízeními o 6,4 % (oproti ZPP byly vyšší o 9 %). Náklady na ambulantní zdravotní péči se zvyšovaly rychleji než náklady na péči lůžkovou. Toto lze chápat jako jednoznačně pozitivní

trend signalizující přesun péče do méně nákladné a pro pacienty méně zatěžující ambulantní péče. Zajištění stomatologické péče je stabilizované, nárůst nákladů je proto relativně nízký. Vyšší náklady na péči praktických lékařů proti roku 2002 i proti ZPP byly dány jednak menším než plánovaným úbytkem pojištěnců a dále pozitivním trendem v nárůstu počtu preventivních prohlídek a screeningových vyšetření stolice, což jsou činnosti hrazené nad rámec kapitační platby. Výrazný nárůst nákladů na rehabilitační péči je dán hlavně zvyšujícími se nároky na péči o starší pacienty. Velký nárůst nákladů diagnostické péče je částečně způsoben vznikem screeningového programu na detekci karcinomu prsu pomocí mamografie, dále pak rozvojem nových technologií v laboratorní i RTG diagnostice. Nárůst nákladů na domácí zdravotní péči je dán hlavně rozšiřováním počtu zařízení na požadovaný počet a pak také změnou způsobu úhrady – preferencí zařízení poskytujících komplexní péči. U ambulantní specializované péče platí v plné míře důvod uvedený u celé ambulantní péče, a to přesun z péče lůžkové do ambulantní.

Nárůst nákladů na lůžkovou péči o 6,1 % oproti roku 2002 byl ovlivněn standardizací cen jednotlivých položek léčení. Nedošlo k předpokládanému ztížení indikací, protože nebyl vydán nový indikační seznam. Proti ZPP byly náklady o 14 % vyšší.

Výrazné navýšení nákladů na dopravu o 2,5 % (ke ZPP o 7 %) bylo způsobeno zásahem MZ ČR, které při nedohodě na 1. pololetí 2003 zavedlo paušální způsob úhrady s navýšením na 112 %.

Vzestup nákladů na léky o 6,3 % je způsoben příchodem nových léků a převáděním pacientů na léky s lepšími vlastnostmi a účinky. Nejvyšší dynamiku mají léky pro onkologická a kardiologická onemocnění. Oproti ZPP činí nárůst nákladů 10 %.

Nárůst nákladů na PZT vydané na poukazy o 5,2 % (ve srovnání se ZPP o 8 %) nejvíce ovlivnily předpisy na vozíky pro postižené, u kterých končí směrná doba užití, a dále jako dříve nárůst nákladů na absorpční pomůcky pro inkontinenci.

Významný růst zaznamenaly náklady na péči v zahraničí, prozatím však představují pouze malou položku v celkových nákladech. Rozdíl 15 464 tis. Kč mezi výdaji na zdravotní péči za cizince uhrazenou smluvním ZZ a příjmem úhrad za tuto péči od CMÚ (viz tabulka č. 19 ZFZP, část B, řádky II.11 a III.9) je způsoben tím, že splatnost závazků vůči SZZ je 20 dní a naproti tomu splatnost závazků zahraničních zdravotních pojišťoven je minimálně 3 měsíce.

Ostatní náklady na zdravotní péči (řádek 10 tabulky č. 21a, b), 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.

Celkové náklady na ústavní péči zůstaly v roce 2003 na úrovni roku 2002. Tento stav je způsoben poklesem nákladů na akutní lůžkovou péči oproti roku 2002 o 288 mil. Kč (tj. 0,7 %), k čemuž přispěla skutečnost, že nedošlo za 1. pololetí 2003 k navýšení úhrad z titulu nárůstu výběru pojistného. V roce 2003 tak bylo realizováno pouze navýšení úhrad LZZ za 2. pololetí 2002. Celková částka tohoto navýšení činila 53 mil. Kč. Rozdíl mezi touto částkou a částkami navýšení úhrad ve sloupci skutečnost roku 2003 v tabulce č. 20a) je způsoben přepočty navýšení za 1. pololetí 2002 v případech, kdy bylo provedeno nové vyúčtování tohoto pololetí z důvodů nedodržení metodiky vykazování zdravotní péče ze strany LZZ, což mělo vliv hlavně na výpočet referenčních hodnot vstupujících do vyúčtování. V přepočtu na 1 průměrného pojištěnce však i náklady na akutní lůžkovou péči ve srovnání s rokem 2002 vzrostly o 2,1 %. Doplatek za 2. pololetí 2003 bude realizován až v 1. pololetí 2004. Co se týče celkových nákladů na péči poskytovanou v LDN, OLÚ a na ošetrovatelských lůžkách, ty meziročně vzrostly o 222,7 mil. Kč (tj. 9,3 %), resp. o 260 mil. Kč (tj. 8,8 %), resp. o 69 mil. Kč (tj. 15,9 %), v přepočtu na 1 pojištěnce se pak jedná o nárůst 42 Kč (tj. 12,2 %), resp. 49 Kč (tj. 11,8 %),

resp. 12 Kč (tj. 19,6 %). Tyto nárůsty jsou způsobeny řadou dílčích vlivů, mezi ně patří stále se rozšiřující síť následných lůžek, v případě nemocnic pak jejich finanční vyčlenění z jejich úhrad, a v konečné řadě výkonový, neregulovaný způsob úhrady. Dále pak i skutečnost, že pro zařízení LDN je úhrada ze zdravotního pojištění jednak vyšší, než pokud je tato péče hrazena jako péče sociální, a jednak i lépe dostupná.

Pokles nákladů na zdravotnickou záchrannou službu ve výši 157 mil. Kč (tj. 25 %) proti roku 2002 je způsoben uplatněním regulačního mechanismu na maximální hodnotu bodu za období 2001, 2002 dle Cenového výměru MF ČR. Tato regulace byla uplatněna v závěru roku 2003 v celkové výši 250 mil. Kč, z čehož 221,8 mil. Kč se týkalo právě ZZ poskytujících zdravotnickou záchrannou službu. Vzhledem k probíhajícímu soudnímu sporům o oprávněnost této regulace byl finanční efekt minimální a převážnou část Pojišťovna eviduje na pohledávkách. O cca 7 mil. Kč (tj. 11 %) také klesly náklady na péči v ozdravovnách, proti ZPP se jedná o 2% pokles.

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 2003 potíže s včasnou úhradou svých závazků. Celkový objem příjmů ZFZP totiž nedostačoval celkovému objemu jeho čerpání. I přes skutečnost, že v závěru roku obdržela **Pojišťovna** od ČKA zálohy na postoupení pohledávek ve výši 1,6 miliardy Kč, **evidovala na konci roku 2003 závazky po lhůtě splatnosti ve výši cca 5,5 miliardy Kč.** Hospodaření Základního fondu zdravotního pojištění tak bylo v roce 2003 deficitní.

Přehled o tvorbě, čerpání, příjmech a výdajích základního fondu zdravotního pojištění poskytuje tabulka č. 19, přehled o příjmech z pojistného a z přerozdělování pojistného dle kategorií plátců poskytuje tabulka č. 20, přehled o nákladech vynaložených na čerpané hlavní druhy věcných dávek zdravotní péče celkem tabulka č. 21a) a v přepočtu na jednoho pojištěnce tabulka č. 21b), přehled o celkových nákladech vynaložených na jednotlivé věkové skupiny mužů a žen v členění po 5 letech tabulka č. 22a) a v přepočtu na jednoho pojištěnce či pojištěnku dané věkové skupiny tabulka č. 22b), přehled o vývoji nákladů na léčení cizinců v České republice na základě uzavřených mezinárodních smluv tabulka č. 23.

Komentář k jednotlivým řádkům tabulky o tvorbě a čerpání ZFZP:

Tabulka ZFZP, část A

- řádek I. – kumulovaný zůstatek ZFZP, vzniklý jako rozdíl mezi tvorbou, tj. nároky fondu, a jeho čerpáním, tj. jeho závazky. Zůstatek roste v důsledku růstu pohledávek, kromě jiného také proto, že Pojišťovna netvoří opravné položky k pohledávkám (což je

v souladu s platnými pravidly pro účtování ZP)

- řádek II. – součet řádků 1 až 10
- řádek II. 1, 2 – nároky ZFZP vůči plátcům pojistného (řádek 1) a vůči zvláštnímu účtu pro přerozdělení (řádek 2) za období leden až prosinec 2003
- 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 – kursové zisky (při úhradě zdravotní péče do zahraničí) a výnosy z dříve odepsaných pohledávek
- řádek II. 7 – převody z jiných fondů
 - úspora provozního fondu z roku 2003 ve výši 37,6 mil. Kč
 - z rezervního fondu ve výši 283,7 mil. Kč (částka je úsporou provozního fondu z roku 2002 převedenou podle platných předpisů do rezervního fondu)
 - 1 milionu Kč z hospodářského výsledku zdanitelných činností po zdanění
- řádek II. 9 – částka nárokováná u zahraničních zdravotních pojišťoven vyplývající z aplikace mezinárodních smluv o přeúčtování zdravotní péče
- řádek III. – součet řádků III. 1 až III. 8
- řádek III. 1 – předepsaný nárok (fakturační) poskytovatelů zdravotní péče za zdravotní péči poskytnutou v příslušném roce. Je o 5,95 % vyšší, než předpokládal Zdravotně pojistný plán na rok 2003; konečné vyúčtování zdravotní péče u lůžkových zdravotnických zařízení za 2. pololetí bude možno provést až v 1. pololetí 2004 a je zde proto uvedeno ve výši vyplacených předběžných úhrad; podrobnosti o čerpání nákladů na zdravotní péči jednotlivými segmenty poskytovatelů lze vysledovat z nákladových tabulek (21a, 21b) týkajících se ZFZP
- řádek III. 2 – čerpání bankovních a poštovních poplatků přímo účtované na běžné účty ZFZP
- řádek III. 4a – předpis převodu úspory Provozního fondu za rok 2003 do Rezervního fondu prostřednictvím Základního fondu
- řádek III. 4b – předpis nároku Provozního fondu vůči ZFZP za rok 2003
- řádek III. 4c – předpis nároku Fondu prevence vůči ZFZP za rok 2003
- řádek III. 6 – odpis pohledávek za plátců pojistného vzniklých z titulu pojistného na veřejné zdravotní pojištění, pokut, penále a přírážek k pojistnému a pohledávky z přerozdělení pojistného v případech, kdy splňují podmínky pro odpis. Ve srovnání se ZPP je zde nárůst o cca 551,7 mil. Kč, což je způsobeno přenesením pravomocí k vydání rozhodnutí o odstranění tvrdostí u penále do 20 tis. Kč z Rozhodčího orgánu na okresní pojišťovny; v důsledku toho došlo k podstatnému zvýšení počtu projednaných žádostí o prominutí penále. Tato změna zákona proběhla již v roce 2002, ale plně se projevila až v roce 2003.

- řádek III. 7 – nárok poskytovatelů zdravotní péče za ošetření pojištěnce podle mezistátních smluv o přeúčtování zdravotní péče
- řádek IV – zůstatek ZFZP k 31. 12. 2003, metodicky stejný jako řádek I., s promítnutím obrátů vzniklých za rok 2003

Tabulka ZFZP, část B

- řádek I. – zůstatek běžných účtů ZFZP, peněz na cestě a zůstatek hotovosti v pokladnách
- řádek II. 1 – příjmy pojistného na příjmové účty ZFZP připsané na běžné účty Pojišťovny od 1. 1. 2003 do 31. 12. 2003
- řádek II. 2 – příjmy ze zvláštního účtu pro přerozdělení připsané na běžné účty Pojišťovny od 1. 1. 2003 do 31. 12. 2003
- řádek II. 3 – příjmy z titulu pokut, penále a přírážek k pojistnému připsané na běžné účty Pojišťovny od 1. 1. 2003 do 31. 12. 2003
- řádek II. 4 – příjmy z náhrady škody připsané na běžné účty Pojišťovny od 1. 1. 2003 do 31. 12. 2003
- řádek II. 5 – přijaté úroky ze zůstatků na účtech ZFZP
- řádek II. 6 – kursové zisky a příjmy z odepsaných pohledávek
- řádek II. 7 – převod části hosp. výsledku zdanitelných činností (viz řádek II. 7 části A – tvorba)
- řádek II. 11 – příjem úhrad od zahraničních zdravotních pojišťoven za zdravotní péči poskytnutou jejich pojištěncům a uhrazenou Pojišťovnou poskytovatelům na území České republiky
- řádek II. „Příjem zálohových prostředků od ČKA“ – záloha na prodej pohledávek po lhůtě splatnosti ČKA, který bude uskutečněn v roce 2004
- řádek III. – součet řádků III. 1 až III. 10
- řádek III. 1 – výdaje z běžných účtů na úhradu nároků (fakturační) zdravotnických zařízení za poskytnutou zdravotní péči
- řádek III. 2 – ostatní výdaje související se správou ZFZP
- řádek III. 4 – výdaje z běžných účtů ZFZP na úhradu nároků příslušných fondů Pojišťovny
- řádek III. 9 – výdaje z běžných účtů ZFZP na úhradu nároků vznesených zahraničními zdravotními pojišťovnami
- řádek III. „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. 2003

TVORBA A ČERPÁNÍ FONDŮ POJIŠŤOVNY

Tabulka č. 19: Přehled o tvorbě a čerpání základního fondu zdravotního pojištění

A. ZFZP – tvorba a čerpání	Rok 2003 ZPP	Rok 2003 skutečnost
	tis. Kč	tis. Kč
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	10 737 843	11 934 736
II. Tvorba celkem:	105 113 136	104 639 474
1 Pojistné z veřejného zdr. pojištění	69 321 000	69 155 577
2 Zúčtování se zvláštním účtem zdr. pojištění +/-	32 393 000	31 567 009
3 Penále, pokuty a přirážky k pojistnému	3 143 000	3 246 595
4 Náhrady škod	225 136	324 144
5 Úroky získané hospodařením se ZFZP	20 000	4 008
6 Ostatní předpisy úhrad dle vyhlášky MF č. 227/98 Sb., ve znění pozdějších předpisů		18
7 Převody z jiných fondů	1 000	322 315
8 Převod zůstatku ZFZP v případě sloučení nebo splnutí ZP		
9 Předpis úhrady požadované od zahraniční pojišťovny za uhrazenou zdravotní péči ZZ cizinců na základě mezinárod. smluv o SZ (CMÚ)	10 000	19 808
10 Předpis úhrady požadované od zahraniční pojišťovny za uhrazenou zdravotní péči ZZ cizinců na základě mezinárod. smluv o SZ (se Slovenskou republikou)		
III. Čerpání celkem:	98 440 280	104 664 778
1 Věcné dávky zdr. péče vč. korekcí a revizí a úhrad jiným ZP	94 417 000	100 032 415
2 Ostatní čerpání (bankovní poplatky a poštovné související se ZFZP)	78 580	90 663
3 Úroky z úvěrů		
4 Převod do jiných fondů (4a+4b+4c+4d)	3 701 700	3 737 195
v tom:		
4a – do rezervního fondu		37 627
4b – do provozního fondu	3 403 700	3 403 700
4c – do fondu prevence	298 000	295 868
4d Mimořádný převod do PF u VoZP		
5 Předpis odvodu do Zajišťovacího fondu		
6 Odpis dlužného pojistného, penále, přirážek a pokut	233 000	784 697
7 Předpis vyúčtování zdravotní péče fakturované tuzemským ZZ za cizince, včetně výsledků revize – CMÚ	10 000	19 808
8 Předpis vyúčtování zdravotní péče fakturované tuzemským ZZ za cizince, včetně výsledků revize (samostatně zúčtováno ZP, např. Slovenská republika)		
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	17 410 699	11 909 432

B. ZFZP – příjmy a výdaje	Rok 2003 ZPP	Rok 2003 skutečnost
	tis. Kč	tis. Kč
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	100 000	51 200
II. Příjmy celkem:	100 484 000	101 291 276
1 Pojistné z veřejného zdr. pojištění (pojistné přijaté od 1/1 do 31/12)	67 302 000	67 446 532
2 Zúčtování se zvláštním účtem zdr. pojištění (provedené od 1/1 do 31/12) +/-	32 393 000	31 176 235
3 Příjmy finančních prostředků z penále, pokut a přirážek	581 000	726 741
4 Příjmy finančních prostředků z náhrad škod	177 000	285 764
5 Příjmy z úroků z hospodaření se ZFZP	20 000	4 008
6 Ostatní příjmy dle vyhlášky MF č. 227/98 Sb., ve znění pozděj. předpisů		18
7 Převody finančních prostředků z jiných fondů	1 000	1 000

pokračování tabulky ze strany 80

B. ZFZP – příjmy a výdaje	Rok 2003 ZPP	Rok 2003 skutečnost
	tis. Kč	tis. Kč
8 Převod zůstatku fin. prostředků ZFZP v případě sloučení nebo splynutí ZP		
9 Přijaté bankovní úvěry		
10 Přijaté návratné finanční výpomoci		
11 Příjem úhrady za zdravotní péči uhrazenou za cizince od zahraniční pojišťovny na základě mezinárodních smluv o SZ – CMÚ	10 000	1 578
12 Příjem úhrady za zdravotní péči uhrazenou za cizince od zahraniční pojišťovny na základě mezinárodních smluv o SZ – se Slovenskou republikou		
Příjem zálohových prostředků od ČKA		1 649 400
III. Výdaje celkem:	100 484 000	101 295 228
1 Výdaje na věcné dávky zdr. péče vč. korekcí, revizí a úhrad jiným ZP	96 697 420	97 563 616
2 Ostatní (bankovní poplatky a poštovné související se ZFZP)	78 580	98 963
3 Úroky z úvěrů		
4 Převod fin. prostředků na bankovní účty jiných fondů (4a+4b+4c+4d)	3 698 000	3 614 739
v tom:		
4a – na bankovní účet rezervního fondu		
4b – na bankovní účet provozního fondu	3 400 000	3 316 739
4c – na bankovní účet fondu prevence	298 000	298 000
4d Mimořádný příděl do PF u VoZP		
5 Odvod fin. prostředků do Zajišťovacího fondu		
6 Splátky úvěrů		
7 Splátky návratných finančních výpomocí ze státního rozpočtu		
8 Splátky půjček KoB		
9 Výdaje za zdravotní péči za cizince proplacené ZZ na základě mezinárod. smluv o SZ – CMÚ	10 000	17 042
10 Výdaje za zdravotní péči za cizince proplacené ZZ na základě mezinárod. smluv o SZ – např. Slovenská republika		
Interní		868
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	100 000	47 248
C. Specifikace ukazatele B II/1 (B II/1= součet ř. C/1 až C/4)	67 302 000	67 446 532
1 Příjmy z pojistného od zaměstnavatelů	61 207 000	60 935 558
2 Příjmy z pojistného od OSVČ	5 171 000	6 510 974
3 Příjmy z pojistného od ostatních plátců (OBZP+případné další platby)	924 000	0
4 Ostatní – neidentifikovatelné platby od různých typů plátců		0

VZ 2003-2-ZFZP

Poznámky:

- U počátečního a konečného zůstatku k posled. dni sledovaného období v oddíle B – jedná se o součet zůstatku na bankovním účtu, zůstatku v pokladně (pokud se vztahuje k ZFZP) a zůstatek 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 přirážky, prvotně na ZFZP a následně provádí převod ze ZFZP do Fprev, bude k tomuto účelu využívat jak ř. A III 4c), tak i ř. B III 4c).
- Propočet limitu přídělu do PF je vázán na 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. 4.
- Na řádku C bude vyplněn součet řádků 1 až 4, který musí být roven údajům B II/1.
- Svůj vztah k ČKA vyjádří každá ZP v oddíle B, podle toho, v jakém stadiu bylo k 31. 12. 2003 poskytnutí zálohy. Při zúčtování zálohy od ČKA je nutno účtovat příslušný podíl i na Fprev, s vazbou na to, kde byly zúčtovány pohledávky postoupeného příslušenství. Operace spojené s postoupením pohledávek na ČKA se v roce 2003 nepromítnou ani u jedné ZP do části A tabulek ZFZP nebo Fprev.

TVORBA A ČERPÁNÍ FONDŮ POJIŠŤOVNY

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

Kategorie plátců ř.	Rok 2002 - skutečnost		Rok 2003 - skutečnost		Index 03/02	
	prům. počet pojištěnců osob	příjem z pojist. po přerozd. v tis. Kč	prům. počet pojištěnců osob	příjem z pojist. po přerozd. v tis. Kč	prům. počet pojištěnců	příjem z pojist. po přerozd.
1. Zaměstnanci (40 % příjmu)	2 703 056	23 539 000	2 603 853	24 374 223	0,96	1,04
2. Osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ 40 % příjmu)	714 544	1 715 533	707 232	1 816 559	0,99	1,06
3. Osoby bez zdanitelných příjmů (40 % příjmu)	99 498	744 012	99 509	787 831	1,00	1,06
4. Osoby, za něž je plátcem stát (platba od státu vč. přeroz.)	4 068 618	68 914 332	3 958 882	71 644 154	0,97	1,04
v tom:						
– nezaopatřené děti	1 528 015	x	1 455 867	x	0,95	x
– poživatelé důchodů	1 963 927	x	1 914 362	x	0,97	x
– ženy na mateřské a příjemci rodič. příspěvku	185 901	x	179 452	x	0,97	x
– uchazeči o zaměstnání	311 295	x	329 002	x	1,06	x
– ostatní	79 480	x	80 199	x	1,01	x
5. Celkový příjem pojistného, vč. přerozdělování		94 912 877		98 622 767		1,04

Vazba: ZFZP, oddíl B/II/1,2 příslušného roku 2002 nebo 2003

VZ 2003-11-Přerozd. dle kateg.

Poznámka:

1. V případě, že u pojištěnce nastává souběh více kategorií, je pojištěnec započten jako plátec 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. 21a: Náklady na zdravotní péči v členění dle jednotlivých segmentů zdravotní péče

Ukazatel ř. č.	Rok 2002 Skuteč. tis. Kč	Rok 2003 ZPP tis. Kč	Rok 2003 Skuteč. tis. Kč	Index Skuteč. 03/02	Index Skuteč. 03/ZPP 03
I. Náklady na zdravotní péči hrazenou z oddílu A III/1 ZFZP celkem (součet ř. 1-10):	97 209 169	94 417 000	100 032 415	1,03	1,06
v tom:					
1. na ambulantní péči celkem (ZZ nevykazující žádný kód OD, zahrnují se náklady na ZULP, ZUM, nezahrnují se náklady na léky na recepty a zdravotnické prostředky na poukazy)	20 500 786	19 977 000	21 813 991	1,06	1,09
z toho:					
a) na stomatologickou péči (odb. 014-015, 019)	5 248 084	5 236 000	5 320 558	1,01	1,02
b) na péči praktických lékařů (odb. 001, 002)	4 679 782	4 823 000	4 949 415	1,06	1,03
c) na gynekologickou péči (odb. 603, 604)		x			
d) na rehabilitační péči (odbornost 902, 918)	789 543	x	891 225	1,13	
e) na diagnostickou zdravotní péči (odbornosti 222, 801-805, 807, 809, 812-823)	3 059 322	x	3 417 665	1,12	
f) na domácí zdravotní péči (HOME-CARE, odb. 925)	499 120	x	579 777	1,16	
g) náklady na spec. ambulantní péči (odb. neuvedené a)-f) a nesplňující podmínky zařazení do ř. 2)	6 110 774	x	6 655 321	1,09	
– navýšení úhrady 1. pol. 2002 a r. 2003 – ambulantní péče	114 161		30	0,00	
2. na ústavní péči celkem (ZZ vykazující kód OD, 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 zdravotnické prostředky na poukazy)	48 637 882	47 358 000	48 601 584	1,00	1,03
v tom:					
a) nemocnice	42 543 221	x	42 254 584	0,99	
b) odborné léčebné ústavy (OLÚ s výjimkou ZZ uvedených v ř. 2c) a 2d)	2 943 133	x	3 203 194	1,09	
c) LDN (samostat. ZZ vykazující kód OD 00024)	2 384 778	x	2 607 478	1,09	
d) ošetrovatelská lůžka (samostat. ZZ vykazující kód OD 00005)	435 723	x	505 055	1,16	
– navýšení úhrady 1. pol. 2002 a r. 2003 - ústavní péče	331 027		31 273	0,09	
3. Náklady na lázeňskou péči	1 930 417	1 797 000	2 049 091	1,06	1,14
4. Náklady na péči v ozdravovnách	62 965	57 000	55 976	0,89	0,98
5. Náklady na dopravu (zahrnuje dopravní zdravotní službu včetně individuální dopravy, nezahrnuje se doprava z ř. 2 a z ř. 1)	983 389	938 000	1 008 079	1,03	1,07
– navýšení úhrady 1. pol. 2002 a r. 2003 – doprava	20 140		-200	-0,01	
6. Náklady na zdravotnickou záchrannou službu (odb. 709, ZZ nevykazující žádný kód OD)	625 581	587 000	468 147	0,75	0,80
7. Náklady na léky vydané na recepty celkem:	20 635 142	19 969 000	21 937 035	1,06	1,10
v tom:					
a) předepsané v ambulantních ZZ (samostatná ambulantní ZZ)	13 632 714	x	14 453 006	1,06	
z toho: u praktických lékařů		x			
na specializ. ambul. péči		x			
b) předepsané v lůžkových ZZ	7 002 428	x	7 484 029	1,07	
8. Náklady na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem	2 797 807	2 729 000	2 942 216	1,05	1,08
v tom:					
a) předepsané v ambulantních ZZ (samostatná ambulantní ZZ)	1 842 702	x	1 946 642	1,06	
b) předepsané v lůžkových ZZ	955 105	x	995 574	1,04	
9. Náklady na léčení v zahraničí	18 474	9 000	21 678	1,17	2,41
10. Ostatní náklady na zdravotní péči	1 016 726	996 000	1 134 818	1,12	1,14
II. Náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů	339 247	373 000	428 815	1,26	1,15
III. Náklady na zdravotní péči celkem (součet ř. I. + ř. II.)	97 548 416	94 790 000	100 461 230	1,03	1,06

Na ř. 9 ZP vykazují náklady na léčení „našich pojištěnců“, které jsou součástí ř. A III/1 ZFZP. Vzhledem k metodické změně vykazování, rozdíl do hodnoty ZPP 2003 bude uveden na ř. 10.

Ř. I: údaj vychází z odd. A III/1 ZFZP

Ř. II: údaj vychází z odd. A III/1 Fondu prevence

Ř. 10: obsahuje centrálně zajišťované přípravky a náklady spojené s dárcovstvím kostní dřeně

VZ 2003-14-zdr.nákl.

TVORBA A ČERPÁNÍ FONDŮ POJIŠŤOVNY

Tabulka č. 21b: **Náklady na zdravotní péči v členění dle jednotlivých segmentů zdravotní péče přepočtené na 1 pojištěnce**

Ukazatel ř. č.	Rok 2002 Skuteč. Kč	Rok 2003 ZPP Kč	Rok 2003 Skuteč. Kč	Index Skuteč. 03/02	Index Skuteč. 03/ZPP 03
I. Náklady na zdravotní péči hrazenou z oddílu A III/1ZFZP celkem (součet ř. 1-10):	13 796	13 796	14 595	1,06	1,06
v tom:					
1. na ambulantní péči celkem (ZZ nevykazující žádný kód OD, zahrnují se náklady na ZULP, ZUM, nezahrnují se náklady na léky na recepty a zdravotnické prostředky na poukazy)	2 909	2 919	3 183	1,09	1,09
z toho:					
a) na stomatologickou péči (odb. 014-015, 019)	745	765	776	1,04	1,01
b) na péči praktických lékařů (odb. 001, 002)	664	705	722	1,09	1,02
c) na gynekologickou péči (odb. 603, 604)		x			
d) na rehabilitační péči (odbornost 902, 918)	112	x	130	1,16	
e) na diagnostickou zdravotní péči (odbornosti 222, 801-805, 807, 809, 812-823)	434	x	499	1,15	
f) na domácí zdravotní péči (HOME-CARE, odb. 925)	71	x	85	1,20	
g) náklady na spec. ambulantní péči (odb. neuvedené a)-f) a nesplňující podmínky zařazení do ř. 2)	867	x	971	1,12	
– navýšení úhrady 1. pol. 2002 a r. 2003 – ambulantní péče	16		0	0,00	
2. na ústavní péči celkem (ZZ vykazující kód OD, 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 zdravotnické prostředky na poukazy)	6 903	6 920	7 091	1,03	1,02
v tom:					
a) nemocnice	6 038	x	6 165	1,02	
b) odborné léčebné ústavy (OLÚ s výjimkou ZZ uvedených v ř. 2c) a 2d)	418	x	467	1,12	
c) LDN (samostat. ZZ vykazující kód OD 00024)	338	x	380	1,12	
d) ošetřovatelská lůžka (samostat. ZZ vykazující kód OD 00005)	62	x	74	1,20	
– navýšení úhrady 1. pol. 2002 a r. 2003 - ústavní péče	47		5	0,11	
3. Náklady na lázeňskou péči	274	263	299	1,09	1,14
4. Náklady na péči v ozdravovnách	9	8	8	0,90	1,00
5. Náklady na dopravu (zahrnuje dopravní zdravotní službu včetně individuální dopravy, nezahrnuje se doprava z ř. 2 a z ř. 1)	140	137	147	1,05	1,07
– navýšení úhrady 1. pol. 2002 a r. 2003 – doprava	3		0	0,00	
6. Náklady na zdravotnickou záchrannou službu (odb. 709, ZZ nevykazující žádný kód OD)	89	86	68	0,77	0,79
7. Náklady na léky vydané na recepty celkem:	2 929	2 918	3 201	1,09	1,10
v tom:					
a) předepsané v ambulantních ZZ (samostatná ambulantní ZZ)	1 935	x	2 109	1,09	
z toho: u praktických lékařů		x			
na specializ. ambul. péči		x			
b) předepsané v lůžkových ZZ	994	x	1 092	1,10	
8. Náklady na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem	397	399	429	1,08	1,08
v tom:					
a) předepsané v ambulantních ZZ (samostatná ambulantní ZZ)	262	x	284	1,09	
b) předepsané v lůžkových ZZ	135	x	145	1,07	
9. Náklady na léčení v zahraničí	5	1	3	0,60	3,00
10. Ostatní náklady na zdravotní péči	144	146	166	1,15	1,14
II. Náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů	48	55	63	1,31	1,15
III. Náklady na zdravotní péči celkem (součet ř. I. + ř. II.)	13 845	13 850	14 658	1,06	1,06

VZ 2003-15-prům.nákl.na 1 poj.

Ř. I: údaj vychází z odd. A III/1 ZFZP

Ř. II: údaj vychází z odd. A III/1 Fondu prevence

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

Tabulka č. 22a: Celkové náklady na zdravotní péči dle věkové struktury pojištěnců

Věková skupina		Celkové náklady na zdravotní péči v tis. Kč				Index 03/02 celkem
		Rok 2002 celkem	Rok 2003			
			muži	ženy	celkem	
	0-4	2 842 864	1 547 343	1 227 023	2 774 366	0,98
	5-9	1 911 625	1 004 464	809 340	1 813 804	0,95
	10-14	2 336 534	1 243 450	1 105 672	2 349 122	1,01
	15-19	2 717 045	1 237 094	1 414 583	2 651 677	0,98
	20-24	3 274 176	1 313 383	1 730 860	3 044 243	0,93
	25-29	4 052 346	1 643 340	2 531 808	4 175 148	1,03
	30-34	3 344 916	1 512 487	2 027 937	3 540 424	1,06
	35-39	3 594 659	1 676 146	1 939 462	3 615 608	1,01
	40-44	3 941 837	1 873 286	1 995 158	3 868 445	0,98
	45-49	6 133 459	2 926 938	3 166 339	6 093 277	0,99
	50-54	8 382 601	4 241 973	4 149 441	8 391 414	1,00
	55-59	9 312 913	5 209 854	4 688 058	9 897 912	1,06
	60-64	8 002 100	4 424 075	4 306 424	8 730 499	1,09
	65-69	8 756 212	4 277 790	4 610 688	8 888 478	1,02
	70-74	10 393 252	4 884 946	5 868 557	10 753 503	1,03
	75-79	9 348 396	3 824 830	5 924 026	9 748 856	1,04
	80-84	5 357 585	2 151 724	4 176 000	6 327 724	1,18
	85+	3 506 649	857 317	2 510 598	3 367 914	0,96
	ostatní					
	Celkem *)	97 209 169	45 850 440	54 181 976	100 032 415	1,03

*) Vychází z údajů ZFZP odd. A/III/1 za rok 2002, 2003 s použitím průměr. počtu pojištěnců – tab. Zuk-1, ř. 2

VZ 2003-18-celk.nákl.-věk

Tabulka č. 22b: Průměrné náklady na zdravotní péči na jednoho pojištěnce dle věkové struktury

Věková skupina		Průměrné náklady na zdravotní péči* na 1 pojištěnce v Kč						Index 03/02
		Rok 2002			Rok 2003			
		muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	
	0-4	11 172	9 268	10 246	11 346	9 515	10 456	1,02
	5-9	5 994	5 263	5 639	6 436	5 473	5 967	1,06
	10-14	5 782	5 319	5 557	6 006	5 681	5 849	1,05
	15-19	5 760	6 656	6 198	5 692	6 898	6 277	1,01
	20-24	5 118	7 519	6 267	5 185	7 496	6 287	1,00
	25-29	5 491	8 988	7 183	5 598	9 508	7 458	1,04
	30-34	5 795	8 898	7 255	6 111	9 349	7 623	1,05
	35-39	6 846	8 860	7 797	7 061	9 256	8 090	1,04
	40-44	8 292	9 999	9 109	8 593	10 128	9 321	1,02
	45-49	11 053	12 487	11 750	11 385	13 156	12 241	1,04
	50-54	15 131	15 391	15 260	15 758	15 921	15 838	1,04
	55-59	20 404	17 540	18 935	21 034	18 213	19 596	1,03
	60-64	23 838	19 912	21 718	25 109	21 268	23 055	1,06
	65-69	29 362	24 161	26 401	31 270	25 503	27 987	1,06
	70-74	34 552	28 431	30 895	36 858	30 193	32 895	1,06
	75-79	37 635	31 567	33 698	39 858	33 888	36 004	1,07
	80-84	39 144	34 809	36 180	41 021	36 549	37 956	1,05
	85+	29 759	35 290	33 684	29 599	37 069	34 831	1,03
	ostatní							
	Celkem	12 928	14 626	13 796	13 632	15 524	14 595	1,06

Vazba na ZFZP, odd. A/III/1 a vazba na tab. CelkZdrNákl-věk a Vývoj počtu pojištěnců dle věk. str.

VZ 2003-19-Prům.věk.strukt.

* celkové náklady na muže (resp. ženy, resp. celkem) dělené přepočtenými průměrnými počty mužů (resp. žen, resp. celkov. počtem pojištěnců – tab. Zuk-1, ř.2)

Poznámka: v řádku celkem se uvede vážený průměr nákladů na zdravot. péči.

TVORBA A ČERPÁNÍ FONDŮ POJIŠŤOVNY

Tabulka č. 23: **Vývoj nákladů na léčení cizinců v České republice na základě uzavřených mezinárodních smluv**

Název ukazatele ř.	Měrná jednotka	ZPP 2003	Skutečnost 2002	Skutečnost 2003
1. Náklady na léčení cizinců v ČR				
celkem:	tis. Kč	x	3 285	19 808
z toho:				
1a Náklady na léčení cizinců v ČR – CMÚ	tis. Kč	x	3 285	19 808
1b Náklady na léčení cizinců v ČR (Slovenská republika)	tis. Kč	x	0	0
2. Počet pojistných událostí	počet	x	511	6 409
3. Náklady na 1 pojistnou událost	Kč	x	6 428	3 091

Poznámka: Ř. 1a, 1b) Údaje vycházejí z odd. A III ZFZP ř. 7, 8

VZ 2003-16-léč.ciz.

6.2 PROVOZNÍ FOND

Pro úhradu provozních nákladů a investičních výdajů Pojišťovna v roce 2003 nevyužila plného limitu přidělu do provozního fondu, který jí umožňuje níže citovaná vyhláška MF č. 227/1998 Sb.⁵. Z provozního fondu se čerpají prostředky zejména na úhrady provozních výdajů Pojišťovny souvisejících s prováděním veřejného zdravotního pojištění, na převody do fondu reprodukce investičního majetku (FRIM) a na přiděly do sociálního fondu. Hlavním zdrojem provozního fondu (PF) je přiděl finančních prostředků ze základního fondu zdravotního pojištění (ZFZP), výše přidělu je stanovena citovanou vyhláškou.

Limit Pojišťovny byl v roce 2003 zaúčtován v plánované výši, tj. 3 403,7 mil. Kč, a celková tvorba provozního fondu dosáhla 3 419,3 mil. Kč (včetně výnosů z prodeje majetku a ostatní tvorby). Skutečné čerpání provozního fondu v roce 2003 představuje 3 381,6 mil. Kč a v porovnání s vytvořenými zdroji (tab. A. ř. II.) je o 37,6 mil. Kč nižší. Dosažená úspora byla formou zúčtování vnitropodnikových pohledávek a závazků převedena prostřednictvím základního fondu do fondu rezervního a předpokládá se, že v roce 2004 bude převedena zpět do fondu základního k úhradě zdravotní péče.

⁵ Vyhláška Ministerstva financí ČR č. 227/1998 Sb. ve znění pozdějších předpisů, kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky 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.

Na nižším čerpání finančních prostředků v roce 2003 se významně podílela penalizace od smluvních zdravotnických zařízení za pozdní úhradu zdravotní péče. Nenaplnil se předpoklad, že budou příslušnými soudy rozhodnuty spory o výši smluvní pokuty, event. úroku z prodlení za předchozí období, a také v řadě případů došlo k dohodě s jednotlivými zdravotnickými zařízeními o mimosoudním narovnání a původní výše pohledávek byla přepočítána. Vliv mělo i to, že některá lůžková zdravotnická zařízení neuzavřela dodatek ke smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče. Proto jim byla vyplácena záloha podle § 498 Občanského zákoníku, přičemž na tuto zálohu se hledí jako na závazek zdravotnického zařízení, nikoliv závazek Pojišťovny. Pozitivně se projevila i poměrně nízká diskontní sazba ČNB, která spolu s přechodem ze smluvní pokuty na zákonný úrok z prodlení (dvojnásobek diskontní sazby) znamenala snížení nákladů.

Část podílů na nečerpání plánovaných výdajů provozního fondu představuje odložení obnovy identifikačních průkazů pojištěnců z roku 2003 do roku 2004. V souvislosti se vstupem do EU a také v souladu s rozhodnutím orgánů EU probíhají práce na výměně stávajících průkazů pojištěnců VZP ČR za průkaz plastový, který bude plnit zároveň funkci Evropského průkazu zdravotního pojištění (EHIC). Přitom paralelně probíhá příprava na vydání cílového elektronického Evropského průkazu zdravotního pojištění ve formě čipové procesorové karty. Projekt byl doposud nazýván Elektronický identifikátor jako průkaz pojištěnce (EI). Náklady projektu EI v roce 2004 jsou

dle Analýzy EI cca 125 mil. Kč, v dalších letech se jedná řádově o 1 mld. Kč. I když Pojišťovna předpokládá participaci státu, ostatních zdravotních pojišťoven a dalších možných zúčastněných subjektů, budou její náklady v roce 2005 cca do 340 mil. Kč a v dalších letech budou postupně klesat na cca 200 mil. Kč.

Vyvstává tedy problém, jak financovat investiční potřeby spojené se vstupem do EU. Z výše uvedených důvodů rozhodla SR Pojišťovny o zvýšení plánovaného přidělu finančních prostředků do Fondu reprodukce investičního majetku v roce 2003 o 200 mil. Kč.

Při realizaci stanovených úkolů došlo (oproti plánu 2003) k drobným odchylkám (tj. jak k překročení, tak i k úsporám) u některých (z celého širokého spektra nákladů) nákladových položek Pojišťovny. Na nižším čerpání provozního fondu se rovněž dále podílí zaúčtování mimořádných výnosů provozního fondu. Oproti tomu časové zrychlení pořizování majetku způsobilo překročení plánované nákladové položky odpisy.

Vynaložené náklady provozního fondu představují 3,39 % z celkových příjmů Pojišťovny v roce 2003

a v přepočtu na jednoho pojištěnce Pojišťovny cca 493,40 Kč za kalendářní rok.

V porovnání s dosaženou skutečností roku 2002 představuje čerpání provozního fondu nárůst 7,4 % – v souladu se ZPP roku 2003. Mzdové prostředky včetně zdravotního a sociálního pojištění nedosáhly schváleného plánovaného objemu dle ZPP. Oproti skutečnosti roku 2002 představuje čerpání mzdových prostředků, v souladu se ZPP 2003, zvýšení o 6,1 %. Odměny SR a DR a rozhodčímu orgánu byly čerpány cca na úrovni loňského roku. Nejvyšší nárůst (16,9 %) byl zaznamenán u nákladové položky odpisy. K výraznému snížení čerpání došlo naopak v položce pokuty a penále (pouze 24,2 % skutečnosti roku 2002, viz výše). U ostatních provozních nákladů, které tvoří široká škála různorodých nákladových položek, byl zaznamenán celkový nárůst čerpání ve výši 14 %. Tento nárůst je způsoben zařazením nové nákladové položky (antikoncepce), která představuje cca 12 % celkového zvýšení, a zbývajících 2 % představuje zvýšení cen provozního materiálu a nakupovaných služeb.

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

A. Provozní fond – tvorba a čerpání	Rok 2003 ZPP	Rok 2003 skutečnost
	tis. Kč	tis. Kč
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	0	0
II. Tvorba celkem:	3 403 700	3 419 277
1 Převod ze ZFZP	3 403 700	3 403 700
2 Převod z FRIM ve výši schválené SR		
3 Převod prostředků PF v případě sloučení nebo splynutí ZP		
4 Výnos z prodeje DHN majetku		15 575
5 Mimořádný převod VoZP ČR ze základního fondu		
6 Zvýšení ocenění cen. papírů vztahujících se k PF		
Ostatní		2
III. Čerpání celkem:	3 403 700	3 419 277
1 Čerpání PF	3 269 360	3 042 512
2 Převod do FRIM ve výši schválené SR	110 000	310 000
3 Převod do SF	24 340	23 963
4 Převod do ZFZP		37 627
5 Čerpání finančních prostředků na úhradu ZP z rozhodnutí likvidátora		
6 Kladný rozdíl mezi prodejní a zůstatkovou cenou DHN – převod do FRIM		5 175
7 Snížení ocenění cen. papírů vztahujících se k PF		
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	0	0

TVORBA A ČERPÁNÍ FONDŮ POJIŠŤOVNY

B. Provozní fond – příjmy a výdaje	Rok 2003 ZPP	Rok 2003 skutečnost
	tis. Kč	tis. Kč
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	87 694	20 299
II. Příjmy celkem:	3 591 590	3 652 354
1 Převod fin. prostředků z bankovního účtu ZFZP	3 400 000	3 316 739
2 Převod fin. prostředků z bankovního účtu FRIM		
3 Úroky	590	103
4 Ostatní příjmy	41 000	75 978
5 Převod zůstatku fin. prostředků PF v případě sloučení nebo splynutí ZP		
6 Přijaté bankovní úvěry		
7 Příjem zálohy a konečného zúčtování na úhradu podílu výdajů smluvního pojištění a připojištění a ostatní zdaňovanou činnost	150 000	123 543
7a Příjem zálohy na vedení specifických fondů (VoZP ČR)		
8 Mimořádný příděl VoZP ČR ze základního fondu		
9 Příjmy z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku		15 128
10 Prodej cenných papírů v účetní hodnotě		
11 Zisk z prodeje cenných papírů a zisk z finančního umístění		
Interní		120 863
III. Výdaje celkem:	3 587 070	3 652 950
1 Provozní výdaje na veřejné zdravotní pojištění	2 766 600	2 834 721
2 Převod fin. prostř. na bank. účet FRIM ve výši odpisů veškerého DHN majetku, vč. fin. hodnoty zůst. ceny vyřaz. majetku	335 286	483 073
3 Převod fin. prostř. na bank. účet FRIM ve výši schválené SR	310 844	184 737
4 Převod fin. prostředků na bankovní účet SF	24 340	23 620
5 Převod fin. prostředků na bankovní účet ZFZP		
6 Čerpání fin. prostředků na úhradu ZP z rozhodnutí likvidátora		
7 Zúčtování zálohy na úhradu podílu výdajů smluvního pojištění a připojištění a ostatní zdaňovanou činnost	150 000	123 543
7a Zúčtování zálohy za vedení specif. fondů (VoZP ČR)		
8 Splátky úvěrů souvisejících s PF		
9 Nákup cenných papírů		
10 Příděl do FRIM – kladný rozdíl mezi prodej. a zůstat. cenou prodaného DHN majetku		3 256
11 Ztráta z prodeje cenných papírů a ztráta z finančního umístění		
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	92 214	19 703
C. Provozní fond – doplňující údaje		
I. Doplň. údaje k oddílu A III. bodu 1	41 590	80 380
1. Úroky vztahující se k účtu PF	590	103
2. Ostatní výnosy	41 000	80 277
II. Doplňující údaje k oddílu A III. bodu 1		
Čerpání PF celkem (součet ř. a-ř. i) (ř. „z toho OON“ nepatří do součtu)	3 310 950	3 122 892
v tom: a) mzdy vč. OON	1 217 000	1 213 436
z toho: OON		15 304
b) pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění	109 530	108 098
c) pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení	316 420	316 794
d) odměny SR a DR a rozhodčímu orgánu	27 800	18 262
e) odpisy, vč. zůstat. hodnoty vyřaz. majetku vztahujícího se k této činnosti	303 000	431 757
f) úroky	10	
g) pokuty a penále	300 000	20 623
h) finanční náklady spojené s prodejem cenných papírů		
i) ostatní provozní náklady	1 012 190	1 013 922
j) ostatní plánované náklady (identifikační průkazy)	25 000	

D. Provozní fond – doplňující údaje		Rok 2003 ZPP	Rok 2003 skutečnost
		tis. Kč	tis. Kč
I. Specifikace výdajů B III/1			
	Provozní výdaje na veřejné zdravotní pojištění celkem (součet ř. a – ř. i nikoliv řádek „z toho OON“)	2 766 600	2 834 721
	v tom: a) mzdy vč. OON	1 156 000	971 046
	z toho: OON		12 951
	b) pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění	104 040	166 970
	c) pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení	300 560	386 140
	d) odměny SR a DR a rozhodčímu orgánu	27 500	14 126
	e) úroky	7	
	f) pokuty a penále	300 000	40 407
	g) finanční výdaje spojené s prodejem cenných papírů		
	h) ostatní provozní výdaje	853 493	1 256 032
	i) ostatní plánované výdaje (identifikační karty)	25 000	
E. Doplňující informace k oddílu B			
1	Stav cenných papírů k 1. 1. ve sledovaném období	0	0
2	Stav cenných papírů k poslednímu dni sledovaného období	0	0

VZ 2003-3-PF

Poznámka:

1. ZP vyplní součty na ř. II, III, a IV v odd. A i B, a dále i součty v řádce C II a D I.
2. Zůstatek BI a B IV. musí finančně odpovídat stavu bankovního účtu včetně termínovaných vkladů, peněz na cestě, zůstatku v pokladně.
3. Zálohy na podíl společných výdajů za zdaňovanou činnost, nebo sml. poj. prvotně uhrazené z provozního fondu jsou promítnuty pouze v oddílu B. Předpisem účtovat zálohy na fondu není nutno. Totéž platí pro zálohy a jejich zúčtování se specifickými fondy VoZP ČR.
4. Rozdíl sumářů CII - CI musí odpovídat údajům v bodě 1 oddílu A III.
5. V rámci ročního zúčtování by mělo odpovídat saldo B II/7 saldu B III/ 7. Případné rozdíly nutno komentovat.
6. Z důvodů legislativní neprovázanosti § 10 odst. 3 a přílohy č. 1 vyhl. č. 503/2002 Sb. je v roce 2003 požadováno dodržení stávajícího vykazování oddílu A a oddílu B, s doplněním oddílu C a D, a to i v případě, že ZP účtuje „přímo na PF“ bez použití nákladových a výnosových účtů.

Komentář k přehledu o provozním fondu**Část A. II – Tvorba celkem**

- řádek Ostatní – zahrnuje věcný dar

Část B. II – příjmy

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

■ v řádku 9. jsou zahrnuty příjmy z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku; tyto prostředky byly ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného majetku převedeny do fondu reprodukce investičního majetku (FRIM)

Část B. III. – výdaje

■ v řádku 2. je uveden převod finančních prostředků na bankovní účet FRIM ve výši odpisů veškerého investičního majetku a zůstatkové ceny vyřazeného majetku

■ v řádku 3. je nižší převod finančních prostředků na bankovní účet FRIM ve výši schválené Správní radou Pojišťovny pro rok 2003 způsoben vyšší než plánovanou tvorbou odpisů v roce 2003

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

Část C. I – doplňující údaje

■ v řádku Ostatní výnosy 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.)

Část C. II – doplňující údaje

■ v řádku g) jsou zahrnuty pokuty a penále za pozdní úhradu faktur předkládaných zdravotnickými zařízeními za poskytnutou zdravotní péči

■ v řádku ostatní provozní náklady jsou uvedeny náklady na spotřebované nákupy (materiál, energie), služby (opravy, udržování, cestovné, náklady na reprezentaci, propagaci a ostatní služby), dále pak daně, finanční náklady a jiné provozní náklady

Část D. I – doplňující údaje

■ v řádku g) jsou uvedeny zaplacené smluvní pokuty a penále (úroky z prodlení) za pozdní úhradu faktur předložených zdravotnickými zařízeními za poskytování zdravotní péče

■ v řádku ostatní provozní 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, pořizování dat z receptů a tiskopisů, poplatky CMÚ, poplatky VAKUSu, poradenské služby, audit, výdaje na odbornou přípravu pracovníků Pojišťovny. V ostatních provozních nákladech jsou rovněž zahrnuty výdaje vynaložené v rámci projektu zaměřeného na zastavení odlivu pojištěnců Pojišťovny.

Pojišťovna vykonávala i v roce 2003 činnosti podléhající dani z příjmů právnických osob. Rozhodující činností je provozování smluvního pojištění a připojištění dle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví. V souladu s § 3 odst. 6 vyhlášky MF č. 227/1998 Sb. Pojišťovna sledovala účtování veškerých přímých a nepřímých provozních nákladů spojených s těmito činnostmi odděleně⁶.

⁶ Podíl provozní režie připadající na dani podléhající činnosti se stanovuje takto: náklady, které lze přímo přiřadit jednotlivé činnosti (veřejnému zdravotnímu pojištění nebo dani podléhající činnosti), se účtují jako přímý náklad. Náklady institucionální povahy, které jsou společné, se rozdělují u smluvního pojištění a připojištění podílem počtu pracovníků a výše jejich 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.

6.3 FOND REPRODUKCE INVESTIČNÍHO MAJETKU

Finanční prostředky fondu reprodukce investičního majetku (FRIM) jsou využívány dle dlouhodobých plánů pořízení hmotného a nehmotného majetku a výstavby Základního informačního systému na konkrétní akce, které projednává Investiční komise Správní rady a schvaluje Správní rada Ústřední pojišťovny. Prioritu má výstavba a zabezpečení Základního informačního systému Pojišťovny.

Pro rok 2003 (a následující) v oblasti stavebních investic bylo hlavním záměrem dokončení umístění okresních pojišťoven ohrožených ukončením nájemních smluv a také pojišťoven s nejvyššími nájmy.

Hlavní těžiště investic do informačního systému bylo zaměřeno na nákup prostředků pro rozšíření Základního informačního systému, který v konečném důsledku povede ke značnému zkvalitnění komunikace nejen mezi okresními pojišťovnami a Ústřední pojišťovnou, ale především ke zkvalitnění komunikace mezi Pojišťovnou a pojištěnci, nemocnicemi, ambulantními lékaři, lékárnami atd.

U ostatních hmotných investic byly investiční prostředky plánovány na obnovu vozového parku (obměna vozů z let 1992-94) a obnovy a pořízení technických zařízení investičního charakteru, jakými jsou např. kopírovací stroje, telefonní ústředny, frankovací stroje apod.



TVORBA A ČERPÁNÍ FONDŮ POJIŠŤOVNY

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

A. FRIM – tvorba a čerpání	Rok 2003 ZPP	Rok 2003 skutečnost
	tis. Kč	tis. Kč
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	160 410	274 714
II. Tvorba celkem:	430 954	770 164
1 Tvorba fondu ve výši celkových odpisů DHN majetku	320 919	454 924
2 Převod z PF ve výši schválené SR	110 000	310 000
3 Úroky	35	65
4 Dary		
5 Převod stan. části hospodář. výsledku po zdanění		
6 Převod zůstatku FRIM v případě sloučení nebo splnutí ZP		
7 Účelové dotace		
8 Převod z PF – kladný rozdíl mezi prodejní a zůstatkovou cenou prod. majetku		5 175
III. Čerpání celkem:	622 325	652 392
1 Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku	610 386	641 128
2 Úroky	11 909	11 189
3 Bankovní a poštovní poplatky	30	75
4 Převod fin. prostředků na bankovní účet PF		
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	-30 961	392 486
B. FRIM – příjmy a výdaje		
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	100	7 662
II. Příjmy celkem:	646 165	691 703
1 Příjmy fin. prostředků ve výši celkových odpisů vešker. DHN majetku, vč. zůstat. ceny vyřazeného DHN majetku	335 286	483 073
2 Příjmy fin. prostředků ve výši schválené SR z bankovního účtu PF	310 844	184 737
3 Úroky	35	65
4 Dary		
5 Příjmy fin. prostředků z převodu části HV po zdanění		
6 Převod zůstatku fin. prostředků FRIM v případě sloučení nebo splnutí ZP		
7 Příjmy z účelové dotace		
8 Přijaté bankovní úvěry		
9 Příděl z PF ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného DHN majetku		3 256
Ostatní		20 572
III. Výdaje celkem:	646 165	696 863
1 Výdaje na pořízení DHN majetku vč. záloh	610 386	641 128
2 Úroky z úvěrů	11 909	11 189
3 Bankovní a poštovní poplatky	30	75
4 Převod fin. prostředků na bankovní účet PF se souhlasem SR		
5 Splátky bankovních úvěrů	23 840	23 899
Ostatní		20 572
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	100	2 502

VZ 2003-4-FRIM

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

Komentář k tabulce fondu reprodukce investičního majetku

Základním zdrojem pro tvorbu FRIM (tabulka A. II.) byl počáteční zůstatek k 1. 1. sledovaného období, zúčtování dosažených odpisů veškerého investičního majetku Pojišťovny a doplňujícím zdrojem pak převod z provozního fondu Pojišťovny ve výši schválené Správní radou (tabulka A. II., řádek 2). Původně plánovaná výše převodu byla dodatečně zvýšena o 200 mil. Kč (viz komentář k provoznímu fondu). Oproti záměrům plánu tak bylo dosaženo vyšší tvorby FRIM, která v důsledku toho představuje 770,2 mil. Kč.

Skutečné čerpání fondu na pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku, včetně bankovních a poštovních poplatků, v roce 2003 vycházelo ze zpřesněné tvorby pro rok 2003 na základě dosažené skutečnosti v roce 2002 s využitím nečerpaných prostředků za minulé období (které se dle vyhlášky MF – FRIM, § 6, bod 4 převádějí do následujícího účetního období) a dosáhlo výše 652,4 mil. Kč (tabulka A. III.). Z této částky pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku představuje 641,1 mil. Kč (tabulka A. III., řádek 1).

Celkové příjmy fondu v roce 2003 (tabulka B. II.) činily 691,7 mil. Kč, včetně mylných příjmů na účet FRIM (řádek Ostatní 20,6 mil. Kč). Vzhledem k tomu, že prioritou používání disponibilních finančních prostředků Pojišťovny je 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 FRIM (tabulka B) liší od tvorby a čerpání FRIM (tabulka A).

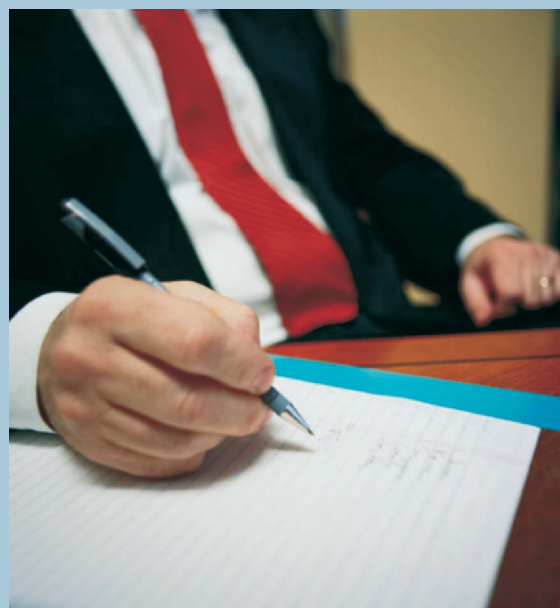
Výdaje fondu v roce 2003 byly realizovány ve výši 696,9 mil. Kč (tabulka B. III.). Finanční prostředky byly vynaloženy na pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku ve výši 641,1 mil. Kč (tabulka B. III., řádek 1), na splátky bankovních úvěrů (23,9 mil. Kč) a úroků z úvěrů (11,2 mil. Kč). Položka Ostatní zahrnuje mylné příjmy na účet FRIM (20,6 mil. Kč).

Pro zajištění chodu Informačního systému Pojišťovny bylo v roce 2003 vynaloženo 389,3 mil. Kč. Podrobný komentář je uveden v kapitole 4.2 – Informační systém.

V oblasti stavebních investic bylo v roce 2003 vynaloženo 158,3 mil. Kč. Z rozestavěných objektů byla dle plánu dokončena rekonstrukce budovy OP Prachatice. Z investičních prostředků byly zakoupeny pozemky pro výstavbu OP Domažlice, OP Šumperk

a OP Plzeň-sever a rozestavěný objekt pro umístění OP Svitavy. Další rozestavěné investiční akce byly realizovány dle původního záměru s výjimkou OP Hodonín, OP Šumperk a OP Litoměřice. Termín zahájení výstavby nové budovy OP Hodonín byl posunut vzhledem ke zrušení výběrového řízení v rámci veřejné obchodní soutěže, nová výstavba OP Šumperk byla zahájena až ve 4. čtvrtletí 2003 z důvodu komplikací s vydáním pravomocného stavebního povolení a u OP Litoměřice nebylo definitivně rozhodnuto o realizaci rekonstrukce nebo o nové výstavbě. Vzhledem k těmto okolnostem byly investice použity na realizaci akcí již rozestavěných, a to u OP Prachatice, OP Břeclav, OP Plzeň-sever a OP Domažlice.

U ostatních investic bylo v roce 2003 vynaloženo celkem 93,5 mil. Kč, z toho 43,7 mil. Kč na obnovu a pořízení technických zařízení investičního charakteru včetně drobných investic, které mají přímou souvislost s pořízováním informačního systému a jsou účetně zařazeny v této části investičních prostředků. Pro obnovu automobilového parku Pojišťovny bylo zakoupeno 46 osobních automobilů (21,8 mil. Kč), dále bylo zakoupeno 14 kopírovacích strojů (3,0 mil. Kč) a obálkovací linka (1,8 mil. Kč). Z důvodu zajištění vyšší bezpečnosti Pojišťovny byly vynaloženy investice na zabezpečovací techniku (14,6 mil. Kč). Zbývající částka ve výši 49,8 mil. Kč byla vynaložena na zajištění realizace projektu Klient, systému kompenzace rizik, na změnu struktury Pojišťovny a na audiovizuální program (televizní seriál „Co mohu pro sebe udělat“).



6.4 SOCIÁLNÍ FOND

V roce 2003 byl sociální fond, v souladu s vyhláškou č. 227/1998 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 2002, 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 2003 probíhala, mimo drobné odchylky (-2,7 mil. Kč), v souladu s plánem.

Čerpání sociálního fondu v roce 2003 probíhalo podle ustanovení kolektivní smlouvy, jejích dodatků a dalších vnitropodnikových směrnic, které tvoří její nedílnou součást, ale v porovnání s plánem nedosáhlo plánované výše a skutečné čerpání bylo o 11,3 mil. Kč nižší. Nejvíce byly finanční prostředky čerpány na příspěvky na stravování, na penzijní připojištění, 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

A. Sociální fond – tvorba a čerpání	Rok 2003 ZPP	Rok 2003 skutečnost
	tis. Kč	tis. Kč
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	29 740	28 582
II. Tvorba celkem:	36 810	34 043
1 Zákonný převod z PF	24 340	23 963
2 Úroky	200	137
3 Ostatní úhrady	10	190
4 Převod části HV	12 170	9 570
5 Převod zůstatku SF v případě sloučení nebo splynutí ZP		
6 Splátky z půjček zaměstnanců	90	183
III. Čerpání celkem:	45 900	34 624
1 Čerpání dle vnitropodnikové směrnice (1a+1b)	45 600	34 269
v tom:		
1a půjčky	120	177
1b ostatní čerpání	45 480	34 092
2 Bankovní (poštovní) poplatky	300	355
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	20 650	28 001
B. Sociální fond – příjmy a výdaje		
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	29 646	31 968
II. Příjmy celkem:	36 860	33 691
1 Převod fin. prostředků z bankovního účtu PF	24 340	23 620
2 Úroky	250	137
3 Ostatní příjmy	10	181
4 Převod části HV	12 170	9 570
5 Převod zůstatku fin. prostředků SF v případě sloučení nebo splynutí ZP		
6 Splátky z půjček zaměstnancům	90	183
III. Výdaje celkem:	42 700	36 553
1 Výdaje dle vnitropodnikové směrnice (1a+1b)	42 400	34 169
v tom:		
1a půjčky	160	177
1b ostatní výdaje	42 240	33 992
2 Bankovní (poštovní) poplatky	300	355
Interní		2 029
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	23 806	29 106
C. Doplnující informace k oddílu B		
1 Stav půjček zaměstnancům k 1. 1. ve sledovaném období	153	131
2 Stav půjček zaměstnancům k poslednímu dni sledovaného období	223	135

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

VZ 2003-5-SF

6.5 REZERVNÍ FOND

Dle § 7 odst. 1 písmene b) zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, v platném znění, by měla činit minimální výše rezervního fondu 2 791 666 tis. Kč (3 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění Pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky). Už Zdravotně pojistný plán na rok 2003 však s tvorbou rezervního fondu nepočítal, neboť plánovaný přebytek měl být použit k úhradě deficitu minulých období. Ve skutečnosti však výsledkem hospodaření byl deficit, případná tvorba by znamenala výrazné zhoršení platební pozice Pojišťovny. Příčiny záporného výsledku hospodaření Pojišťovny jsou popsány v textu celé Výroční zprávy – zde pouze konstatujeme, že k základním příčinám patří zhoršování struktury pojištěnců z hlediska zdravotních rizik a (z hlediska systému veřejného zdravotního pojištění jako celku) nastavený trend růstu nákladů na zdravotní péči.

V průběhu roku 2003 proto Správní rada – v souladu se zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné

zdravotní pojišťovně ČR ve znění pozdějších novel – rozhodla o převedení počátečního zůstatku rezervního fondu ve výši 283 688 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 2002.

Vzhledem k tomu, že v roce 2003 Pojišťovna znovu nevyčerpala náklady na činnost Pojišťovny podle schváleného Zdravotně pojistného plánu (viz též komentář k provoznímu fondu), dosažená úspora ve výši 37,6 mil. Kč byla předpisem vzájemných pohledávek a závazků mezi jednotlivými fondy převedena prostřednictvím základního fondu zdravotního pojištění do rezervního fondu a předpokládá se, že s ní bude naloženo tak, jako s úsporou z předchozího roku.

Pro rok 2003 Pojišťovna stejně jako v minulých letech neprovedla předpis tvorby rezervního fondu do minimální výše stanovené zákonem, 1. 1. 2004 však vstupuje v platnost vyhláška Ministerstva financí č. 418/2003, která tuto povinnost ukládá.

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

A. Rezervní fond – tvorba a čerpání	Rok 2003 ZPP	Rok 2003 skutečnost
	tis. Kč	tis. Kč
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	6	283 694
II. Tvorba celkem:	0	37 627
1 Převod ze ZFZP		37 627
2 Úroky		
3 Dary		
4 Zisk z finančního umístění a zisk z prodeje CP		
5 Převod zůstatku RF v případě sloučení nebo splnutí ZP		
6 Kauce žadatele		
7 Zvýšení ocenění CP z titulu ocenění reálnou hodnotou		
III. Čerpání celkem:	0	283 688
1 Převod do ZFZP		283 688
2 Bankovní a poštovní poplatky		
3 Ztráta z finančního umístění a ztráta z prodeje CP		
4 Úhrada zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora		
5 Snížení hodnoty CP RF z titulu ocenění reálnou hodnotou		
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	6	37 633
B. Rezervní fond – příjmy a výdaje		
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	6	6
II. Příjmy celkem:	0	0
1 Převod fin. prostředků z bankovního účtu ZFZP		
2 Úroky přijaté		
3 Dar přijatý		
4 Zisk z finančního umístění a zisk z prodeje CP		
5 Převod zůstatku fin. prostředků RF v případě sloučení nebo splnutí ZP		
6 Prodej cen. papírů (pořiz. cena v hodnotě evidované v účetnictví)		
7 Kauce žadatele		
III. Výdaje celkem:	0	0
1 Převod fin. prostředků na bankovní účet ZFZP		
2 Bankovní a poštovní poplatky		
3 Ztráta z finančního umístění a ztráta z prodeje CP		
4 Úhrada zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora		
5. Nákup cenných papírů		
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni vykazovaného období = I + II - III	6	6
C. Doplnující informace k oddílu B		
1 Stav cenných papírů k 1. 1. ve sledovaném období	0	0
2 Stav cenných papírů k poslednímu dni sledovaného období	0	0

VZ 2003-6-RF

Doplňující tabulka: propočet limitu rezervního fondu

Rok	Propočtová základna – Výdaje základního fondu ZP - v tis. Kč	tis. Kč
2000		87 165 330
2001		95 613 743
2002		96 387 503
	Průměrné výdaje za roky 2000, 2001, 2002	93 055 525
	3 % z průměru:	2 791 666

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

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 2003 opět komise Správní rady Ústřední pojišťovny pro fond prevence, zdravotní komise Správní rady Ústřední pojišťovny a správní rady okresních pojišťoven.

V tabulce č. 28b Náklady na preventivní zdravotní péči hrazené z fondu prevence v roce 2003 jsou jednotlivé projekty zařazeny do účelových položek, jejichž obsah je uveden v následujícím textu.

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

- na pokračování dlouhodobého projektu, zaměřeného především na prevenci úrazovosti dětí (projekt Mise Dětství bez úrazů, TV seriál Rozhodni se II a dokument o úrazech, Národní týden),
- na projekt zaměřený na prevenci drogových závislostí (komponované pořady „Řekni drogám ne“, které byly pro velký ohlas opět pořádaný pro základní a střední školy v jednotlivých okresech za účasti odborníků drogové problematiky a umělců s vlivem na tuto věkovou generaci), v rámci projektu byla rovněž vyrobena a distribuována do všech typů škol informační publikace s názvem „Likvidační životní styl“ a v rámci těchto aktivit byly vyrobeny 3 výukové filmy „Nejlepší droga je sport“, „Cigarety a alkohol jsou také drogy“ a „Narozen na droze“. Dále bylo vyrobeno a v TV Prima odvysíláno 5 dílů seriálu s názvem „Drogy“ – žloutenka, léčba, abstinence, vliv rodiny, legislativa.
- na podporu zdravotně postižených sportovců, která motivuje další zdravotně postižené občany k aktivním sportovním činnostem,
- na prevenci onemocnění klíšťovou encefalitidou (očkování),
- na prevenci kolorektálního karcinomu,
- na příspěvky na úhradu fixního ortodontického aparátu pro děti ve věku 10-19 let,
- na projekt, zaměřený na internetový přístup ke zdravotním informacím pacienta. Tento projekt si klade

za cíl vytvoření určité databáze zdravotních informací pacienta, a to na základě jeho žádosti s tím, že do záznamů zapisují poskytovatelé zdravotní péče shrnující informace o poskytnuté zdravotní péči. Záznam je umístěn na zabezpečené veřejné datové síti – Internetu s tím, že přístup ke čtení má pouze klient. Záznam dovoluje, aby klient na základě svého osobního rozhodnutí seznamoval s informacemi o jemu poskytnuté zdravotní péči a jejích výsledcích své ošetřující lékaře či další osoby. Projekt předpokládá zlepšení možnosti komunikace mezi jednotlivými lékaři – se souhlasem pacienta mají možnost v reálném čase sdílet např. závěry klinických vyšetření, výsledky provedených laboratorních a dalších testů, což povede k rychlejšímu a správnějšímu rozhodování o diagnóze a léčbě, zabraňování zbytečně poskytované zdravotní péče, především zbytečného opakování již provedených vyšetření, předepisování již předepsaných léků a další péče. Projekt byl pilotně odzkoušen v roce 2001 a od poloviny roku 2002 probíhá jeho ověřovací provoz tak, aby projekt mohl být realizován v celé ČR. Zahájení rutinního provozu se předpokládá od 1. ledna 2004.

účelová položka 2. Ozdravné pobyty obsahuje příspěvky Pojišťovny především:

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

účelová položka 3. Další činnosti zahrnuje příspěvky Pojišťovny zejména:

- na podporu dárcovství krve a kostní dřeně (vitamíny),
- na pilotní zdravotní programy, jako je např. pokračování projektu ověření možnosti zavedení šetné

TVORBA A ČERPÁNÍ FONDŮ POJIŠŤOVNY

a účelné péče při operacích hemoroidů tzv. Longovou metodou, pokračování projektů „Analgezie v hospicové péči terminálně onkologicky nemocných“, „Kvantitativní stanovení C-reaktivního proteinu v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost s použitím přístroje

QuickRead CRP“ (realizováno s cílem racionální indikace antibiotické léčby s využitím přístroje, který umožňuje rychlou a časnou diagnostiku bakteriálních infekcí a jejich odlišení od infekcí virových).

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

A. Fond prevence – tvorba a čerpání	Rok 2003 ZPP	Rok 2003 skutečnost
	tis. Kč	tis. Kč
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	85 457	113 824
II. Tvorba celkem:	345 200	384 436
1 Tvorba na základě zákona č. 551/1991 Sb. a 280/1992 Sb., ve znění pozd. předpisů	300 000	339 346
1a V tom: převod z HV	2 000	43 478
1b podíl dle § 19 odst. 1 zákona č. 280 /1992 Sb.		
1c podíl dle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb.	298 000	295 868
2 Úroky vytvořené na bankov. účtu FP	200	55
3 Ostatní (dary)		2 223
4 Zúčtování s pojištěnci	45 000	42 812
III. Čerpání celkem:	373 430	429 485
1 Preventivní programy	373 000	428 815
2 Úroky z úvěrů		
3 Ostatní (bankovní poplatky)	430	670
4 Odpis penále, přírážek a pokut k pojistnému		
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	57 227	68 775
B. Fond prevence – příjmy a výdaje		
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	50 429	74 949
II. Příjmy celkem:	345 200	392 683
1 Příjmy fin. prostř. na zákl. zák. č. 551/1991 Sb. a zák. č. 280/1992 Sb., ve znění pozd. předpisů	300 000	341 478
1a V tom: převod z HV	2 000	43 478
1b podíl dle § 19 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb		
1c podíl dle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb.	298 000	298 000
2 Úroky vytvořené na bank. účtu FP	200	55
3 Ostatní (dary)		7 765
4 Příjem úvěru		
5 Příjem doplateků od pojištěnců	45 000	43 385
6 Příjem podílu záloh od ČKA		
III. Výdaje celkem:	373 430	392 224
1 Výdaje na preventivní programy	373 000	385 703
2 Úroky z úvěrů		
3 Ostatní (bankovní poplatky)	430	670
4 Splátky úvěru		
5 Vrácení plateb od pojištěnců		3 554
Interní		2 297
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	22 199	75 408

TVORBA A ČERPÁNÍ FONDŮ POJIŠŤOVNY

			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		295 868	295 868
1 výnosy z pokut a penále			
2 výnosy z přírážek k pojistnému			
3 výnosy z pokut ZZ			
4 výnosy z úroků ZFZP			
K odd. B/ II		298 000	298 000
1 příjmy z pokut a penále			
2 příjmy z přírážek k pojistnému			
3 příjmy z pokut ZZ			
4 příjmy z úroků ZFZP			

VZ 2003-7-Fprev

Komentář k vyplnění tabulky zobrazující skladbu tvorby Fprev.

1. Pokud ZZP 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 sl. 2. Hodnota údaje ve sl. 3 má odpovídat údajům na A II 1b) případně B II 1b).
2. Pokud ZZP 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 4c) a B III 4 c. Takto postupuje při vyplnění této tabulky i VZP ČR.
3. V případě účtování podílu zálohy od ČKA za postoupené příslušenství postupuje zdravotní pojišťovna obdobně podle poznámky č. 6 u ZFZP. Z rozhodnutí ZP je možno zálohové prostředky od ČKA využít pro ZFZP.

Tabulka č. 28b: Náklady na preventivní zdravotní péči hrazené z fondu prevence v roce 2003

Účelová položka	Počet účastníků v roce 2003	Rok 2002 skutečnost tis. Kč	Rok 2003 ZPP tis. Kč	Rok 2003 skutečnost tis. Kč	% skuteč. 2003 ZPP 2003	% skuteč. 2003 skuteč. 2002
1. Zdravotní programy celkem*)		100 449	168 000	170 863	1,02	1,70
preventivní programy		17 020		24 707		1,45
výchova ke zdrav. živ. způsobu		49 473		56 444		1,14
očkování		7 979		9 897		1,24
2. Ozdravné pobyty celkem*)		188 547	160 000	204 823	1,28	1,09
z toho: Mořský koník	5 530	120 344		139 610		1,16
onkolog. nemocné děti	987	26 354		17 154		0,65
mentálně a zdrav. postižení	1 750	36 849		44 031		1,19
3. Další činnosti*)		5 728		10 317		1,80
klinické zkoušení nových výkonů						
a metod, podpora dárcovství krve		5 728		10 317		1,80
a kostní dřeně, ostatní pilotní zdr. progr.						
Náklady na prevent. zdrav. péči celkem**)		294 724	328 000	386 003	1,18	1,31

VZ 2003-20-prev.zdr.péče

**) Vazba na údaje tab. Fprev. oddíl A III 1-A II 4

*) ZP uvedou jmenovitě jednotlivé druhy programů, činností.

6.7 OSTATNÍ ZDAŇOVANÉ ČINNOSTI

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). Daň z příjmu právnických osob je zahrnuta v ostatních provozních nákladech v řádku č. 1h v části A. II. tabulky Ostatní zdaňované činnosti.

Výnosy ostatní zdaňované činnosti tvoří pronájem bytových a nebytových prostor, komerční prodej metodik a číselníků nesmluvním partnerům, penzijní připojištění a ostatní. V uvedených výnosech připadá nejvyšší podíl pronájmu bytových a nebytových prostor (cca 95 %).

Náklady na zdaňovanou činnost Pojišťovny tvoří mzdy včetně ostatních osobních nákladů, zákonné

pojistné na zdravotní a sociální pojištění, odpisy investičního majetku a ostatní provozní náklady. Přepočtený počet zaměstnanců činil 14 osob. Z celkových nákladů tvoří největší skupinu odpisy investičního majetku (cca 40 %) a ostatní provozní náklady (cca 37 %) včetně daně z příjmu právnických osob. Daň z příjmu právnických osob činila 1 905 tis. Kč.

Hospodářský výsledek uvedený v části tabulky A. III. vyjadřuje zisk po zdanění.

Uvedené činnosti sleduje Pojišťovna ve svém účetním systému odděleně dle jednotlivých činností a v souladu s postupem stanoveným vyhláškou MF č. 227/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondu veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven.

Tabulka č. 29: Přehled o ostatní zdaňované činnosti

A. Ostatní zdaňovaná činnost	Rok 2003 ZPP	Rok 2003 skutečnost
	tis. Kč	tis. Kč
I. Výnosy celkem	23 200	25 664
1 Výnosy ze zdaňované činnosti	23 170	25 657
2 Úroky	30	7
3 Výnosy z prodeje finančních investic		
II. Náklady celkem	20 560	21 673
1. Náklady na zdaňovanou činnost pojišťovny	20 560	21 673
1a - mzdy vč. OON	3 450	3 346
1b - pojistné na zdr. pojištění zaměstnanců ZP	310	301
1c - pojistné na soc. zabezpečení zaměstnanců ZP	900	869
1d - odpisy DHN-podíl vztahující se k této činnosti	9 460	7 834
1e - úroky		
1 f - pokuty a penále		
1g - finanční náklady spojené s prodejem finančních investic		
1h - ostatní provozní náklady	6 440	9 323
III. Hospodářský výsledek = I - II	2 640	3 991
B. Doplňující informace		
1 Stav cenných papírů k 1. 1. ve sledovaném období	0	0
2 Stav cenných papírů k 31. 12. sledovaného období	0	0
Z toho stav cenných papírů související s dceřinou společností:		
1 Stav cenných papírů k 1. 1. ve sledovaném období	0	0
2 Stav cenných papírů k 31. 12. sledovaného období	0	0

VZ 2003-8-Zdč

Poznámka:

1. ZP vyplní součty na ř. I. a II.
2. Tabulka zahrnuje veškerou zdaňovanou činnost provozovanou v souladu se Statutem zdravotní pojišťovny, s výjimkou smluvního pojištění a připojištění. 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 provozního fondu. Na tento podíl nákladů je nutno v průběhu roku poskytovat zálohy na bankovní účet provozního fondu.
3. Cenné papíry – pouze vztahující se k této činnosti se specifikací části CP ze dceřiné spol.

TVORBA A ČERPÁNÍ FONDŮ POJIŠŤOVNY

6.8 SMLUVNÍ POJIŠTĚNÍ A PŘIPOJIŠTĚNÍ

Výnosy z pojistného na smluvní pojištění a výnosy z pojistného na připojištění za rok 2003 jsou v souladu s pojistným plánem. K navýšení oproti předpokladu došlo při zúčtování technických rezerv.

V oblasti nákladů došlo k úsporám v provozních nákladech. Nižší, než se očekávalo, byly náklady na pojistná plnění, a to jak u produktů smluvního zdravotní-

ho pojištění, tak u cestovního zdravotního pojištění. Nebyly zjištěny a vyčísleny žádné pokuty ani penále. Mzdové náklady nepřesáhly plánovanou výši. Přepočtený počet zaměstnanců činil 170 osob.

Vzhledem k výše uvedenému je za rok 2003 zaznamenán hospodářský výsledek zisk ve výši 28 244 tis. Kč. Daň z příjmu právnických osob činila 12 396 tis. Kč.

Tabulka č. 30: Přehled o smluvním pojištění a připojištění

A. Smluvní pojištění a připojištění	Rok 2003 ZPP	Rok 2003 skutečnost
	tis. Kč	tis. Kč
I. Výnosy celkem	918 210	561 179
1 Výnosy z pojistného na smluvní pojištění	130 000	129 065
2 Výnosy z pojistného na připojištění	255 000	218 361
3 Výnosy z pokut a penále		20
4 Výnosy z finančních investic	500 000	121 965
5 Zúčtování technických rezerv	82 500	139 028
6 Podíl zajišťovatelů na výnosech	-61 790	-55 708
7 Úroky	1 000	476
8 Ostatní	11 500	7 972
II. Náklady celkem	915 784	532 935
1 Provozní náklady na sml. pojištění a připojištění celkem:	674 599	266 640
1a Z toho: mzdy vč. OON	47 245	49 042
1b pojistné na zdr. pojištění zaměstnanců ZP	4 252	4 388
1c pojistné na soc. zabezpečení zaměstnanců ZP	12 283	12 668
1d odpisy DHN majetku vztahující se k této činnosti	8 459	14 376
1e úroky		
1f pokuty a penále		
1g finanční náklady spojené s prodejem cenných papírů	495 000	110 289
1h zbývající provozní náklady	107 360	75 877
2 Náklady na pojistná plnění smluvního pojištění	54 000	48 387
3 Náklady na pojistná plnění připojištění	92 250	87 262
4 Tvorba finančních rezerv	128 610	166 841
5 Podíl na nákladech na pojistná plnění zajišťovatelů	-49 765	-50 803
6 Ostatní	16 090	9 597
Úbytky hodnoty finančního umístění		5 011
III. Hospodářský výsledek = I - II	2 426	28 244
B. Doplnující informace		
1 Stav cenných papírů k 1. 1. ve sledovaném období	181 000	194 121
2 Stav cenných papírů k 31. 12. sledovaného období	185 000	197 674

Poznámka:

1. ZP vyplní součty na ř. I, II. a III.
2. 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 provozního fondu. Na tento podíl nákladů je nutno v průběhu roku poskytovat zálohy na bankovní účet provozního fondu.
3. Cenné papíry vztahující se k této činnosti.

VZ 2003-9-SmlPoj

SOUHRNNÝ PŘEHLED VYBRANÝCH UKAZATELŮ O ČINNOSTI POJIŠŤOVNY



7.1 PŘEHLED VYBRANÝCH UKAZATELŮ

Počet pojištěnců Pojišťovny na konci roku 2003 činil 6 801 230 osob a byl tak o 24 230 osob vyšší, než předpokládal Zdravotně pojistný plán pro rok 2003. Nicméně tento počet pojištěnců znamená oproti roku 2002 pokles o cca 155 tisíc 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 2003 hmotný a nehmotný investiční majetek za 578 mil. Kč (část A, II. – řádek 4). Její finanční investice, pocházející z umístění technických rezerv smluvního zdravotního pojištění a připojištění, vzrostly celkem o 35 mil. Kč (část A, II. – řádek 5, 6).

V průběhu roku 2003 Pojišťovna řádně splácela úvěry přijaté pro fond reprodukce investičního majetku (roční splátky činily 23,9 mil. Kč). Zůstatek přijatých úvěrů koncem roku činil 125,6 mil. Kč (část A, II. – řádek 9).

Přepočtený počet zaměstnanců Pojišťovny k 31. prosinci 2003 činil 4977 osob a roční přepočtený počet činil 4954 osob (část A, II. – řádek 17 a 18), z toho počtu bylo 428 osob zaměstnanci Ústřední pojišťovny a 4526 osob zaměstnanci okresních pojišťoven. V rámci celé Pojišťovny je zaměstnáno cca 1423 zaměstnanců s vysokoškolským vzděláním a 3510 zaměstnanců s ukončeným středoškolským vzděláním. V příjmové části, tj. v oblasti příjmů, kontroly plátců a vymáhání dluhů, je zaměstnáno cca 1828 zaměstnanců, z nichž cca 600 se zabývá právní agendou. Ve výdajové části je zaměstnáno cca 1500 zaměstnanců, z toho cca 837 zaměstnanců se přímo podílí na revizi zdravotní péče. Informační systém a servis s tím spojený zajišťuje cca 950 zaměstnanců.

Maximální možný limit nákladů na činnost Pojišťovny v roce 2003 činil podle vyhlášky Ministerstva financí celkem 3 556,9 mil. Kč. Skutečný přiděl do provozního fondu Pojišťovny v roce 2002 činil 3 403,7 mil. Kč (část A, II. – řádek 21, 22). Z tohoto přidělu ovšem uspořila 37,6 milionů Kč.

Celkové závazky Pojišťovny vůči zdravotnickým zařízením vzrostly ve srovnání s rokem 2002 o cca 2,3 miliardy Kč, což mělo přímý vliv na zhoršování finanční situace Pojišťovny, která pak vyústila na konci roku až k celkovým závazkům po lhůtě splatnosti ve výši 5,5 miliardy Kč.

V částce „ostatních závazků ve lhůtě splatnosti“ (část A, III. – řádek 23c) jsou zahrnuty konečné

zůstatky závazků z provozního fondu (419 mil. Kč, z toho 114 mil. Kč činí závazky vyplývající ze sankcí předepsaných smluvními partnery), fondu reprodukce investičního majetku (37 mil. Kč, nejsou zde zahrnuty přijaté úvěry), zvláštního účtu pro přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami, kterého je Pojišťovna správcem (809 mil. Kč – zde se však jedná pouze o časový posun mezi převodem finančních prostředků z bankovního účtu fondu přerozdělení na bankovní účet ZFZP), fondu prevence, sociálního fondu a smluvního pojištění a připojištění a dále závazek ZFZP vůči ČKA za poskytnutou zálohu na odkup pohledávek za plátcí pojistného ve výši 1 649 milionů Kč.

Pohledávky Pojišťovny zobrazené v řádku 24 části A, III. se oproti roku 2002 zvýšily v roce 2003 o 3,3 miliardy Kč. Pohledávky za plátcí pojistného vzrostly o 3,4 miliardy Kč, z toho pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti vzrostly o 3,5 miliardy Kč. Projevuje se zde vedle vlivu zvýšeného počtu pracovníků v oblasti správy pohledávek i vliv změny zákona, která od poloviny roku 2002 umožňovala dlužníkům uhrazovat nejprve dlužné pojistné a až poté dlužné penále. Pohledávky vůči poskytovatelům zdravotní péče (část A, III, řádek 24c, d) dosáhly k 31. 12. 2003 výše 895 465 tis. Kč, což znamená v meziročním porovnání pokles o 22 %. Hlavní příčinou poklesu stavu je změna ve způsobu stanovení záloh pro nemocnice, kdy pro 2. pololetí 2003 byly nemocnicím poskytovány měsíční zálohy ve výši úhrady za 2. pololetí 2002. Vzhledem k tomu, že v roce 2002 tyto zálohy tvořily 106 %, resp. 107 % ve srovnání se shodným obdobím předchozího roku a v 1. pololetí 2003 dokonce 108 % oproti 1. pololetí 2002, měl tento faktor za následek i výrazné snížení podílu pohledávek ZZ ústavní péče v roce 2003 na celkových pohledávkách vůči zdravotnickým zařízením ve lhůtě splatnosti. Pojišťovna v závěru roku evidovala i pohledávky za zdravotnickými zařízeními po lhůtě splatnosti ve výši 246 mil. Kč. Jedná se o pohledávky z uplatnění regulace na maximální hodnotu bodu – viz též komentář v kapitole 6.1.

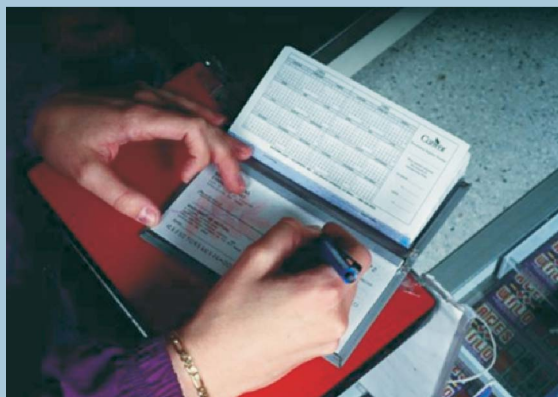
V ostatních pohledávkách (část III, řádek 24e, f) jsou zahrnuty pohledávky Pojišťovny vůči zvláštnímu účtu pro přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami, pohledávky tohoto účtu vůči ostatním zdravotním pojišťovnám, dále pohledávky za náhrada-mi škod, pohledávky smluvního pojištění a připojištění.

7.2 DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE

Také v roce 2003 Pojišťovna zajišťovala agendu Česko-německého fondu budoucnosti, pro který prováděla – v úzké spolupráci s Ministerstvem zahraničních věcí a Koordinační komisí – výplatu dávek sociální pomoci. Celková vyplacená částka činila 120 mil. Kč.

Další agendou svěřenou Pojišťovně bylo provádění přerozdělování pojistného a správa bankovního účtu

pro přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami podle platného znění zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Pohledávky a závazky tohoto účtu jsou zahrnuty v tabulce „Přehled základních ukazatelů o činnosti zdravotní pojišťovny“ (část A, III. - řádek 24c, d).



SOUHRNNÝ PŘEHLED VYBRANÝCH UKAZATELŮ O ČINNOSTI POJIŠŤOVNY

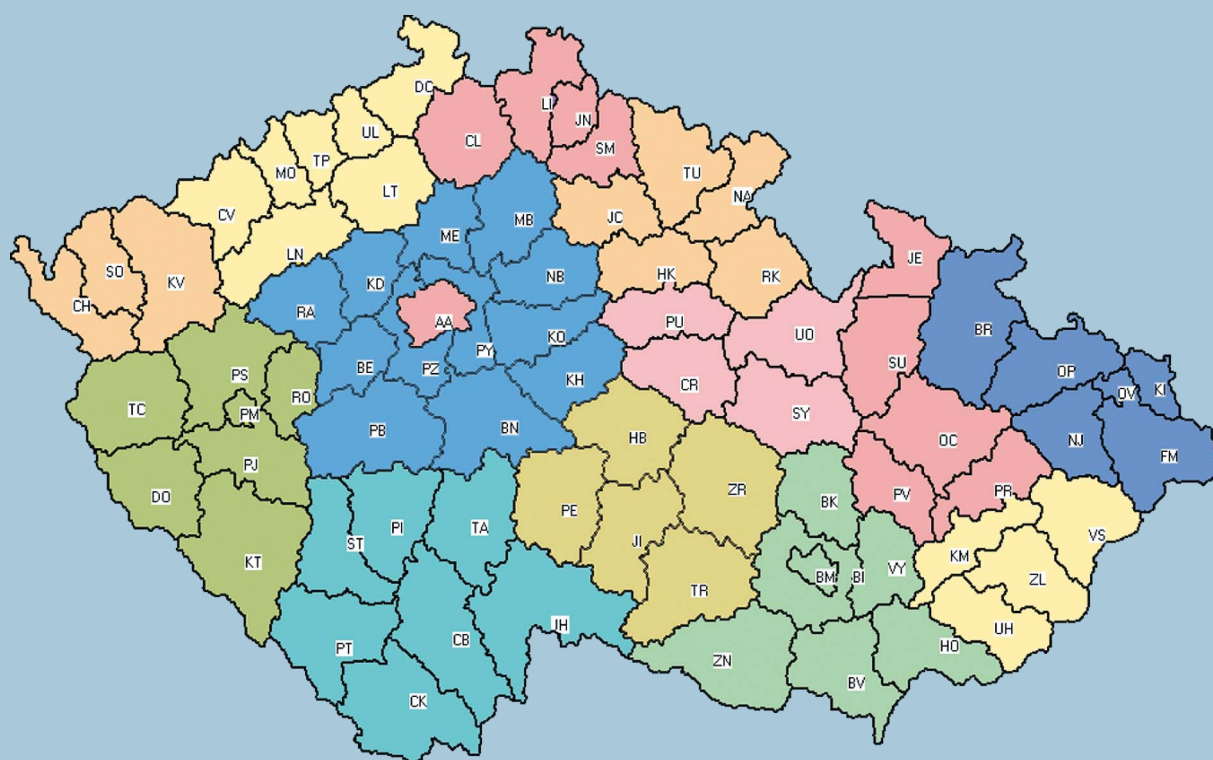
Tabulka č. 31: Přehled základních ukazatelů o činnosti zdravotní pojišťovny v roce 2003

Název ukazatele ř.	Měr. jedn.	Rok 2002 skutečnost	Rok 2003 ZPP	Rok 2003 skutečnost
ODDÍL A				
I. Pojištěnci				
1 Počet pojištěnců celkem k poslednímu dni sledovaného období	osob	6 956 348	6 777 000	6 801 230
z toho: státem hrazení	osob	4 018 404	4 009 000	3 920 363
2 Průměrný počet pojištěnců za sledované období	osob	7 045 953	6 844 000	6 853 747
z toho: státem hrazení	osob	4 068 618	4 025 583	3 958 882
v tom: do 60 let	osob	2 544 073	2 512 250	2 451 131
nad 60 let	osob	1 524 545	1 513 333	1 507 751
II. Ostatní ukazatele				
3 Dlouhodobý majetek včetně poskyt. záloh pořízený k posl. dni sled. období	tis. Kč	3 702 381	4 070 779	3 825 716
4 Dlouhodobý majetek včetně poskyt. záloh pořízený za sled. období	tis. Kč	591 255	610 386	578 296
v tom: a) majetek na vlastní činnost	tis. Kč	591 255	610 386	578 296
b) ostatní majetek	tis. Kč			
5 Finanční investice k posl. dni sled. období	tis. Kč	194 121	185 000	229 078
6 Finanční investice za sledované období	tis. Kč	13 965	4 000	34 957
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	25 026	23 840	23 899
9 Nesplacený zůstatek bankovních úvěrů k posled. dni sled. období celkem	tis. Kč	149 475	125 635	125 576
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	4 921	5 200	4 977
18 Průměrný přepočtený počet zaměstnanců *)	osob	4 911	4 970	4 954
19 Výpočet limitu nákladů na činnost dle platné vyhlášky MF **)	%	3,56	3,57	3,57
20 Rozvrhová základna pro propočet přidělu do provozního fondu	tis. Kč	95 710 046	100 453 000	99 635 272
21 Maximální limit nákladů na činnost z dosažené rozvrhové základny	tis. Kč	3 407 278	3 586 172	3 556 979
22 Skutečný přiděl ze ZFZP do provozního fondu	tis. Kč	3 403 700	3 403 700	3 403 700
z ř. 5 - Finanční investice ve FIM	tis. Kč			
III. Závatky a pohledávky				
23 Závatky celkem k posl. dni sledovaného období	tis. Kč	14 366 037	12 788 000	18 485 691
v tom: a) závatky vůči zdrav. zařízením ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	10 672 191	11 659 000	9 953 839
b) závatky vůči zdrav. zařízením po lhůtě splatnosti	tis. Kč	2 545 881	0	5 578 867
c) ostatní závatky ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	1 147 965	1 129 000	2 952 985
d) ostatní závatky po lhůtě splatnosti	tis. Kč			
24 Pohledávky celkem k posl. dni sledovaného období	tis. Kč	26 709 710	30 207 732	30 167 796
v tom: a) pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	6 799 568	5 252 000	6 710 348
b) pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti	tis. Kč	17 656 203	21 754 000	21 212 038
c) pohledávky vůči zdravotnickým zařízením ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	1 150 781	1 733 000	648 571
d) pohledávky vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti	tis. Kč			246 894
e) ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	1 000 787	1 366 000	1 266 213
f) ostatní pohledávky po lhůtě splatnosti	tis. Kč	102 371	102 732	83 732

VZ 2003-1-ZUK

Poznámky:

- *) ZP uvedou na celá čísla bez desetín. míst
- **) Ř. 19 limit zaokrouhlit na 2 desetinná místa v souladu s § 7 vyhl. č. 227/1998 Sb. ve znění pozdějších předpisů
- Do závatků na ř. 23 se nezahrnují závatky na ř. 9, 12, a 15
- Na ř. 1 stavy pojištěnců k 31. 12. ZP uvedou údaje z opravného hlášení za 12. měsíc.
- Na ř. 2 průměrný počet pojištěnců k 31. 12. ZP uvedou údaje z 1. - 12. přerovzdělování, včetně opravného hlášení za 12. měsíc/děleno 12



8. část ZÁVĚRY



Mezi základní cíle Pojišťovny pro rok 2003 patřilo:

zmírnění odlivu pojištěnců a změna jejich struktury z hlediska bonity a zdravotně pojistných rizik

dosažení co nejvyšších příjmů Pojišťovny výběrem pojistného a důsledným vymáháním pohledávek za plátcí pojistného či extenzí dalších zdrojových možností

realizace stanovených cílů zdravotní politiky a růst objemu poskytované zdravotní péče v rozsahu skutečně získaných finančních zdrojů

zlepšení finanční pozice Pojišťovny vyrovnaným hospodařením a dosažení stavu, který umožní průběžné placení závazků Pojišťovny ve lhůtách splatnosti.

V období od 1. 1. 2003 do 31. 12. 2003 počet pojištěnců Pojišťovny klesl z 6 956 348 osob na 6 801 230 pojištěnců, takže v rozmezí jednoho kalendářního roku došlo ke snížení evidenčního počtu pojištěnců Pojišťovny o 155 118 osob, tj. o 2,2 %. V porovnání s pojistným plánem, který předpokládal počet pojištěnců k 31. 12. 2003 ve výši 6 777 tis., je to výsledek pozitivní, skutečnost, že největší část úbytku pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, představují nezaopatřené děti, naznačuje, že struktura pojistného kmene se dále zhoršuje, a to je také jeden z hlavních důvodů nepříznivých finančních výsledků Pojišťovny.

Celkové příjmy Pojišťovny vzrostly o cca 5,7 % oproti plánovanému růstu ve výši 5 %, tj. o 5,5 mld. Kč. Růst příjmů byl ovlivněn přijetím zálohy od České konsolidační agentury ve výši 1,649 mld. Kč v prosinci 2003. Příjmy z pojistného na veřejné zdravotní pojištění po očištění o vliv této zálohy vzrostly pouze o 3,8 %. Nižší než plánovaný příjem z pojistného na veřejné zdravotní pojištění lze přičíst zčásti na vrub rostoucí nezaměstnanosti, zčásti na vrub vývoje počtu pojištěnců, za něž je plátcem pojistného stát.

Náklady na zdravotní péči stouply proti skutečnosti roku 2002 o 2,9 % a byly o 5,9 % vyšší, než předpokládal Zdravotně pojistný plán na rok 2003, tj. o 5,6 miliardy Kč. Základní směr alokace finančních prostředků odpovídal do určité míry záměrům zdravotní politiky VZP ČR, tj. přesunu nemocných z oblasti lůžkové do ambulantní péče, cílem Zdravotně pojistného plánu na rok 2003 však bylo zastavit růst čerpání základního fondu zdravotního pojištění jako celku.

Finanční pozice Pojišťovny nebyla stabilizována. Finanční deficit roku 2003 kumulovaný s deficitem z roku 2002 vyústil ve zvýšení závazků po lhůtě splat-

nosti, jejichž objem na konci roku činil cca 5,5 miliardy Kč. Záporný rozdíl mezi příjmy (101 291 milionů Kč) a čerpáním základního fondu zdravotního pojištění (104 664 milionů Kč) dosáhl cca 2,5 miliardy Kč (po úpravě o vliv účetních položek, které nevyjadřují finanční pohyb) a byl tak zhruba poloviční proti roku 2002. Lze tedy konstatovat, že hospodaření Pojišťovny se v roce 2003 zlepšilo, nikoliv však takovou měrou, aby došlo ke splnění jednoho ze základních cílů, to je finanční stabilizace Pojišťovny.

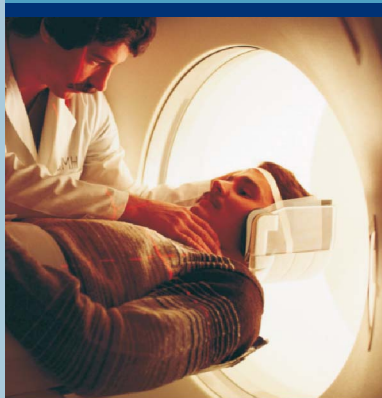
Metodika zpracování a předkládání výročních zpráv činných zdravotních pojišťoven za rok 2003 vydaná Ministerstvem zdravotnictví ve spolupráci s Ministerstvem financí stanoví kritéria, která má každá zdravotní pojišťovna v závěrech své výroční zprávy za rok 2003 zhodnotit. V následujících bodech je proto výsledek hospodaření hodnocen podle stanovené metodiky (viz také kap. 7).

1. Pojišťovna nečerpala pro potřeby základního fondu zdravotního pojištění v roce 2003 úvěr ani neevidovala zůstatek úvěru z minulých let.
2. K 31. 12. 2003 evidovala Pojišťovna v operativní evidenci závazky po lhůtě splatnosti vůči poskytovatelům zdravotní péče vč. vlivu zálohy od ČKA ve výši 5 579 milionů Kč. Přes zlepšení výsledku hospodaření (snížení deficitu oproti roku 2002) se stav závazků po lhůtě splatnosti dále zvýšil. Na konci roku 2002 Pojišťovna evidovala 2 545 mil. Kč závazků po lhůtě splatnosti.
3. Rezervní fond Pojišťovny se v roce 2003 nepodařilo naplnit. Minimální výše rezervního fondu Pojišťovny měla pro rok 2003 (podle § 7 odst. 1 písmene b) platného znění zákona č. 551/1991 Sb., o všeobecné zdravotní pojišťovně ČR) činit 3 % průměrných ročních výdajů základního fondu

zdravotního pojištění za bezprostředně předcházející 3 roky (2000, 2001, 2002), tj. cca 2,8 miliardy Kč. Finanční naplnění rezervního fondu do této výše (stažením peněz z oběhu a jejich depozicí) by však mělo za následek prohloubení finanční nerovnováhy základního fondu zdravotního pojištění a prodloužení objemu i lhůty splatnosti pohledávek zdravotnických zařízení.

4. Fondy, které Pojišťovna podle platného znění zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, vede a spravuje, byly v průběhu roku 2003 průběžně naplňovány podle plánu příjmů a výdajů, ne však pravidelnými kalendárními příděly, ale příděly realizovanými až v době vzniku finanční potřeby fondu. V některých fondech (viz PF, FRIM a další) nedošlo k vyčerpání celého původně předpokládaného objemu finančních prostředků. Příděly do fondů byly tvořeny předpisem vzájemných pohledávek jednotlivých fondů v souladu s platným zněním citovaného zákona a vyhlášky Ministerstva financí č. 227/91 Sb. V souladu se zvolenou metodikou účtování vykazuje i základní fond zdravotního pojištění vysoký kladný zůstatek, který je ovšem kryt pohledávkami, nikoliv hotovostí.
5. Na běžných účtech základního fondu zdravotního pojištění byl na konci roku 2003 zůstatek ve výši 47 248 tis. Kč, tj. zhruba na úrovni roku předcházejícího. Minimální zůstatek běžných účtů je umožněn efektivním systémem řízení finančních toků Pojišťovny.
6. Pohledávky Pojišťovny ve lhůtě splatnosti vztažené k základnímu fondu zdravotního pojištění se v roce 2003 snížily vůči plátcům pojistného o 89 mil. Kč, vůči zdravotnickým zařízením o 502 mil. Kč. Celkové pohledávky ve lhůtě splatnosti tak dosáhly výše 8 375 mil. Kč. Ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti se zvýšily o 448 mil. Kč, z toho pohledávky z přerozdělení o 391 mil. Kč (u této pohledávky se jedná pouze o časový posun mezi převodem finančních prostředků z běžného účtu fondu přerozdělení na běžný účet ZFZP), z náhrad škod o 38 mil. Kč a ostatní o 19 mil. Kč. Závazky Pojišťovny ve lhůtě splatnosti vztažené k základnímu fondu zdravotního pojištění se oproti roku 2002 zvýšily o 853 mil. Kč, a to zejména z důvodu rostoucí výše fakturace ze strany poskytovatelů.
7. Pohledávky po lhůtě splatnosti vůči plátcům pojistného vzrostly o 3 556 mil. Kč, z toho za pojistným o 1 610 mil. Kč, sankcemi o 1 946 mil. Kč a dosáhly celkové částky 21 212 mil. Kč (z toho pohledávky z titulu uplatněných sankcí 9 257 mil. Kč, pohledávky z titulu pojistného na veřejné zdravotní pojištění 11 955 mil. Kč). Nárůst je způsoben, kromě působení vyššího počtu zaměstnanců na úseku kontroly pojistného, 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.
8. 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 v roce 2004 předmětem právního sporu mezi Pojišťovnou a dotčenými poskytovateli zdravotní péče.

Podle dané metodiky Pojišťovna eviduje v ZFZP kladný zůstatek ve výši 11,9 mld. Kč. Tato částka je však kryta pohledávkami vůči plátcům pojistného, jejichž vymahatelnost je velmi sporná. Skutečné příjmy z veřejného zdravotního pojištění nekryjí potřebný objem čerpání základního fondu zdravotního pojištění. Tato situace se pravidelně opakuje a tento stav nelze napravit bez systémových legislativních opatření. Systémová opatření, o nichž se sice v roce 2003 velmi intenzivně mluvilo, se omezila na snížení limitu provozních fondů zdravotních pojišťoven v situaci, kdy vstup do Evropské unie si vyžaduje další administrativní aparát. Problém nerovnoměrně rozděleného pojistného kmene a konkurence výběrem lukrativních pojištěnců nebyl v roce 2003 vyřešen. Přes poměrně rozsáhlou diskusi nejsou zatím řešeny ani další problémy systému zdravotního pojištění, na které Pojišťovna opakovaně upozorňuje v pojistných plánech a výročních zprávách. Nezbyvá než opakovat závěr Výroční zprávy z loňského roku. Pokud nebudou přijata příslušná opatření k úpravě systému zdravotního pojištění, systém se bude opakovaně ocitat ve finančních problémech se všemi negativními doprovodnými projevy.



STANOVISKO **Dozorčí rady VZP ČR k Výroční zprávě VZP ČR za rok 2003**

Dozorčí rada VZP ČR na svém jednání dne 26. dubna 2004 projednala Výroční zprávu VZP ČR za rok 2003 a dospěla k těmto závěrům:

Dozorčí rada konstatuje, že Výroční zpráva VZP ČR za rok 2003 ve všech směrech objektivně charakterizuje činnost VZP ČR v roce 2003 a splňuje požadavky na výroční zprávu z hlediska metodických pokynů Ministerstva zdravotnictví ČR a Ministerstva financí ČR. O všech zásadních otázkách rozhodovala Správní rada Ústřední pojišťovny VZP ČR, často na podkladech a doporučeních svých odborných komisí.

Dozorčí rada konstatuje, že VZP ČR zajistila v roce 2003 svým pojištěncům dostupnou zdravotní péči na co nejvyšší úrovni.

Dozorčí rada na základě celkového posouzení činnosti VZP ČR vyslovuje souhlas s Výroční zprávou VZP ČR za rok 2003. Dozorčí rada **doporučuje** Sboru zástupců VZP ČR předloženou Výroční zprávu VZP ČR za rok 2003 schválit.

V Praze dne 26. dubna 2004



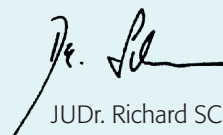
Alena MAŠKOVÁ
předsedkyně Dozorčí rady VZP ČR

Usnesení Sboru zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky

V souladu s ustanovením § 19 platného znění zákona č. 551/91 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, Sbor zástupců, jako nejvyšší orgán Pojišťovny, na svém zasedání konaném dne 5. května 2004

1. projednal Výroční zprávu Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR za rok 2003, jejíž součástí je
zpráva o činnosti Pojišťovny v roce 2003,
zpráva o stavu a pohybu pojištěnců Pojišťovny v roce 2003,
tvorba a čerpání fondů Pojišťovny v roce 2003,
2. vyslechl stanovisko Dozorčí rady Ústřední pojišťovny k předložené Výroční zprávě a seznámil se s výrokem auditora,
3. schválil Výroční zprávu Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR za rok 2003,
4. doporučil ředitelství Ústřední pojišťovny, aby schválenou Výroční zprávu Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2003 předložilo obvyklým postupem a prostřednictvím vlády České republiky Poslanecké sněmovně Parlamentu České republiky.

V Praze dne 5. května 2004



JUDr. Richard SCHWARZ
předsedající Sboru zástupců



Praha, spol. s r. o.

auditorská, daňové a poradenské služby
člen Pannell Kerr Forster 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 2003. Za sestavení účetní závěrky je odpovědný statutární orgán Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR. Naší úlohou je vydat na základě auditu výrok k této účetní závěrce.

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

Podle našeho názoru, účetní závěrka podává ve všech významných ohledech věrný a poctivý obraz aktiv, závazků, fondů, včetně fondů veřejného zdravotního pojištění a finanční situace Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR k 31. prosinci 2003 a výsledku hospodaření komerční činnosti za rok 2003 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 2003 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 27. dubna 2004

Ing. Petr Šrámek
auditor - osvědčení KAČR č. 1163



HZ Praha, spol. s r. o.
člen Pannell Kerr Forster Worldwide
auditor - osvědčení KAČR č. 31
Kodaňská 1441/46
100 10 Praha 10

HZ Praha, spol. s r. o.
Kodaňská 46
100 10 Praha 10

Spis. zn. C 1908
zapsaná u Měst. soudu v Praze

tel.: +420-251 035 300
fax: +420-220 611 920

IČO: 170 49 644
DIČ: 010-170 49 644
Č.Ú.: 712949-0110100, KB Praha 10

Výkaz Úč ZP 2 - 01

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

VÝKAZ ZISKŮ A ZTRÁT k 31. 12. 2003 (v tis Kč)

Čís. ř.	IKF	Rok	Měsíc	IČ
01	851098	2003	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		347 426	x	x
b) pojistné postoupené zajišťovatelům	3		43 767	303 659	x
c) změna stavu hrubé výše rezervy na nezasloužené pojistné (+/-)	4		-821	x	x
d) změna stavu rezervy na nezasl. pojistné-podíl zajišťovatelů	5	307 305	3 618	-4 439	308 098
2. Převedené výnosy z finančního umístění z netechnického účtu	6		x	x	
3. Ostatní technické výnosy, očištěné od zajištění	7		x	x	133
4. Náklady na pojistná plnění, očištěné od zajištění:	8				
a) náklady na pojistná plnění:	9				
aa) hrubá výše	10		135 649	x	x
ab) podíl zajišťovatelů	11		24 571	111 078	x
b) změna stavu rezervy na pojistná plnění:	12	102 702			
ba) hrubá výše	13		26 266	x	x
bb) podíl zajišťovatelů (-)	14		5 186	21 080	132 158
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	9 597	x
b) změna stavu časově rozlišených pořizovacích nákladů (+/-)	19		x		x
c) správní režie	20		x	142 577	x
d) provize od zajišťovatelů a podíly na ziscích (-)	21	150 000	x	5 488	146 686
8. Ostatní technické náklady, očištěné od zajištění	22		x	x	
9. Změna stavu vyrovnávací rezervy (+/-)	23	2 033	x	x	2 369
10. Mezisoučet, zůstatek Technického účtu k neživ. pojištění	24	52 570	x	x	27 018
II. Netechnický účet	x				
1. Výsledek technického účtu k neživotnímu pojištění	25	52 570	x	x	27 018
2. Výnosy z finančního umístění	26				
a) výnosy z podílů se zvláštním uvedením těch, které pocház. 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		12 881	12 881	x
c) změny hodnoty finančního umístění	31		x		x
d) výnosy z realizace finančního umístění	32	396 008		109 084	121 965
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	5 012	x
c) náklady spojené s realizací finančního umístění	37	383 104	x	110 289	115 301
5. Převod výnosů z finančního umístění na technický účet k neživ. pojištění	38		x	x	
6. Ostatní výnosy	39	34 509			33 922
7. Ostatní náklady	40	22 029			21 027
8. Daň z příjmů z běžné činnosti	41	23 864	x	x	14 302
9. Zisk nebo ztráta z běžné činnosti po zdanění	42	54 090	x	x	32 275
10. Mimořádné náklady	43	4	x	x	74
11. Mimořádné výnosy	44	16	x	x	77
12. Mimořádný zisk nebo ztráta	45	12	x	x	3
13. Daň z příjmů z mimořádné činnosti	46				
14. Ostatní daně neuvedené v předcházejících položkách	47	54			43
15. Zisk nebo ztráta za účetní období	48	54 048	x	x	32 235
Kontrolní číslo	999	1 634 918	598 543	826 306	1 014 704

Odesláno dne:



Podpis vedoucího

[Podpis]

Odpovídající

za údaje:

Šmerdová

Telefon:

221752560

Výkaz Úč ZP 1 - 01

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

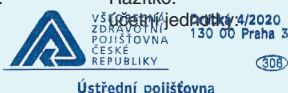
ROZVAHA
k 31. 12. 2003
(v tis Kč)

Čís. ř.	IKF	Rok	Měsíc	IČ
01	851098	2003	1/2	41197518

	Číslo řádku	Minulé období	Hrubá výše	Úprava	Čistá výše
a	b	1	2	3	4
AKTIVA					
A. Dlouhodobý nehmotný majetek, z toho:	1	285 930	1 155 347	750 251	405 096
B. Finanční umístění (investice)	2	194 121	229 078		229 078
C. Dlouhodobý hmotný majetek	3	3 416 452	5 080 379	1 659 759	3 420 620
I. Pozemky a stavby (nemovitosti)	4	2 996 778	3 478 116	542 093	2 936 023
II. Věci movité, v tom:	5	304 569	1 400 496	1 117 666	282 830
1. odepisované	6	303 767	1 399 694	1 117 666	282 028
2. neodepisované	7	802	802		802
III. Náklady na pořízení DHM a poskytnuté zálohy	8	115 105	201 767		201 767
D. Dlouhodobý finanční majetek	9	0	0		0
I. Podíly	10	0	0		0
1. Podíly v ovládaných osobách	11				0
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 UJ 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	26 693 356	30 167 796		30 167 796
I. Pohledávky z veřejného zdravotního pojištění, v tom:	21	26 520 728	30 001 482		30 001 482
1. za plátců pojistného	22	24 455 771	27 922 386		27 922 386
2. za poskytovatelé zdravotní péče	23	1 150 781	895 465		895 465
3. z přerozdělení pojistného	24	436 932	809 068		809 068
4. z náhrad škod veř. zdrav. pojištění	25	214 627	252 465		252 465
5. z přeplatků do zajišťovacího fondu	26				0
6. z plnění mezinárodních smluv o zdravotní péči	27	3 521	21 752		21 752
7. ostatní pohledávky, z toho:	28	259 096	100 346		100 346
a) pohledávky zvláštního účtu přerozdělení	29	243 583	83 732		83 732
II. Ostatní pohledávky, z toho:	30	172 628	166 314		166 314
1. Pohledávky Fondu budoucnosti	31				0
2. Pohledávky z operací přímého pojištění, v tom:	32	20 233	16 815		16 815
a) pohledávky za pojistníky	33	17 778	13 994		13 994
b) pohledávky za zprostředkovateli	34	2 455	2 821		2 821
3. Pohledávky z operací zajištění	35	9 492	9 500		9 500
F. Ostatní aktiva	36	603 424	1 014 660		1 014 660
I. Zásoby	37	39 575	30 044		30 044
II. Hotovost na účtech u fin. institucí a hotovost v pokladně, z toho:	38	547 496	971 124		971 124
1. Pokladna a jiné pokladní hodnoty	39	7 899	9 486		9 486
2. Peníze na cestě	40	90 158	131		131
3. Šeky	41				0
4. Zvláštní bankovní účty, v tom:	42	184 107	169 794		169 794
a) základního fondu	43	49 987	45 314		45 314
b) rezervního fondu	44	6	6		6
c) provozního fondu	45	19 810	17 914		17 914
d) sociálního fondu	46	31 927	29 078		29 078
e) fondu reprodukce investičního majetku	47	7 662	2 502		2 502
f) fondu prevence	48	74 715	74 980		74 980
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	265 332	791 713		791 713
a) zvláštní účet přerozdělení	53	194 306	725 457		725 457
b) účet Fondu budoucnosti	54	4 999	8 478		8 478
III. Jiná aktiva	55	16 353	13 492		13 492
G. Přechodné účty aktiv	56	16 448	12 308		12 308
I. Ostatní přechodné účty aktiv, z toho:	57	16 648	12 308		12 308
1. Dohadné položky aktivní	58	13 655	11 889		11 889
AKTIVA CELKEM	59	31 209 731	37 659 568	2 410 010	35 249 558

	Číslo řádku	Minulé období	Hrubá výše	Úprava	Čistá výše
a	b	1	2	3	4
PASIVA					
A. Vlastní jmění	60	16 449 634			16 417 419
I. Základní kapitál	61				
II. Rezervní fond na nové ocenění	62				
III. Ostatní kapitálové fondy, z toho:	63	4 025 995			4 287 006
1. provozní fond	64				
2. sociální fond	65	28 582			28 001
3. fond investičního majetku	66	3 602 957			3 789 145
4. fond reprodukce investičního majetku	67	274 714			392 486
5. fond prevence	68	113 824			68 775
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	5 918			8 599
a) fond přerozdělení	73	957			121
b) Fond budoucnosti	74	4 961			8 478
IV. Ostatní fondy ze zisku, z toho:	75	77 160			77 113
1. fond smluvního zdravotního pojištění	76	77 160			77 113
V. Fondy veřejného zdravotního pojištění, v tom:	77	12 218 431			11 947 065
1. základní fond	78	11 934 736			11 909 432
2. rezervní fond	79	283 695			37 633
VI. Nerozdělený zisk min. úč. období nebo neuhrazená ztráta min. úč. obd.	80	74 000			74 000
VII. Zisk nebo ztráta běžného účetního období	81	54 048			32 235
B. Rezervy na ostatní rizika a ztráty	82	172 349	218 109	26 750	191 359
1. Zákonné rezervy	83				0
2. Technické rezervy, z toho:	84	172 349	218 109	26 750	191 359
a) rezerva na nezasloužené pojistné	85	78 292	83 156	9 303	73 853
b) rezerva na pojistná plnění	86	49 930	88 457	17 447	71 010
c) vyrovnávací rezerva	87	44 127	46 496		46 496
C. Věřitelé	88	14 515 513			18 611 267
I. Závazky z veřejného zdravotního pojištění, v tom:	89	13 926 648			18 118 126
1. za plátcí pojistného	90				
2. k poskytovatelům zdravotní péče	91	13 486 127			15 647 303
3. z přerozdělení pojistného	92	436 932			809 068
4. k zajišťovacímu fondu	93				
5. z plnění mezinárodních smluv o zdravotní péči	94	919			7 756
6. ostatní závazky	95	2 670			1 653 999
II. Výpůjčky zaručené dluhopisem, z toho:	96				
a) směnitelné (konvertibilní) výpůjčky	97				
III. Závazky vůči finančním institucím	98	149 475			125 576
IV. Ostatní závazky, z toho:	99	439 390			367 565
a) daňové závazky	100	17 138			20 583
b) závazky ze sociálního zabezpečení a veřejného zdravot. pojištění	101	51 835			59 621
c) závazky zvláštního účtu přerozdělení	102				
d) závazky Fondu budoucnosti	103	38			
e) závazky z operací přímého pojištění	104	9 582			13 368
ea) pojistníci	105	9 539			13 332
eb) zprostředkovatelé	106	43			36
f) závazky při operacích zajištění	107				
g) interní převody	108				
D. Ostatní pasiva	109				
E. Přechodné účty pasív	110	72 235			29 513
I. Výdaje příštích období a výnosy příštích období	111	1 247			249
II. Ostatní přechodné účty pasív, z toho:	112	70 988			29 264
a) dohadné položky pasivní, v tom:	113	70 988			29 264
PASIVA CELKEM	114	31 209 731	218 109	26 750	35 249 558

Odesláno dne:



Razítko:
Ústřední pojišťovna
Česká republika
130 00 Praha 3
308

Podpis vedoucího

Odpovídající
za údaje:

Telefon:

Šmerdová

221752560

PŘÍLOHA K ÚČETNÍ ZÁVĚRCE ZA ROK 2003

INFORMACE O POJIŠŤOVNĚ:

a) obchodní jméno a sídlo ZP:

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, Orlická 4/2020, Praha 3, IČO: 41197518

b) předmět činnosti (podnikání):

Pojišťovna provádí:

1. veřejné zdravotní pojištění – stanoveno v § 2, odst. 1 zákona č. 551/1991 Sb. v pl. z.
2. 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
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. pronájem 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, 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:

Dle ustanovení § 15, odst. 3 zák. č. 551/1991 Sb. v pl. z. ředitel Pojišťovny a prokurista Pojišťovny jsou statutárními zástupci Pojišťovny a jednají jejím jménem.

ředitelka Pojišťovny:

Ing. Jiřina Musílková

prokurista Pojišťovny:

Ing. Jiří Zahradník

e) datum vzniku ZP: VZP ČR

1. 1. 1992 zřízena zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

POSTUPY ÚČTOVÁNÍ

Účetnictví Pojišťovny v roce 2003 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,

■ Opatřením MF ČR čj. V/2 25 430/1992 ve znění pozdějších předpisů a doplňků, kterým se stanoví účtová osnova a postupy účtování pro pojišťovny v ustanoveních, která nebyla upravena Vyhláškou č. 503/2002 Sb. v platném znění,

■ Vyhláškou č. 227/1998 Sb. ve znění Vyhlášky č. 235/1999 Sb. a 42/2000 Sb., 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 dané 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.

Při sestavení **účetní závěrky za rok 2003** Pojišťovna využila čl. II – Přechodná ustanovení k Vyhlášce č. 475/2003 Sb., kterou se mění vyhláška č. 503/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro zdravotní pojišťovny.

Součástí závěrkových prací byl proveden

■ převod konečných zůstatků v účtové třídě 5 – Náklady a v účtové třídě 6 – Výnosy na účet 406 – Provozní fond,

■ převod poskytnutých, resp. přijatých záloh souvisejících s institucionálními náklady, resp. výnosy do čerpání, resp. tvorby provozního fondu (zajišťující srovnatelnost nákladů vůči minulým obdobím, kdy byly standardně vůči nákladům a výnosům tvořeny dohadné položky),

■ převod konečných zůstatků v účtové třídě 1 – Finanční umístění (účty sk. 10) do účtové třídy 2 – Dlouhodobý hmotný majetek.

Při sestavení Rozvahy za běžné účetní období 2003 Pojišťovna postupovala dle Přílohy č. 1 Vyhlášky č. 475/2003 Sb. Při sestavení Výkazu zisku a ztráty za běžné účetní období bylo postupováno dle Přílohy č. 2 Vyhlášky č. 475/2003 Sb. s tím, že účetní výkazy obsahují data k 31. 12. 2003 srovnatelná s údaji uvedenými ve sloupci „Minulé období“ (údaji k 31. 12. 2002).

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

- a) hmotný majetek kromě zásob pořizovacími cenami,
- b) zásoby pořizovacími cenami,
- c) peněžní prostředky a ceniny jejich jmenovitými hodnotami,
- d) cenné papíry (v oblasti komerčního pojištění a připojištění) reálnou hodnotou k datu účetní závěrky,
- e) pohledávky a závazky při vzniku jmenovitou hodnotou,
- f) nehmotný majetek kromě pohledávek pořizovacími cenami,

přičemž pořizovací cenou se rozumí cena, za kterou byl majetek pořízen, a náklady s jeho pořízením související. U cenných papírů (v oblasti komerčního pojištění a připojištění) je vypořádání nepřímých nákladů na správu portfolia provedeno jako součást uzávěrkových operací.

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.

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

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. 2003 činil nesplacený zůstatek jistiny úvěru 86 639 893,80 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 2003.

■ Stavby a změny stavů fondů veřejného zdravotního pojištění a jednotlivých kapitálových fondů veřejného zdravotního pojištění, s doložením jejich tvorby a čerpání v rozsahu vyžadovaném MZ ČR, jsou uvedeny v kapitole č. 6 Výroční zprávy za rok 2003.

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.: 41197518 povolení k provozování pojišťovací činnosti a činností souvisejících dle § 7 odst. 3 zákona v rozsahu pojistných odvětví 2d) (smluvní zdravotní pojištění) neživotních pojištění uvedených v části B přílohy k zákonu o pojišťovnictví.

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.

I přes výše zmiňovanou skutečnost byla v účetním období 2003 nepřetržitě realizována veškerá stávající pojišťovací činnost.

Celková výše předepsaného hrubého pojistného v roce 2003 činila 347 426 tis. Kč, zajišťovatelé se na předepsaném hrubém pojistném podíleli částkou 43 767 tis. Kč. Zasloužené pojistné dosáhlo celkové výše 264 403 tis. Kč.

Na hrubých nákladech na pojistná plnění, které dosáhly výše 135 649 tis. Kč, se zajišťovatelé podíleli výší 24 571 tis. Kč. Čisté náklady na pojistná plnění tedy dosáhly výše 110 078 tis. Kč.

Saldo zajištění (tj. podíl zajišťovatelů na výnosech mínus podíl zajišťovatelů na nákladech) činilo celkem 19 196 tis. Kč ve prospěch zajišťovatelů.

Hrubé provozní výdaje (tj. pořizovací náklady na pojistné smlouvy a správní režie) byly v roce 2003 zaúčtovány v celkové výši 152 175 tis. Kč, současně provize od zajišťovatelů dosáhla výše 5 488 tis. Kč.

Ostatní provize, zaúčtované v rámci přímého pojištění v průběhu účetního období 2002, byly členěny na provize pro spolupracující subjekty (celková výše 3 103 tis. Kč, je součástí pořizovacích nákladů na pojistné smlouvy) a na provize od spolupracujících subjektů (celková výše 5 607 tis. Kč).

CENNÉ PAPÍRY K 31. 12. 2003

Cenné papíry s pevným výnosem

ISIN	Název CP	Počet kusů	Tržní cena (plášť)
CZ0001000772	Stát. dluhopis 5,7/06	250	2 662 000,00 Kč
CZ0001000756	Stát. dluhopis 6,05/04	8 070	82 870 830,00 Kč
CZ0001000715	Stát. dluhopis 7,95/04	2 700	27 160 650,00 Kč
CZ0001000707	Stát. dluhopis 6,75/05	530	5 555 990,00 Kč
CZ0003700569	Čes. pojišťovna VAR/06	9	8 847 000,00 Kč
CZ0003700528	KB 8,00/04	2 280	23 698 320,00 Kč
CZ0000000047	ING BANK VAR/04	10	10 012 500,00 Kč
CZ0002000094	HZL ČMHB 8,9/04	1 000	10 062 500,00 Kč
XS0109267426	Hamburg 6,875/04	403	2 039 300,90 Kč
XS0096969976	EBRD 7/04	544	13 823 720,00 Kč
XS0157184713	EIB 3,25/07	200	4 943 250,00 Kč
Celkem		15 996	191 676 060,90 Kč

Informace o provozních nákladech komerčního pojištění a připojištění a tvorbě technických rezerv jsou obsahem přílohy č. 2 k Příloze účetní závěrky za rok 2003.

PŘÍLOHA Č.1 K PŘÍLOZE ÚČETNÍ ZÁVĚRKY ZA ROK 2003

VÝKAZ ZFZP

Stav fondu k 31. 12. 2003	11 909 432 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2003	47 248 tis.
rozdíl	11 862 184 tis.
z toho: saldo pohledávek a závazků	11 862 184 tis.

Pohledávky k 31. 12. 2003

za plátcí pojistného	27 922 386 tis.
za smluvními zdrav. zařízeními	895 466 tis.
z přerozdělení	809 068 tis.
z náhrad škod	252 465 tis.
ostatní	38 366 tis.
interní	67 899 tis.
Celkem	29 985 650 tis.

Závazky k 31. 12. 2003

- vůči smluvním zdrav. zařízením	15 341 221 tis.
- ostatní	1 853 241 tis.
- interní	929 004 tis.
Celkem	18 123 466 tis.

VÝKAZ FRIM

Stav fondu k 31. 12. 2003	392 486 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2003	2 502 tis.
rozdíl	389 984 tis.
z toho: saldo pohledávek a závazků	515 560 tis.
zůstatek nesplaceného úvěru	125 576 tis.

Pohledávky k 31. 12. 2003

- interní	515 560 tis.
Celkem	515 560 tis.

Závazky k 31. 12. 2003

- investiční úvěr	125 576 tis.
Celkem	125 576 tis.

VÝKAZ SOCIÁLNÍ FOND

Stav fondu k 31. 12. 2003	28 001 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2003	29 106 tis.
rozdíl	-1 105 tis.
z toho: saldo pohledávek a závazků	-1 105 tis.

Pohledávky k 31. 12. 2003

- externí	6 tis.
- za zaměstnanci	3 tis.
- interní	2 135 tis.
Celkem	2 144 tis.

Závazky k 31. 12. 2003

- externí (faktury)	187 tis.
- vůči zaměstnancům	17 tis.
- interní	3 045 tis.
Celkem	3 249 tis.

VÝKAZ REZERVNÍ FOND

Stav fondu k 31. 12. 2003	37 633 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2003	6 tis.
rozdíl	37 627 tis.
z toho: saldo pohledávek a závazků	37 627 tis.

Pohledávky k 31. 12. 2003

- interní	37 627 tis.
Celkem	37 627 tis.

Závazky k 31. 12. 2003

Celkem	0 tis.
--------	--------

VÝKAZ FOND PREVENCE

Stav fondu k 31. 12. 2003	68 775 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2003	75 408 tis.
rozdíl	-6 633 tis.
z toho: saldo pohledávek a závazků	-6 633 tis.

Pohledávky k 31. 12. 2003

- externí	286 tis.
Celkem	286 tis.

Závazky k 31. 12. 2003

- externí	4 020 tis.
- interní	2 899 tis.
Celkem	6 919 tis.

VÝKAZ PROVOZNÍ FOND

Stav fondu k 31. 12. 2003	0 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2003	19 703 tis.
rozdíl	-19 703 tis.
z toho: saldo pohledávek a závazků	-52 950 tis.
stav zásob a cenin k 31. 12. 2003	33 247 tis.

Pohledávky k 31.12.2003

- odběr. faktury	8 862 tis.
- provoz. zálohy	2 829 tis.
- za zaměstnance	77 tis.
- ostatní	49 599 tis.
- interní	891 868 tis.
Celkem	953 235 tis.

Závazky k 31.12.2003

- pokuty, penále	114 596 tis.
- dodav. faktury	95 305 tis.
- přijaté provoz. zálohy	0 tis.
- vůči zaměstnancům	90 471 tis.
- vůči org. zdr. poj. a soc. zab.	59 621 tis.
- ostatní	59 514 tis.
- interní	586 678 tis.
Celkem	1 006 185 tis.

PŘÍLOHA Č. 2 K PŘÍLOZE ÚČETNÍ ZÁVĚRKY ZA ROK 2003**PROVOZNÍ NÁKLADY SMLUVNÍHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ A PŘIPOJIŠTĚNÍ**

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

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

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

- C) Vyčíslení podílu ostatních provozních nákladů činností smluvního zdravotního pojištění a připojištění na provozních nákladech VZP ČR (klíčované náklady VZP ČR) je odvozeno z vnitřních směrnic VZP ČR pro nákupy a zajištění provozu a z počtu pracovníků, podílejících se na této činnosti:
- podíl činnosti smluvního pojištění a připojištění na provozních nákladech VZP, hrazených pojišťovnou pro potřeby všech okresních pojišťoven včetně ústředí (poměr všech pracovníků, provádějících smluvní pojištění, a všech pracovníků celovZP)
 - podíl činnosti smluvního pojištění a připojištění na provozních nákladech VZP, hrazených ústřední pojišťovnou, pro potřeby ÚP + OP (poměr pracovníků ústřední pojišťovny, provádějících smluvní zdravotní pojištění, a všech

pracovníků celovzp) – podíl pracovníků smluv. poj. OP na nákladech je zahrnut již v klíčových nákladech OP

- podíl činnosti smluvního pojištění a připojištění na provozních nákladech VZP, hrazených ústřední pojišťovnou pro potřeby ústřední pojišťovny (poměr pracovníků na ústřední pojišťovně, provádějících smluvní zdravotní pojištění, a všech pracovníků ÚP VZP)
- klíčování z redukované základny na základě přehledu užívání plochy v objektu ÚP VZP 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 VZP, hrazených ústřední pojišťovnou, pro potřeby ÚP + OP (poměr pracovníků ústřední pojišťovny, provádějících smluvní zdravotní pojištění, a všech pracovníků VZP)
- b) podíl činnosti smluvního pojištění a připojištění na nákladech VZP, hrazených ústřední pojišťovnou pro potřeby ústřední pojišťovny (poměr pracovníků na ústřední pojišťovně, provádějících smluvní zdravotní pojištění, a všech pracovníků ÚP VZP)

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 pojišťovnictví, a vnitřními předpisy VZP ČR.

VZP ČR tvoří následující technické rezervy:

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

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

Rezerva na nezasloužené pojistné

Je tvořena z části předepsaného hrubého pojistného, které se vztahuje k budoucím účetním ob-

dobím. Rezerva vstupuje do zajištění. Je vytvářena při uzavírání pojistných smluv, a to jak na OP VZP, tak na ÚP VZP ČR. Rozpouští se v místě tvorby. Podíl zajišťovny na tvorbě rezervy i rozpouštění podílu zajišťovny je prováděno na ÚP VZP ČR. Analytické členění rezervy je dle jednotlivých pojistných produktů.

Rezerva na pojistná plnění

Je určena ke krytí závazků z pojistných událostí

- v běžném účetním období vzniklých, hlášených, ale v tomto období nezlikvidovaných

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 je (včetně podílů zajišťovny) vytvářena a čerpána na ÚP podle údajů z OP VZP a OSML ÚP VZP. Analytické členění rezervy na pojistná plnění je 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 ÚP VZP ČR. Analytické členění vyrovnávací rezervy je 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 je v souladu se zákonem č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, předkládán Ministerstvu financí ČR.

Způsob a forma zveřejnění výroční zprávy

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