



VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

2006



Výroční zpráva

Všeobecné zdravotní
pojišťovny ČR
za rok 2006



VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

2006

Výroční zpráva

Všeobecné zdravotní
pojišťovny ČR
za rok 2006

OBSAH

1.	Vstupní údaje	5
2.	Charakteristika vývoje v roce 2006	7
3.	Orgány Pojišťovny	19
3.1	Správní rada Pojišťovny	20
3.2	Dozorčí rada Pojišťovny	22
3.3	Rozhodčí orgán Pojišťovny	23
3.4	Společné jednání Správní rady a Dozorčí rady Pojišťovny	24
4.	Činnost Pojišťovny	25
4.1	Organizační struktura	26
4.2	Informační systém	28
4.3	Kontrola a kontrolní systém	29
4.4	Zdravotní politika a revizní činnost	34
4.5	Pohledávky za ZZ po lhůtě splatnosti	50
4.6	Smluvní politika	50
4.7	Zdravotní péče poskytovaná pojištěncům a hrazená nad rámec veřejného zdravotního pojištění	60
5.	Tvorba a čerpání fondů Pojišťovny	63
5.1	Základní fond zdravotního pojištění	64
5.2	Provozní fond	78
5.3	Fond reprodukce majetku	82
5.4	Sociální fond	84
5.5	Rezervní fond	86
5.6	Fond prevence	88
5.7	Ostatní zdaňované činnosti	90
5.8	Doplňující údaje	91
6.	Souhrnný přehled vybraných ukazatelů o činnosti Pojišťovny	93
6.1	Stav pohledávek a závazků Pojišťovny	94
6.2	Plnění podmínek splátkových kalendářů úvěrů	94
6.3	Pojištěnci Pojišťovny a jejich pohyb v roce 2006	96
7.	Plnění podmínek ustanovení § 18 zákona č. 106/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů	103
8.	Závěr	105
8.1	Porovnání výše příjmů a výdajů	106
8.2	Stav závazků vůči ZZ	106
8.3	Porovnání zůstatku bankovního účtu ZFZP se zůstatky nesplacených úvěrů	106
8.4	Naplnění bankovního účtu rezervního fondu	106
8.5	Plnění přidělů do ostatních fondů	106
8.6	Porovnání stavu finančních prostředků ZFZP	106
8.7	Stav pohledávek po lhůtě splatnosti za plátcí pojistného	107
8.8	Stav pohledávek po lhůtě splatnosti za ZZ	107
8.9	Stav závazků po lhůtě splatnosti za ZZ	107
8.10	Vnitřní opatření ke konsolidaci hospodaření přijímaná v průběhu roku 2006	107
8.11	Další specifické postupy, které ovlivnily hospodaření se ZFZP v roce 2006	107
9.	Přílohy	109
	Usnesení Správní rady VZP ČR	110
	Usnesení Dozorčí rady VZP ČR	111
	Auditorská zpráva k účetní závěrce a Výroční zpráva	112
	Účetní závěrka 2006	114
	Způsob a forma zveřejnění Výroční zprávy 2006	126
	Zkratky související s textovou částí a tabulkovými přílohami VZ 2006	126

VÝROČNÍ ZPRÁVU ZA ROK 2006 PŘEDKLÁDÁ:

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY se sídlem:
Praha 3, Orlická 4/2020
IČO 41197518
DIČ CZ41197518

STATUTÁRNÍ ORGÁN VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ČR:
ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (dále jen „Pojišťovna“):
Ing. Jiřina Musílková – do 17. ledna 2006
Ing. Josef Čekal – od 18. ledna 2006 do 30. dubna 2006
MUDr. Pavel Horák, CSc., MBA – od 1. května 2006

ZŘÍZENÁ:

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

BANKOVNÍ SPOJENÍ:

Československá obchodní banka, a. s.

Na Příkopě 14, Praha 1

GE Money Bank, a. s.

BB Centrum, Vyskočilova 1422/1a, Praha 4

Komerční banka, a. s.

Na Příkopě 33, Praha 1

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

adresa: Orlická 4/2020, 130 00 Praha 3

telefon: +420 221 751 111, fax: +420 221 754 111

E-mail: info@vzp.cz, URL: www.vzp.cz

Vstupní údaje



Charakteristika vývoje v roce 2006



MUDr. Pavel HORÁK, CSc., MBA

ÚVODNÍ SLOVO ŘEDITELE POJIŠŤOVNY

MUDr. Pavel HORÁK, CSc., MBA

Vážení klienti, členové zastupitelských sborů, obchodní a smluvní partneři,
Vážení veřejnosti,
Vážení zaměstnanci a příznivci Všeobecné zdravotní pojišťovny,

stojí přede mnou úkol Vás stručně informovat o dění v Pojišťovně v roce 2006. Jejím ředitelem jsem se stal v květnu 2006. Údaje o hospodaření a činnosti Pojišťovny, o plnění předepsaných ukazatelů zdravotně-pojistného plánu jsou podrobně rozvedeny v příslušných kapitolách této výroční zprávy. Stručné shrnutí činnosti v jednotlivých oblastech je podáno v následujících částech tohoto úvodu příslušnými vedoucími pracovníky.

Chci se ve svém úvodu zaměřit na to, co pokládám za stěžejní. Na změnu řízení Pojišťovny, základní změnu v její politice kontroly nákladů a efektivního nakládání s veřejnými prostředky.

Všeobecná zdravotní pojišťovna je institucí, na níž leží většina odpovědnosti za financování zdravotní péče v České republice. Je to dáno jak počtem jejích pojištěnců a obhospodařovaným objemem financí, tak tím, že tvoří garanci univerzálnosti přístupu ke zdravotní péči pro všechny občany České republiky bez ohledu na jejich sociální status. V minulosti bylo naší největší slabinou, že naplňování těchto garancí, rozsah pojistného kmene a nepostupující nutné reformy v oblasti veřejného zdravotního pojištění, a tudíž i velký potenciál systému k tvorbě deficitu, se soustřeďoval právě u Všeobecné zdravotní pojišťovny. Přispívala k tomu i možnost selektivního náboru pojištěnců ze strany ostatních zdravotních pojišťoven. Ta byla nedostatečně kompenzována neúplným systémem přerozdělování příjmů nekorespondujícím s rozdílným podílem různých příjmových skupin a nákladovostí pojištěnců mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami. Takřka každoroční schodky v hospodaření, a to i přes opakované státní intervence, pouhé administrativní a byrokratické způsoby kontroly nákladů a málo aktivní postoj Pojišťovny k úhradovým vyhláškám jako k externalitě, jejíž dopady jsou mimo odpovědnost a možnosti ovlivnění Pojišťovnou, vedly k navyšování prodlevy při úhradě splatných faktur smluvními partnery, k oslabení důvěry v Pojišťovnu i její pozici jak vůči poskytovatelům, tak i vůči ostatním pojišťovnám. Scházely prostředky, které by bylo možno věnovat ke stimulaci poskytovatelů k uskutečnění potřebných strukturálních změn v poskytování zdravotní péče. Těmi jsou: přesun péče do ambulantní činnosti, rozvoj segmentu poskytovatelů neakutní lůžkové péče, zracionalnění úhrady a sítě poskytovatelů mimořádně nákladné zdravotní péče, rozvoj nových technologií a způsobů léčby atd.

Proto bylo cílem nového managementu v roce 2006 nepromarnit příležitost ke stabilizaci hospodaření Pojišťovny. Ta byla dána změnou legislativy zavedením stoprocentního přerozdělování příjmů mezi pojišťovnami a celkovým navýšením příjmů veřejného zdravotního pojištění zvýšením plateb za tzv. státní pojištěnce. Tento náročný úkol byl dán zdravotně-pojistným plánem na rok 2006, který, a jsem hrdý na to, že to mohu říci, byl také bezesbýtku splněn. V oblasti snížení závazků po lhůtě splatnosti byl i při vzetí v úvahu technických a metodických změn (splatnost faktur, posuny ve fakturaci ze strany některých zdravotnických zařízení na konci roku atd.) dokonce překročen. Pro následující rok 2007 byly tak vytvořeny předpoklady pro úhradu zdravotní péče ve lhůtách splatnosti, pro finanční naplnění rezervního fondu Pojišťovny i pro vytvoření prostoru pro stimulaci nutných strukturálních změn a reforem v systému.

V oblasti úhrad zdravotní péče se v roce 2006 postupně stala hlavním kritériem co nejadresnější úhrada poskytnuté péče s postupným omezením vlivu paušalizace. To se projevilo a projevilo při závěrečných vyúčtováních zejména oceněním těch poskytovatelů, kteří poskytli péče více. V oblasti kontroly růstu nákladů se stalo základním odborné hledisko – tzn. uplatňování regulačních mechanismů nikoliv na základě globálního statistického přístupu, formálně právních výkladů vyhlášek, ale na základě co nejpresnějšího zhodnocení skutečně poskytnuté zdravotní péče, její kvality, potřebnosti a skutečného přínosu pro zdraví pacientů. Tato zásadní změna v přístupu Pojišťovny se musí stát dlouhodobým trendem, který se v roce 2006 pouze začínal prosazovat. Největší nároky z tohoto pohledu bude činit nastávající rok 2007, kde jsou stále ještě základní mantinely úhrad nastaveny z dohodovacích řízení původním přístupem.

Chtěl bych ujistit všechny partnery Pojišťovny, její klienty, odbornou i všeobecnou veřejnost o tom, že Všeobecná zdravotní pojišťovna bude stabilním a spolehlivým partnerem, který bude podporovat a iniciovat potřebné změny všude, kde k tomu bude mít prostor. Změny směřující k přerodu současného systému v systém moderního veřejného zdravotního pojištění, změny směřující k vyšší efektivitě vynakládaných prostředků veřejného zdravotního pojištění, k vyšší kvalitě péče i k vyššímu pojistnému krytí formou zajištěných nových či mimořádně nákladných způsobů léčby. Naším cílem je zajištění potřebné zdravotní péče všem pojištěncům bez rozdílu.

Chtěl bych dnes poděkovat všem zaměstnancům Pojišťovny, jejímu vedení a svým nejbližším spolupracovníkům, Správní a Dozorčí radě Pojišťovny za jejich práci a podporu v roce 2006, která na všechny kladla zcela mimořádné nároky. Děkuji všem, kteří se s nimi úspěšně vyrovnali, za výsledky Pojišťovnou dosažené, za uskutečnění podstatných organizačních změn a změn v řízení a za aktivní převzetí nových adresných odpovědností. Současně chci veřejnost i zaměstnance Pojišťovny ujistit, že vrcholové vedení bude v nastoupěném trendu stabilizace a rozvoje pokračovat i v roce 2007.

ČINNOST POJIŠŤOVNY V JEDNOTLIVÝCH OBLASTECH

**KANCELÁŘ ŘEDITELE, SPRÁVNÍ A DOZORČÍ RADY**

JUDr. Stanislav Trojan

Ředitel kanceláře ředitele

Úkolem Kanceláře ředitele v roce 2006 bylo vytvoření funkční podpory řídicích a administrativních činností ředitele Pojišťovny. Kancelář ředitele participuje na organizaci porad a jiných jednání ředitele Pojišťovny, přípravě podkladů pro Správní a Dozorčí radu Pojišťovny, orgány státní správy, profesní sdružení apod. Podílela se na zpracování jak systému řídicích aktů Pojišťovny, tak i jednotlivých interních předpisů. Kancelář dále plnila úlohu koordinačního pracoviště v rámci Ústředí i ve vztahu ke krajským pobočkám.

**INTERNÍ AUDIT A KONTROLA**

Ing. Jan Špaček

Ředitel úseku interního auditu a kontroly

S účinností od 1. 8. 2006 byl nově zřízen Úsek interního auditu a kontroly, do kterého byly začleněny, dříve samostatně působící, odbory:

- kontroly
- interního auditu.

Odbor kontroly realizoval 13 kontrol hospodaření ÚP Pojišťovny, 4 mimořádné kontroly, 2 tematické a 6 následných kontrol a prověřil celkem 307 stížností, podání a podnětů.

Odbor interního auditu prováděl celkem 7 auditů a současně realizoval konzultační činnost zaměřenou zejména na zvyšování kvality vnitřního kontrolního systému. Podrobně je činnost uvedených odborů popsána v kapitole 4.3.2.

Do náplně úseku byly zahrnuty rovněž některé analytické činnosti. Cílem tohoto organizačního opatření bylo posílit přiměřenost a účinnost kontrolní činnosti a interního auditu a vytvořit podmínky pro integrovaný vnitřní kontrolní systém Pojišťovny. V prosinci 2006 byl novelizován Statut interního auditu Pojišťovny, který v souladu s mezinárodně uznávanými standardy vytvořil podmínky pro prohloubení informovanosti Správní a Dozorčí rady Pojišťovny o výsledcích interního auditu a vlivu těchto orgánů Pojišťovny na plánování interního auditu a personální oblast.

Významným pozitivním faktorem byla rovněž rozhodnutí vedení Pojišťovny o personálním posílení odboru interního auditu a zřízení útvarů vnitřní kontroly v rámci KP Pojišťovny. Tato rozhodnutí vytvořila podmínky pro prohloubení zaměření plánu interního auditu na rok 2007 na nejvýznamnější segmenty hospodaření Pojišťovny, např. na příjmovou a výdajovou část ZFZP, a pro rozvoj vnitřního kontrolního systému KP Pojišťovny. Současně byla rozšířena náplň úseku o metodické řízení tohoto nového segmentu vnitřní kontroly.

Mezi nejvýznamnější výsledky úseku interního auditu a kontroly patří:

- prohlubování integrace aktivit úseku interního auditu a kontroly se záměry vedení Pojišťovny při dalším zkvalitňování finanční kontroly, mj. v souvislosti s implementací krajské struktury Pojišťovny
- posilování účinnosti opatření k nápravě, která jsou přijímána na základě výsledků kontrol a auditů (zvýšenou systematickostí a konkrétností doporučení úseku a kvalitou jejich rozpracování vedoucími zaměstnanci auditovaných či kontrolovaných útvarů)
- vznikající synergický efekt vyplývající z možnosti vzájemného sdílení informací získaných odbory kontroly a interního auditu.

**SLUŽBY KLIENTŮM A VÝBĚR POJISTNÉHO**

Ing. Jaromír Jungbauer

Náměstek ředitele pro pojistné a služby klientům

Ředitel finančního úseku a úseku pojistného a služeb pro klienty

Práce obou úseků je zajišťována pěti samostatnými odbory:

- výběru pojistného a správy pohledávek
- služeb klientům
- marketingu
- finančního plánu a rozpočtu
- finančních služeb.

Nejnáročnějším úkolem obou úseků v minulém roce bylo zahájit a udržet proces ekonomické stabilizace Pojišťovny. Pro ni bylo klíčové v příjmové části udržet počet klientů a snížit procento nedovýběru pojistného, ve výdajové pak prosadit důslednou rozpočtovou

politiku ve všech fondech Pojišťovny. Finanční situaci Pojišťovny zásadně pomohlo zlepšit i trojí navýšení plateb státu za tzv. státní pojištění a zavedení stoprocentního přerozdělování. Při tomto růstu příjmů se v minulém roce současně podařilo v nákladech zavést a udržet velmi konzervativní politiku Pojišťovny. Ta byla na rozdíl od minulosti v nákladech na zdravotní péči založena ne na administrativních opatřeních a používání formálně právních důvodů k odepírání navyšování plateb, ale postupně ve stále větší míře na uplatňování odborně medicínského pohledu v kontraktaci zdravotní péče a uvnitř Pojišťovny na zavedení finančního řízení konstituovaných krajských poboček Pojišťovny. Výsledkem jsou hospodářské výsledky roku 2006:

1. splnění všech rozhodujících ukazatelů zdravotně-pojistného plánu roku 2006
2. meziroční růst celkových příjmů o 9,5 mld. Kč
3. snížení závazků po lhůtě splatnosti z 10,6 mld. Kč na začátku roku na 2,4 mld. Kč k 31. 12. 2006
4. snížení časové prodlevy v úhradách faktur zdravotnických zařízení z 1 měsíce na začátku roku na 1 týden v prosinci 2006.

K lepšímu poskytování služeb na přepážkových místech Pojišťovny výrazně přispělo proškolení cca 800 pracovníků v blocích z různých oblastí zdravotního a komerčního pojištění a jednání s klienty.



KONTRAKTACE A ÚHRADA ZDRAVOTNÍ PÉČE

MUDr. Dalibor Štampera

Ředitel úseku zdravotní péče

Činnost úseku zajišťovaly odbory:

- zdravotní a smluvní politiky
- léčiv a zdravotnických prostředků
- úhrad ambulantní a dopravní zdravotní péče
- úhrad lůžkové zdravotní péče.

Úkolem úseku zdravotní péče v roce 2006 bylo řízení krajských poboček v zajišťování objemu potřebné zdravotní péče pro pojištěnce Pojišťovny, plánování a kontrolování alokace prostředků vynakládaných na tuto péči, systém propočtů financování ambulantních a lůžkových zdravotnických

zařízení, výpočet regulací a bonifikací.

Úsek dále shromažďuje a analyzuje veškerá data z oblasti poskytování péče a tyto údaje využívá k plánování dalšího vývoje jak v oblasti financování, tak v oblasti sítě zdravotnických zařízení a poskytování péče.

V průběhu roku 2006 procházel úsek zdravotní péče organizační úpravou v souvislosti s nově uplatňovaným systémem řízení. Probíhající reorganizace spočívala v jednoznačném uspořádání procesů v Pojišťovně, jejich přiřazení odpovědnému vlastníkov, přiřazení pravomocí, ale také zodpovědnosti jednotlivým útvarům za určitý výsek činnosti, posílení pozice útvarů zdravotní péče v rámci Pojišťovny, adekvátní personální zabezpečení, přebírání funkce „přikazce operace“ v oblasti zdravotní péče a zlepšení a sjednocení výkonu standardních procedur a procesů. Úsek se připravoval na zřízení odboru zdravotní péče krajské pobočky, který se stává důležitým článkem řízení v této oblasti v Pojišťovně a přebírá významné kompetence a také odpovědnost v rámci plnění úkolů úseku zdravotní péče.

Uskutečněné ani plánované změny nemají a nebudou mít negativní dopad na komunikaci s pojištěnci, plátcí pojistného a smluvními partnery, naopak všechny prováděné změny jsou koncipovány tak, aby Pojišťovna byla klientovi, resp. smluvnímu partnerovi co nejbližší.

Přes složité podmínky dané v prvním pololetí 2006 existencí dvou úhradových vyhlášek a prostředím restrikce úhrad a ve druhém pololetí naopak neexistencí úhradové vyhlášky se v roce 2006 úseku zdravotní péče podařilo přispět k udržení nákladů na zdravotní péči pod úroveň nákladů původně plánovaných ve ZPP 2006 a tím přispět ke splnění plánovaných úkolů ve finanční stabilizaci Pojišťovny.



REVIZE ZDRAVOTNÍ PÉČE

MUDr. Miroslav Poláček

Ředitel odboru kontroly a revize zdravotní péče

Od roku 2006 je odbor kontroly a revize zdravotní péče Ústředí Pojišťovny podřízen řediteli Pojišťovny. Tato změna a ustavení sboru krajských revizních lékařů (odborníků z praxe) umožňuje získávání relevantních výstupů revizní činnosti. Poradní sbor ředitele OKRZP se stal důležitým článkem v metodickém řízení revizní činnosti. Poskytuje kvalifikovanou oponenturu nejen revizních nástrojů, ale i všech ostatních zpracovávaných postupů a pokynů OKRZP ve snaze zajistit systémové a jednotné provádění revizních činností. Výstupy takto prováděných revizních činností se tak stávají kvalitním podkladem pro plánování smluvní politiky Pojišťovny. V odboru pracuje 24 revizních zaměstnanců, z toho 12 lékařů, tři inženýři a devět středoškoláků, kteří zajišťují činnost pěti oddělení:

- metodiky a kontroly revizní činnosti
- revize
- podpory kontrolní a revizní činnosti
- metodiky a kontroly povolování a schvalování
- metodiky a kontroly kontrolních činností.

Součástí OKRZP, resp. oddělení revize, je také tým 24 vysoce kvalifikovaných revizních lékařů a nelékařů specialistů, kteří provádějí expertní činnost.

Významným prvkem restrukturalizace Pojišťovny podle územního členění ČR (krajů) je zefektivnění revizních aktivit v kompetenci krajů, kterým lze částečně čelit trvalému nedostatku revizních pracovníků, zejména revizních lékařů.

Důležitým dlouhodobě prosazovaným nástrojem ke zvýšení efektivity kontrolních a revizních aktivit je prohloubení automatických kontrolních mechanismů. Z nástrojů informačního systému byl pro kontrolu vyúčtování poskytnuté zdravotní péče v roce 2006 používán především nově připravený programový modul CRKVC. Ten umožňuje přesnou evidenci a kontrolu schválených položek (léčiv, zdravotnických prostředků, výkonů zdravotní péče) i vydaných povolení k úhradám. Spolu s dalšími softwarovými produkty informačního systému pro revizní činnost umožňuje provádět kontroly a přípravu podkladů pro revize tak, aby odpovídaly požadavkům na zajištění maximálně možné kontroly výdajové složky.

Podstatným řídicím nástrojem všech revizních složek Pojišťovny je hodnocení efektivity v praxi krajů. Statistická data o revizní činnosti jsou zjišťována čtvrtletně z hlášení krajských poboček Pojišťovny a po zpracování na Ústředí jsou umístěna na intranetových stránkách OKRZP.

Podrobné statistické výstupy revizní činnosti Pojišťovny jsou uvedeny v kapitole 4.4.2 této výroční zprávy.



ČINNOST KRAJSKÝCH POBOČEK A ÚZEMNÍCH PRACOVÍŠŤ

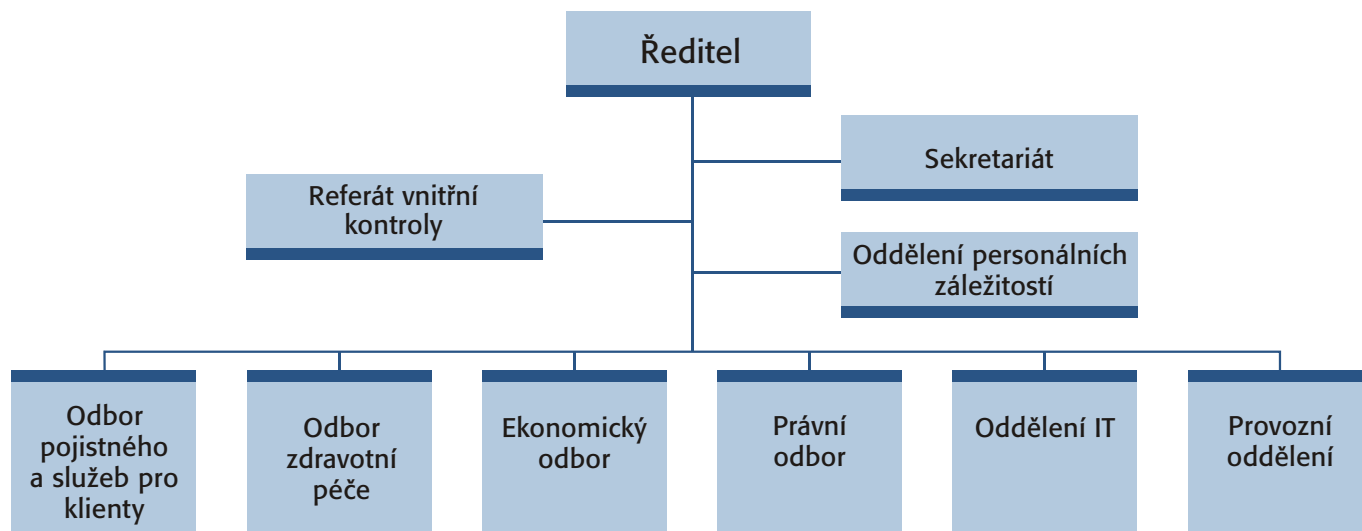
Ing. Oldřich Petržela, MBA

Náměstek ředitele pro vedení KP

Úsek náměstka pro vedení krajských poboček byl vytvořen v roce 2006 jako důsledek nutnosti vytvořit strukturu krajských poboček.

Úsek v roce 2006 zrealizoval novou koncepci krajských poboček včetně systému řízení založeného na vysoké míře delegace řídicích pravomocí ředitelem Pojišťovny krajským ředitelům Pojišťovny. Zhruba po dvou letech od záměru vytvořit krajskou strukturu Pojišťovna dospěla k začátku nové etapy svého vývoje, přechodu od struktury 77 okresních pojišťoven k plné implementaci plnohodnotné krajské organizační struktury.

Příloha č.1: Nová organizační struktura krajské pobočky Pojišťovny



Cíl organizační struktury:

Základní prvky řízení prostřednictvím krajských ředitelů byly implementovány již v červnu 2006. Cílem práce ve druhém pololetí 2006 bylo vytvoření struktury krajských poboček, která bude od počátku funkční a z pohledu řízení výkonná, obsahuje potřebné kontrolní mechanismy, a je tak co nejméně riziková. Její podoba je determinovaná současným informačním systémem stále dislokovaným na jednotlivých územních pracovištích, současným stavem personálního obsazení Pojišťovny a jejím regionálním uspořádáním, potřebou stabilizovat zaměstnance, podnítit jejich iniciativu, zachovat sociální smír a využívat efektivně centrální řídicí mechanismy jak přímého, tak metodického řízení při současně delegaci všech potřebných pravomocí na KP, potřebou zajistit otevřenost, jednotnost uspořádání a kooperaci mezi odbornými útvary.

Vytvořený standardní krajský organizační řád byl dne 14. 12. 2006 Správní radou Pojišťovny vzat na vědomí.

Pojišťovna tak do roku 2007 vstupuje s implementací dlouho očekávané a potřebné nové organizační struktury krajských poboček a s novým systémem řízení. Proces není ukončen, ale znamená začátek, na jehož konci je plně funkční krajská organizační struktura podpořená informačním systémem se zavedeným novým interním kontrolním systémem. Postupně tak vznikne Pojišťovna reagující na potřeby tržního prostředí.

Příloha č. 2: Specializované činnosti Pojišťovny (Metodické bloky – MB)

MB č.	Název	Garant MB – Ústředí	MB - Krajská pobočka
1	Výběr pojistného a evidence pojištěnců	Náměstek ředitele Pojišťovny pro pojistné a služby klientům	Ředitel odboru pojistného a služeb pro klienty
2	Služby klientům	Ředitel odboru služeb klientům	Oddělení evidence plátců a služeb pro klienty (KOP/VO)
3	Kontrola a správa pohledávek	Ředitel odboru výběru pojistného	Oddělení kontroly a správy pohledávek (KOP/VO)
4	Zdravotní péče	Ředitel úseku zdravotní péče	Ředitel odboru zdravotní péče
5	Správa smluv	Ředitelka odboru zdravotní a smluvní politiky	Vedoucí referátu správy smluv
6	Revize zdravotní péče	Ředitel odboru kontroly a revize zdravotní péče	Vedoucí oddělení revize zdravotní péče
7	Právní	Náměstek ředitele Pojišťovny pro právní službu a legislativní činnosti	Ředitel právního odboru
8	Vytvoření smlouvy	Ředitel odboru smluvní agendy se zdravotnickými zařízeními	Smluvní agenda (KOP)
9	Vymáhání	Ředitel odboru správního řízení a vymáhání pohledávek	Správní řízení a vymáhání pohledávek (KOP)
10	Ekonomické	Ředitel úseku účetnictví a controllingu	Ředitel ekonomického odboru
11	IT	Ředitel úseku informačních a komunikačních technologií	Vedoucí oddělení ICT
12	Provoz	Náměstek ředitele Pojišťovny pro podporu pojišťovacích činností	Vedoucí provozního oddělení
13	Personální záležitosti	Ředitel úseku personálních záležitostí	Vedoucí oddělení personálních záležitostí
14	EU	Ředitel odboru mezinárodněprávního	Agenda EU (KOP)
15	Marketing	Ředitel odboru marketingu	Obchod a marketing (KOP)

Pozn.: VO Vedoucí oddělení, KOP Krajský odborný pracovník



PRÁVNÍ SLUŽBA, PRÁVNÍ ŘÍZENÍ, LEGISLATIVA A SMLUVNÍ AGENDY

JUDr. Karel Hlaváček

Náměstek ředitele pro právní službu a legislativní činnosti

Ředitel právního úseku

Úsek tvoří tyto odbory:

- správního řízení a vymáhání pohledávek
- mezinárodněprávní
- legislativní a oddělení organizačně právní.

V kompetenci náměstka pro právní službu jsou samostatné odbory:

- smluvní agendy se zdravotnickými zařízeními
- obchodních závazkových vztahů.

Odbor správního řízení a vymáhání pohledávek metodicky vede Pojišťovnu při rozhodování podle správního řádu a při právním vymáhání pohledávek. Přípravuje jednání Rozhodčího orgánu Pojišťovny a písemně vyhotovuje jeho rozhodnutí. Základním úkolem roku 2006 bylo metodické zvládnutí přechodu Pojišťovny do režimu nového správního řádu.

Odbor mezinárodněprávní řeší aplikace práva Evropské unie při provádění veřejného zdravotního pojištění. Jde o otázky účasti v systému českého zdravotního pojištění, rozsahu nároků na plnění vůči pojištěncům z jiných zemí unie či o rozhodování povolení úhrady zdravotní péče, vyžádané pro českého pojištěnce v jiné zemi EU. V roce 2006 příslušelo do této kategorie působnosti odboru téměř 120 tis. pojištěnců.

Odbor legislativnímu přísluší účast v připomínkových řízeních k právním předpisům, vyžadujících vyjádření Pojišťovny, i tzv. vnitřní legislativa. Základním úkolem je příprava přechodu Pojišťovny na nový systém řízení prostřednictvím jiné struktury interních norem.

Oddělení organizačně právní zajišťuje plnění úkolů Pojišťovny v otázkách ochrany osobních údajů, svobodného přístupu k informacím, součinnosti s dalšími správními orgány a institucemi. V roce 2006 byla jeho kapacita věnována v rozhodující míře podpoře procesů, spojených s přechodem Pojišťovny na novou organizační strukturu.

Odbor smluvní agendy se zdravotnickými zařízeními v roce 2006 kromě běžné agendy, vyplývající z konkrétních smluvních vztahů, zajistil zpracování a projednání nových rámcových smluv a připravil právní podmínky pro sjednávání nových smluv mezi Pojišťovnou a poskytovateli zdravotní péče.

Odbor obchodních závazkových vztahů byl útvarem nejvíce vytiženým v průběhu nucené správy a kontroly, která proběhla v Pojišťovně v 1. pololetí 2006. Jeho základním úkolem je zajišťovat jednotnou aplikaci právních předpisů v oblasti smluvních vztahů, uzavíraných zejména k zabezpečení vlastního provozu Pojišťovny. Další činností odboru je zajišťování správného průběhu zadávacího řízení při veřejných zakázkách vyhlašováných Pojišťovnou.

Správní řízení a implementace nového správního řádu:

Pojišťovna rozhoduje ve věcech placení pojistného, penále a ve věcech vyměřování pokut a přírážek k pojistnému ve správním řízení a její postup se řídí správním řádem. Obdobně jako řada jiných správních orgánů a institucí postupuje Pojišťovna od 1. ledna 2006 podle nového správního řádu, tedy podle zákona č. 500/2004 Sb. Náročnost změny ilustruje fakt, že Pojišťovna vydává ročně ve správním řízení desítky tisíc rozhodnutí.

Opravné prostředky, především odvolání, proti rozhodnutím Pojišťovny projednává desetičlenný Rozhodčí orgán, jehož členy jsou zástupci MPSV, MZ a MF, zástupci Správní a Dozorčí rady Pojišťovny a zástupce Pojišťovny. Rozhodčí orgán jedná a rozhoduje ve sboru většinou hlasů. V roce 2006 se sešel ke 37 jednáním a rozhodl 5 282 případů.

Kromě toho, že Rozhodčí orgán řeší opravné prostředky, je povolán (nikoliv však již ve správním řízení) rozhodovat i o odstranění tvrdostí, které by se vyskytly při uložení pokuty, vyměření přírážky k pojistnému nebo předsazení penále, jehož výše přesahuje 20 tis. Kč. Takových rozhodnutí přijal Rozhodčí orgán v roce 2006 celkem 5 416. U částek do 20 tis. Kč rozhodovala ÚP Pojišťovny v 53 703 případech.

Nucená správa:

Činnost Pojišťovny ovlivnila v roce 2006 zásadním způsobem nucená správa, zavedená v Pojišťovně rozhodnutím MZ ze dne 10. listopadu 2005, která trvala do 3. května 2006.

Souběžně, od 15. listopadu 2005 do 24. května 2006, proběhla v Pojišťovně veřejnosprávní kontrola, provedená MZ v součinnosti s MF. Ve stejném období působila rovněž vyšetřovací komise Poslanecké sněmovny k prošetření hospodaření Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, zřízená dne 6. prosince 2005 na 51. schůzi sněmovny podle § 48 zákona č. 90/1995 Sb., o jednacím řádu Poslanecké sněmovny.

Počínaje listopadem 2005 zahájily dále příslušné útvary PČR rozsáhlá šetření ve věcech některých projektů, programů a úkonů Pojišťovny realizovaných v minulých letech.

Pro Pojišťovnu šlo o jedno z nejtěžších období v její existenci. V minulosti probíhaly v Pojišťovně vcelku pravidelně kontroly, prováděné NKÚ či MF. Šetření, prováděná různými orgány v době nucené správy, však svým rozsahem neměla v minulosti žádné obdoby. Pojišťovna pořídila desetitisíce kopií dokumentů, vypracovala stovky stanovisek, vyjádření a rozborů k záležitostem v minulosti již uzavřeným i aktuálně probíhajícím. Všechny tyto úkony zaměstnávaly v prvním pololetí celé Ústředí Pojišťovny.

Pokud jde o výsledky, nebyla nucená správa uzavřena žádným závěrečným písemným dokumentem. Po změnách ve vedení Pojišťovny, úpravě organizace Pojišťovny a dopracování návrhu Zdravotně-pojistného plánu VZP ČR na rok 2007 MZ ve svém rozhodnutí č. j. 40620/2005 ze dne 3. května 2006 konstatovalo, že důvody nucené správy pominuly, a tímto dnem ji ukončilo.

Vyšetřovací komise Poslanecké sněmovny skončila svou práci závěrečnou zprávou, z níž vyplynula řada úkolů pro současný management Pojišťovny a řada podnětů pro další šetření, která stále probíhají. Pro všechny účastníky systému veřejného zdravotního pojištění i pro státní správu a samotnou Poslaneckou sněmovnu je důležité zjištění, že základní příčinou problémů systému veřejného zdravotního pojištění je nedostatek jasných pravidel pro jeho fungování.

Kontrola prováděná MZ byla ukončena standardním způsobem; na jejím základě Pojišťovna zpracovala a realizovala nápravná opatření. Postupně se dařilo řešit některé nejasné závěry této kontroly, týkající se samých právních základů postavení Pojišťovny. Dnes již lze zřejmě bez dalšího uzavřít, že Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky je tak, jak to stanoví zákon, samostatnou právnickou osobou, která vystupuje v právních vztazích vlastním jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost z těchto vztahů vyplývajících. Tam, kde rozhoduje o právech a povinnostech účastníků veřejného zdravotního pojištění, smí postupovat jen tak, jak jí zákon ukládá. V ostatních věcech „obchodní“ povahy ji však v jejích právech může omezit pouze zákon.

Šetření orgánů činných v trestním řízení či Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže většinou dosud ještě probíhají, jako např. šetření ve věci obnovy vozového parku Pojišťovny či ve věci internetových zdravotních knížek. Se závěrem, že nebyl porušen zákon, bylo ukončeno např. šetření úkonů, jimiž Pojišťovna založila v roce 2003 svou dceřinou společnost Pojišťovnu VZP, a. s.



PROVOZ A INVESTICE

Ing. Ilja Čurda

Náměstek ředitele pro podporu pojišťovacích činností

Ředitel úseku provozního a investičního

Úsek provozní a investiční zajišťuje nákup a logistiku v oblasti provozní a investiční pro celou Pojišťovnu. Je tvořen odděly správy majetku, bezpečnosti, nákupu a logistiky.

Odděl správy majetku zajišťuje výkon souhrnných odborných činností v oblasti investiční výstavby, projektovou a inženýrskou činnost, rekonstrukce budov, opravy, správu a údržbu movitého a nemovitého majetku, správu vozového parku a správu energií a odpadového hospodářství v rámci Pojišťovny.

V oblasti stavebních investic bylo do ZPP 2006 po úpravách vyvolaných nucenou správou zahrnuto pouze 69 mil. Kč. V roce 2006 byly nově zahájeny jen projekty sanační povahy. Z ostatních

stavebních investic byly dokončeny pouze rozestavěné akce z minulých let. Ostatní drobné investiční akce byly zaměřeny na technické zhodnocení stávajících vlastních objektů.

Odděl bezpečnosti vytváří jednotnou bezpečnostní politiku Pojišťovny a zajišťuje její aplikaci. Zabezpečuje pojištění a ochranu majetku Pojišťovny a zabezpečuje činnosti požární ochrany a bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.

V roce 2006 byla zahájena realizace projektu „Jednotné bezpečnostní politiky VZP ČR“, byl zahájen projekt „Evidence a analýza bezpečnostních incidentů ve VZP ČR“ a dále proběhla rozsáhlá změna vnitřní legislativy v oblasti požární ochrany a bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.

Odděl nákupu a logistiky zabezpečuje bezproblémový chod jednotlivých útvarů Pojišťovny prostřednictvím ekonomicky efektivního zajišťování prostředků provozní a investiční povahy s cílem maximalizace efektivity činností těchto útvarů orientovaných na potřeby klientů Pojišťovny.

V roce 2006 se díky využívání moderních nákupních kanálů podařilo významným způsobem snížit nákupní ceny zásadních provozních komodit, a to v některých případech meziročně až o 35 %. V oblasti čerpání fondu reprodukce majetku se Pojišťovně v roce 2006 podařilo dosáhnout úspory 15 % oproti plánu, a to zejména efektivnějším vynakládáním finančních prostředků.



INFORMAČNÍ SYSTÉM

Ing. Lubomír Burian, CSc.

Ředitel úseku informačních a komunikačních technologií

Úsek informačních a komunikačních technologií v Pojišťovně spravuje a rozvíjí informační systém Pojišťovny. Informační systém podporuje činnosti, ke kterým byla Pojišťovna zřízena. Jedná se zejména o výběr pojistného od plátců, včetně jeho kontroly, dále ocenění, kontrolu a úhradu zdravotní péče poskytnuté pojištěncům zdravotnickými zařízeními. Informační systém rovněž podporuje činnosti související s vnitřním chodem organizace.

Významnými funkcemi IS, které jsou Pojišťovně svěřeny ze zákona, jsou správa **Centrálního registru pojištěnců** a vedení **Informačního centra zdravotního pojištění**. Centrální registr pojištěnců slouží zejména k přerozdělování vybraného pojistného mezi zdravotními pojišťovnami a ICZP slouží k uplatňování časových regulací vykázané zdravotní péče zdravotnickými zařízeními. Mimo to zajišťuje

IS služby **Kapitačního centra**, které bylo zřízeno po dohodě s ostatními zdravotními pojišťovnami a zástupci praktických lékařů. Kapitační centrum slouží k realizaci kombinované kapitačně-výkonové platby.

Úsek informačních a komunikačních technologií tvoří odděly:

- I metodiky a ekonomiky
- I provozu ICT
- I správy IS/ICT
- I podpory služeb ICT
- I vývoje ICT.

Řízení informačního systému Pojišťovny je rozčleněno na několik úrovní. Nejvyšší úroveň řízení IS představuje úsek informačních a komunikačních technologií na Ústředí. V jeho čele stojí ředitel úseku odpovědný za fungování IS v celé Pojišťovně.

Jednotlivé odděly zajišťují zejména jednotnou instalaci a správu operačních systémů a databází včetně potřebného HW. Dále vývoj a správu síťového prostředí včetně mailové služby, vývoj, správu, distribuci a podporu uživatelských aplikací a celou řadu metodických činností pro IS územních pracovišť.



ÚČETNICTVÍ A CONTROLLING

Ing. Martina Šrůtová

Ředitelka úseku účetnictví a controllingu

Úsek účetnictví a controllingu byl vytvořen k 1. 8. 2006 a je členěn na odbory:

- ekonomických informací
- finančního controllingu
- ekonomických metodik.

Odbor ekonomických informací zajišťuje vedení účetnictví a majetkové evidence za celou Pojišťovnu.

Odbor finančního controllingu zodpovídá za zpracování veškerých účetních závěrek, výroční zprávy a pravidelného měsíčního reportingu pro Správní radu a management Pojišťovny. Ve spolupráci s krajskými ekonomy provádí měsíční hodnocení plnění zdravotně-pojistného plánu za krajské pobočky i za celou Pojišťovnu. Upozorňuje na neočekávané odchylky od plánu a navrhuje nápravná opatření.

Odbor ekonomických metodik se zabývá především nastavením účetních postupů tak, aby účetní závěrka byla sestavena v souladu s platnou legislativou, metodickým vedením krajských poboček a územních pracovišť, zajištěním jednotného zpracování ekonomických údajů v rámci celé Pojišťovny a spoluprací při přípravě dat potřebných pro měsíční reporting.

Mezi hlavní výsledky úseku účetnictví a controllingu za rok 2006 patří:

- Podíl na ekonomické stabilizaci Pojišťovny zavedením pravidelného hodnocení plnění zdravotně-pojistného plánu a vybudováním systému měsíčního reportingu pro potřeby řízení Pojišťovny, včetně nastavení měsíčního zúčtování dávek a faktur od ZZ a nezbytných úprav základního informačního systému.
- Vybudování systému finanční kontroly v celé Pojišťovně, přiřazení pravomocí a odpovědností v oblasti příjmů z pojistného a nákladů na zdravotní péči, určení tzv. „příkazců operací“ a sjednocení procesů v rámci všech krajských poboček a územních pracovišť.
- Spolupráce na zavádění projektu Document Management Systému v oblasti schvalování a archivace účetních dokladů, včetně zajištění podpory pro oběh účetních dokladů („work flow“) v režimu finanční kontroly.
- Rozvoj ekonomické části informačního systému, příprava na přechod z dávkového zpracování zajišťovaného na územních pracovištích s následným předáváním základních (agregovaných) informací na Ústředí na centrální vedení účetnictví v reálném čase.
- Zahájení kroků vedoucích k vybudování funkční krajské organizační struktury v ekonomické oblasti.



PERSONALISTIKA A MZDY

Ing. Zdeňka Ševčíková

Pověřena řízením úseku personálních záležitostí

V roce 2006 došlo k převratným změnám v činnosti úseku personálních záležitostí nejen na Ústředí, ale také v rámci celé Pojišťovny. Veškerá personální a mzdová data byla centralizována na Ústředí a od ledna 2006 došlo ke zpracování mezd a personalistiky na jednotlivých krajích. Vzhledem k tomu, že úsek personálních záležitostí hospodaří, kontroluje a zodpovídá za rozpočet mzdových prostředků a odměňování zaměstnanců v Pojišťovně, je centrální a bezchybný způsob zpracování mezd na jednotlivých krajích velkým přínosem.

Práce úseku personálních záležitostí je zajišťována díky součinnosti odborů pracovně právní a personální agendy, evidence zaměstnanců, mezd a odvodů a oddělení rozvoje lidských zdrojů.

V souvislosti s výše uvedenými změnami v oblasti personalistiky bylo pro jednotnou vědomostní úroveň krajských personalistů realizováno šest modulů vzdělávání Manažer lidských zdrojů, které proběhlo v červnu až prosinci 2006.

Úsek personálních záležitostí vytvořil číselníky a veškerou funkční metodiku jak v návaznosti na jednotlivé změny v organizačním uspořádání Pojišťovny, tak i na synchronizaci dat pro centrální zpracování a vykazování těchto dat do různých statistických ukazatelů. Portálem, internetem a intranetem úsek pokrývá potřeby personální politiky (nabídka volných pracovních míst, výběrová řízení apod.), zajišťuje sdělení související se vzděláváním zaměstnanců v Pojišťovně, se sociální politikou (poskytování sociálních výhod) a kolektivním vyjednáváním.



VNĚJŠÍ VZTAHY

Eva Nováková

Pověřena řízením odboru vnějších vztahů

Činnost odboru vnějších vztahů se po celý rok 2006 soustředovala na zkvalitnění komunikace jak se stávajícími, tak i potenciálními pojištěnci a vylepšení obecného mínění o dění v Pojišťovně, což byl v období nucené správy i době následující úkol ne právě jednoduchý. V závěru roku se podařilo opět navázat na tradici a vydat první číslo nového časopisu Pojišťovny s názvem Svět pojištěnce a rozšířit tak povědomí veřejnosti o službách Pojišťovny i právech a povinnostech jejích klientů. Vydáním klientského časopisu po roční přestávce byl také vyslán signál o stabilizaci Pojišťovny po personální a ekonomické stránce.

Odbor vnějších vztahů je rozdělen na tři samostatná oddělení: tiskové, mezinárodní, redakční a publikační. **Tiskové oddělení** soustavně a aktivně spolupracuje s hromadnými sdělovacími prostředky a jejich prostřednictvím zajišťuje důsledné mediální prezentování informací o Pojišťovně. **Oddělení redakční a publikační** se od samého začátku podílelo na zavedení nového redakčního systému Open CMS (Content Management System) určeného pro publikování na internetu a intranetu Pojišťovny. Od okamžiku jeho spuštění se zabývá především jazykovou úpravou textů určených k publikování, konzultacemi s autory a samotným publikováním textů. **Mezinárodní oddělení** zabezpečuje zahraniční kontakty mezi Pojišťovnou a institucemi v oblasti organizace zdravotnictví a zdravotního pojištníctví, zajišťuje servisní stránku zahraničních služebních cest zaměstnanců Pojišťovny a v neposlední řadě také tlumočení do cizích jazyků a překlady textů.



ODBOROVÁ ORGANIZACE

Dagmar Sládková

Předsedkyně podnikového výboru odborové organizace

Zásadní změnou pro odborovou organizaci Pojišťovny bylo, že předsedkyně podnikového výboru je informována o zaměstnaneckých otázkách formou účasti na poradách vedení Pojišťovny. To znamená okamžitý přístup k informacím v oblastech, které se bezprostředně týkají zaměstnanců.

Předsednictvo odborové organizace Pojišťovny se dohodlo na změně struktury k 1. 1. 2007, tak aby kopírovalo krajské uspořádání Pojišťovny. Do konce roku 2006 platilo, že každé ÚP, kde existuje základní organizace, projednávalo Přílohu č. 3 ke kolektivní smlouvě s ředitelem ÚP. Za kraj pak Přílohy č. 3 projednával krajský odborový zástupce s ředitelem KP.

Odborová organizace Pojišťovny předložila k projednání nové znění kolektivní smlouvy, které bylo v prosinci 2006 projednáno s vedením Pojišťovny a podepsáno oběma stranami 2. 1. 2007.

Činnost odborové organizace se zintenzivnila v souvislosti s přípravami na novou organizační strukturu. Podnikový výbor odborové organizace řešil operativně návrhy a stížnosti nejen členů odborů, ale i ostatních zaměstnanců Pojišťovny.



Orgány Pojišťovny

V souladu se zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, působily v roce 2006 ustavené orgány Pojišťovny, a to Správní rada Pojišťovny a Dozorčí rada Pojišťovny.

3.1 SPRÁVNÍ RADA POJIŠŤOVNY

Složení Správní rady v roce 2006 je uvedeno ve dvou částech, a to za období **od 1. 1. 2006 do 30. 4. 2006** a dále za období **od 1. 5. 2006 do 31. 12. 2006** (s účinností od 1. 4. 2006 vstoupil v platnost zákon č. 117/2006 Sb., který mj. novelizoval zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, kde je v § 20 odst. (2) uvedeno, že „Správní radu tvoří 10 členů jmenovaných vládou a 20 členů volených Poslaneckou sněmovnou Parlamentu podle principu poměrného zastoupení politických stran v Poslanecké sněmovně Parlamentu“ a zároveň touto novelou bylo ukončeno členství stávajících členů SR k 30. 4. 2006).

Období od 1. 1. 2006 do 30. 4. 2006

PŘEDSEDA:

JUDr. Richard SCHWARZ (do 30. 4. 2006)
(zástupce zaměstnavatelů pojištěnců)

MÍSTOPŘEDSEDA:

MUDr. Michal SOJKA (od 10. 1. do 30. 4. 2006)
(zástupce státu)

ČLENOVÉ:

zástupci státu:

Ing. Martin BĚLČÍK (do 30. 4. 2006)
MUDr. Rostislav ČEVELA (do 30. 4. 2006)
Richard DOLEJŠ (do 30. 4. 2006)
Zdeněk FRÜHAUF (do 30. 4. 2006)
Ing. Karel GOLDEMUND (do 30. 4. 2006)
Mgr. Michal HAŠEK (do 30. 4. 2006)
JUDr. Radmila KLESLOVÁ (do 30. 4. 2006)
Ing. Jan KOSTELECKÝ (do 30. 4. 2006)
MUDr. Michal SOJKA (do 9. 1. 2006,
od 10. 1. 2006 zvolen místopředsedou SR)
JUDr. Radovan SUCHÁNEK (do 30. 4. 2006)

zástupci pojištěnců:

Jana DVOŘÁKOVÁ (do 30. 4. 2006)
JUDr. Stanislav GROSPÍČ (do 30. 4. 2006)
Josef MIKUTA (do 30. 4. 2006)
Ing. Miloš PATERA (do 30. 4. 2006)
MUDr. Vladimír PLAČEK (do 30. 4. 2006)
RSDr. Ing. Svatomír RECMAN (do 30. 4. 2006)
MUDr. Vladimír ŘÍHA (do 30. 4. 2006)
Ing. Antonín SEĎA (do 30. 4. 2006)
Ing. Monika TURNOVSKÁ (do 30. 4. 2006)
Ladislav VOMÁČKO (od 9. 2. do 30. 4. 2006)

zástupci zaměstnavatelů pojištěnců:

JUDr. Eva BATUNOVÁ (do 30. 4. 2006)
Ing. František HÝBNER (do 30. 4. 2006)
JUDr. Stanislav KLIMEŠ (do 30. 4. 2006)
Ing. Zdeněk LIŠKA (do 30. 4. 2006)
Ing. Jaroslav MICHAL (do 30. 4. 2006)
Ing. Jiří NEKOVÁŘ (do 30. 4. 2006)
Ing. Helena PÍSKOVSKÁ (do 30. 4. 2006)
Mgr. Petr PRCHAL (do 30. 4. 2006)
MUDr. Dalibor STEJSKAL (do 30. 4. 2006)

Období od 1. 5. 2006 do 31. 12. 2006

PŘEDSEDA:

Bc. Marek ŠNAJDR (od 15. 9. 2006)

MÍSTOPŘEDSEDA:

Mgr. Michal HAŠEK (od 15. 9. 2006)

ČLENOVÉ:

jmenování vládou ČR:

PhDr. Lucie ANTOŠOVÁ (od 14. 9. 2006)
MUDr. Martin BARTÁK (od 14. 9. 2006)
Ing. Martin BĚLČÍK (od 10. 5. do 13. 9. 2006)
Ing. Stanislav BLAHA (od 14. 9. 2006)
Richard DOLEJŠ (od 10. 5. do 13. 9. 2006)
Zdeněk FRÜHAUF (od 10. 5. do 13. 9. 2006)
Ing. Jarmila FUCHSOVÁ (od 14. 9. 2006)
Ing. Karel GOLDEMUND (od 10. 5. do 13. 9. 2006)
MUDr. Markéta HELLEROVÁ (od 14. 9. 2006)
MUDr. Pavel HROBOŇ (od 14. 9. 2006)
Ing. Ivana JENŠOVSKÁ (od 5. 10. 2006)
Mgr. Ing. Pavel KARPÍŠEK (od 14. 9. do 4. 10. 2006)
JUDr. Radmila KLESLOVÁ (od 10. 5. do 13. 9. 2006)
Ing. Jan KOSTELECKÝ (od 10. 5. do 13. 9. 2006)
MUDr. Pavel KUBÍČEK (od 10. 5. do 14. 8. 2006)
MUDr. Michal POHANKA, Ph.D. (od 10. 5. do 13. 9. 2006)
RNDr. Karla ŘÍHOVÁ (od 14. 9. 2006)
RNDr. Jiří SCHLANGER (od 14. 9. 2006)
JUDr. Radovan SUCHÁNEK (od 10. 5. do 13. 9. 2006)
MUDr. Pavel VEPŘEK (od 14. 9. 2006)
Jan WIESNER (od 10. 5. do 13. 9. 2006)

volení Poslaneckou sněmovnou Parlamentu:

Ing. Ladislav BÝČEK (od 9. 5. 2006)
Ing. Martin FASSMANN (od 9. 5. 2006)
Mgr. Michal HAŠEK (od 9. 5. do 14. 9. 2006,
od 15. 9. 2006 zvolen místopředsedou SR)
Ing. Josef HOLUB (od 9. 5. 2006)
MUDr. Jozef KOCHAN (od 8. 11. 2006)
RNDr. Vladimír KONÍČEK (od 9. 5. 2006)
MUDr. Jiří KOSKUBA (od 9. 5. 2006)
Ing. Zdeněk LIŠKA (od 9. 5. 2006)
Ing. Vlastimil OSTRÝ (od 9. 5. 2006)
Ing. Miloš PATERA (od 9. 5. 2006)
MUDr. Vladimír PLAČEK (od 9. 5. 2006)
RNDr. Hana PÝCHOVÁ (od 9. 5. 2006)
MUDr. Vladimír ŘÍHA (od 9. 5. 2006)
MUDr. Olga SEHNALOVÁ, MBA (od 9. 5. 2006)
MUDr. Michal SOJKA (od 9. 5. 2006)
Bc. Marek ŠNAJDR (od 9. 5. do 14. 9. 2006,
od 15. 9. 2006 zvolen předsedou SR)
MUDr. Boris ŠŤASTNÝ (od 8. 11. 2006)
Ing. Lucie TALMANOVÁ (od 9. 5. 2006)
Ing. Monika TURNOVSKÁ (od 9. 5. 2006)
Anna VÁCHALOVÁ (od 9. 5. do 5. 6. 2006)
Ladislav VOMÁČKO (od 9. 5. 2006)

Jednání SR se konala v roce 2006 celkem devětkrát, z toho třikrát byla jednání dvoudenní. V následujícím přehledu jsou uvedeny nejdůležitější body a projednané materiály, kterými se SR na svých jednáních zabývala:

10. ledna 2006

Dodatek k ZPP 2006
Návrh na výběrové řízení pro funkci ředitel Pojišťovny
Opatření v ZFZP
Volba místopředsedy SR

24. ledna 2006

Dodatek k ZPP 2006
Možnosti realizace úvěru
Návrh na spojení Krajské pobočky pro Hl. město Prahu a Krajské pobočky Středočeského kraje

24. února 2006 a 9. března 2006

Možnosti řešení současné finanční situace
Zásady smluvní politiky
Základní směry rozvoje informačního systému
Finanční dopady navýšení platby státu

9. června 2006

Jednací řád Pojišťovny
Prezentace ředitele Pojišťovny MUDr. Pavla Horáka, CSc., MBA, finanční situace
Volba tří členů RO Pojišťovny

26. června 2006

Návrh změn Organizačního řádu Pojišťovny
Zásady smluvní politiky – teze
Informace o záměrech reorganizace IS v krajích
Přehled plnění ZPP za leden až duben 2006

15. září 2006 a 27. září 2006

Volba předsedy a místopředsedy SR
Reporting za 1. pololetí 2006
Plán VZ pro informační a komunikační technologie
Investice
Návrh čerpání rozpočtové položky – odměny členům SR, DR a RO
Návrh na rozdělení zisku minulých účetních období
Návrh úprav čerpání ZPP 2006

6. října 2006 a 13. října 2006

Zdravotně-pojistný plán VZP ČR na rok 2007
Reporting za období leden až srpen 2006
Informace ke klientskému časopisu

24. listopadu 2006

Zásady smluvní politiky Pojišťovny
Informace o výběru zdravotnických zařízení praktických lékařů a ambulantních specialistů
Přehled dopadů regulací z úhradové vyhlášky na 1. pololetí 2006
Informace o nových smlouvách uzavřených v roce 2006
Problematika financování pobytových sociálních služeb ve ZZ a ošetřovatelské a rehabilitační péče v zařízeních sociálních služeb
Řešení ozdravných pobytů v roce 2006 a 2007
Rizika možných dopadů ze soudních sporů a z vyúčtování roku 2005 a 1. pololetí 2006

14. prosince 2006

Rozpracování schválené organizační struktury krajských poboček
Reporting za období leden až září 2006, leden až říjen 2006 a plnění vybraných ukazatelů ZPP 2006
Statut interního auditu Pojišťovny
Zadávací dokumentace pro výběrové řízení na externího auditora
Plán činnosti úseku interního auditu a kontroly pro rok 2007
Koncepte informačního systému Pojišťovny pro roky 2006 až 2009
Organizační zabezpečení pořizování investic

SR v druhém pololetí 2006 ustavila pracovní skupinu pro finance a audit a pracovní skupinu pro informační systém. Tyto pracovní skupiny předjednávaly příslušné materiály a připravují svá stanoviska pro jednání SR.

3.2 DOZORČÍ RADA POJIŠŤOVNY

Složení Dozorčí rady v roce 2006 je uvedeno ve dvou částech, a to za období od **1. 1. 2006 do 30. 4. 2006** a dále za období od **1. 5. 2006 do 31. 12. 2006** (s účinností od 1. 4. 2006 vstoupil v platnost zákon č. 117/2006 Sb., který mj. novelizoval zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, kde je v § 21, odst. (2) uvedeno, že „Dozorčí radu tvoří a) 3 členové, které na návrh ministra financí, ministra práce a sociálních věcí a ministra zdravotnictví jmenuje a odvolává vláda, b) 10 členů volených Poslaneckou sněmovnou Parlamentu; při obsazování funkcí členů Dozorčí rady se postupuje podle principu poměrného zastoupení politických stran v Poslanecké sněmovně Parlamentu“ a zároveň touto novelou bylo ukončeno členství stávajících členů DR k 30. 4. 2006).

Období od 1. 1. 2006 do 30. 4. 2006:**PŘEDSEDA:**

Ing. Josef KANTŮREK (do 30. 4. 2006)
(zástupce pojištěnců za Středočeský kraj)

MÍSTOPŘEDSEDA:

Ing. Petr FIALA (do 30. 4. 2006)
(zástupce pojištěnců za Ústecký kraj)

ČLENOVÉ:**zástupci státu:**

Ing. Marie BÍLKOVÁ (do 30. 4. 2006)
Ing. Marie NIKOLIČOVÁ (do 30. 4. 2006)
Ing. Květuše SRNOVÁ (do 30. 4. 2006)

zástupci pojištěnců:

Ing. Jiří STRÁTEŠKÝ (do 30. 4. 2006)
Ing. Rudolf TOMÍČEK (do 30. 4. 2006)
Jan VIDÍM (do 30. 4. 2006)

zástupci zaměstnavatelů pojištěnců:

Ing. Petr JANŮ (do 30. 4. 2006)
Alena MAŠKOVÁ (do 30. 4. 2006)
Ing. Stanislav MORAVEC (do 30. 4. 2006)

zástupci pojištěnců (za kraje):

MUDr. František ADAMEC (do 30. 4. 2006), Jihomoravský kraj
Mgr. Dagmar ADAMOVÁ (do 30. 4. 2006), Moravskoslezský kraj
Ing. Bronislav FUKSA (do 30. 4. 2006), Zlínský kraj
Ing. Pavel HÁJEK (do 30. 4. 2006), kraj Vysočina
MUDr. Zdeněk HEJDUK (do 30. 4. 2006), Jihočeský kraj
Ing. Miluše HUDCOVÁ (do 30. 4. 2006), Olomoucký kraj
Ing. Mgr. Pavel KARPÍŠEK (do 30. 4. 2006), Plzeňský kraj
MUDr. Jaroslav KRUTSKÝ (do 30. 4. 2006), Liberecký kraj
MUDr. Jan LAMI (do 30. 4. 2006), Karlovarský kraj
JUDr. Libor POLÁČEK (do 30. 4. 2006), Pardubický kraj
MUDr. Vladimír POLANECKÝ (do 30. 4. 2006), Hl. m. Praha
Ing. Rostislav VŠETEČKA (do 30. 4. 2006), Královéhradecký kraj

zástupci zaměstnavatelů pojištěnců – kraje:

Ing. Pavel FILIPI (do 30. 4. 2006), Královéhradecký kraj
Ing. Jaroslav HANÁK (do 30. 4. 2006), Olomoucký kraj
Ing. Pavel CHÝŇAVA (do 30. 4. 2006), kraj Vysočina
Ing. Zdeněk CHRDLA (do 30. 4. 2006), Hl. m. Praha
Mgr. René KELLER (do 30. 4. 2006), Středočeský kraj
JUDr. Alena KOZÁKOVÁ (do 30. 4. 2006), Pardubický kraj
Ing. Miroslav KREJČÍ (do 30. 4. 2006), Karlovarský kraj
Ing. Miroslav KUČERA (do 30. 4. 2006), Liberecký kraj
Ing. Miroslav LUKŠÍK, CSc. (do 30. 4. 2006), Zlínský kraj

Milada MARKVARTOVÁ (do 30. 4. 2006), Jihočeský kraj
Ing. Miroslav PALONCY (do 30. 4. 2006), Moravskoslezský kraj
Mgr. Jaroslava RAISOVÁ (do 30. 4. 2006), Plzeňský kraj
PaedDr. Libor SEHNAL (do 30. 4. 2006), Ústecký kraj

Období od 1. 5. 2006 do 31. 12. 2006:**PŘEDSEDA:**

Ing. Josef KANTŮREK (od 19. 12. 2006)

MÍSTOPŘEDSEDA:

MUDr. Vladimír POLANECKÝ (od 19. 12. 2006)

ČLENOVÉ:**jmenování vládou ČR:**

MUDr. Rostislav ČEVELA (od 15. 6. do 19. 7. 2006)
doc. MUDr. Milada EMMEROVÁ, CSc.
(od 20. 7. do 13. 9. 2006)
Ing. Marie NIKOLIČOVÁ (od 15. 6. 2006)
Luboš OLEJÁR (od 14. 9. 2006)
Ing. Květuše SRNOVÁ (od 15. 6. 2006)

volení Poslaneckou sněmovnou Parlamentu:

MUDr. František ADAMEC (od 9. 5. 2006)
Mgr. Ivan ADAMEC (od 9. 5. 2006)
PaedDr. Květoslava ČELIŠOVÁ (od 9. 5. 2006)
Ing. Josef KANTŮREK (od 9. 5. do 18. 12. 2006,
od 19. 12. 2006 zvolen předsedou DR)
Mgr. Karel KLÍMA (od 9. 5. 2006)
PhDr. Marie KLUCOVÁ (od 9. 5. 2006)
JUDr. Jitka KUPČOVÁ (od 9. 5. 2006)
MUDr. Vladimír POLANECKÝ (od 9. 5. do 18. 12. 2006,
od 19. 12. 2006 zvolen místopředsedou DR)
Mgr. Tomáš ÚLEHLA (od 8. 11. 2006)
RSDr. Ladislav URBAN (od 9. 5. 2006)

Jednání DR se uskutečnila v roce 2006 celkem pětkrát, termíny jednání navazovaly především na zákonné povinnosti orgánů Pojišťovny. Konkrétně se jednání DR v roce 2006 uskutečnila ve dnech 3. března, 17. března, 27. července, 21. září a 19. prosince.

DR na svých jednáních především řešila a projednala:

- pravidelné informace o současné situaci v Pojišťovně
- zprávy o hospodaření Pojišťovny v jednotlivých čtvrtletích roku 2006
- pravidelné informace o jednáních SR (informace předsedy DR)
- plnění úkolů vyplývajících z Jednacího řádu Pojišťovny (zákona č. 551/1991 Sb.)
- stanovisko k návrhu Zdravotně-pojistného plánu VZP ČR pro rok 2007, stanovisko k návrhu Dodatku k ZPP 2006
- roční zprávu o činnosti a úkolech plněných odborem kontroly, včetně výsledků vnějších kontrol, přijetí a plnění nápravných opatření
- obsazení členů DR v RO Pojišťovny
- Statut interního auditu Pojišťovny
- zadávací dokumentaci pro výběrové řízení na externího auditora
- plán činnosti úseku interního auditu a kontroly pro rok 2007.

Trvale byla sledována činnost SR účastí předsedy, místopředsedy či pověřeného člena DR na jejich jednáních. Na všech svých jednáních byla DR průběžně seznamována s aktuální situací v Pojišťovně a byla informována o jednáních SR.

3.3 ROZHODČÍ ORGÁN POJIŠŤOVNY

RO pracoval v roce 2006 v následujícím složení:

PŘEDSEDKYNĚ:

Mgr. Běla PLACHÁ
zástupce MPSV

MÍSTOPŘEDSEDKYNĚ:

JUDr. Hana HYNKOVÁ
zástupce Pojišťovny

ČLENOVÉ:

za SR

Jana DVOŘÁKOVÁ (do 9. 6. 2006)
MUDr. Michal SOJKA (od 9. 6. 2006)
MUDr. Vladimír ŘÍHA (od 10. 1. 2006)
MUDr. Rostislav ČEVELA (od 1. 2. do 31. 3. 2006)
MUDr. Vladimír PLÁČEK (od 1. 4. 2006)

za DR

Ing. Marie BÍLKOVÁ (do 27. 7. 2006)
Alena MAŠKOVÁ (do 27. 7. 2006)
PhDr. Marie KLUCOVÁ (od 27. 7. 2006)
RSDr. Ladislav URBAN (od 27. 7. 2006)
Ing. Květuše SRNOVÁ

za MZ

Bc. Radko ČESENK (do 30. 9. 2006)
Ing. Ivana JENŠOVSKÁ (od 1. 10. 2006)

za MF

Ing. Marie HERANOVÁ

RO se sešel v roce 2006 k 37 pracovním jednáním a vydal 10 698 rozhodnutí ve věcech týkajících 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.

Porovnáním s rokem 2005 došlo v roce 2006 k nárůstu počtu nových podání k RO o 42 %, což souvisí se zvýšenou aktivitou územních pracovišť v oblasti kontrolní činnosti, vystavování platebních výměrů a zejména vystavování výkazu nedoplatků. RO v porovnání s rokem 2005 projednal o 1 193 případů více. V zájmu zkrácení lhůt k vyřízení případů u RO byl přechodně přijat pro rok 2007 projekt na snížení počtu neprojednaných případů, spočívající v rozšíření počtu jednání RO ze 3 na 4 měsíčně.

Plátcí ve svých podáních ve většině případů nezpochybňují nárok Pojišťovny na vyměřené pohledávky, ale poukazují na nepříznivou finanční situaci. Tyto námitky nemohl RO 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.

V roce 2006 bylo RO u 5 416 žádostí plátců pojistného s konečnou platností rozhodnuto o aplikaci institutu odstranění tvrdosti, ve smyslu ustanovení § 53a) zákona č. 48/1997 Sb., a prominuto bylo celkem 276 143 tis. Kč. Územní pracoviště vydala v roce 2006 celkem 53 703 rozhodnutí a prominuto bylo penále ve výši 195 787 tis. Kč.

Pravomocná rozhodnutí RO ve věcech pojistného, penále, pokut a přírážek k pojistnému, vydaná ve správním řízení, jsou přezkoumatelná soudem dle zákona č. 150/2002 Sb., Soudní řád správní. K přezkoumání rozhodnutí je příslušný Městský soud v Praze. Proti rozhodnutím RO bylo v roce 2006 podáno plátcí pojistného celkem 18 žalob. Městský soud v Praze v tomto období rozhodl s konečnou platností o 8 žalobách, z nichž 6 žalob plátců pojistného bylo zamítnuto, ve 2 případech bylo řízení zastaveno.

Nejvyšší správní soud ČR projednával v roce 2006 čtyři kasační stížnosti plátců pojistného proti rozhodnutím Městského soudu v Praze. Ve 3 případech byla kasační stížnost zamítnuta, v jednom případě byl rozsudek Městského soudu v Praze zrušen.

Tabulka č. 1 (interní): Počet podání k RO a počet vyřízených případů

Rok	Počet došlých podání	Počet jednání RO	Počet projednaných podání	Rozhodnuté částky v tis. Kč
2003	5 891	36	6 818	249 440
2004	7 171	36	7 571	193 899
2005	8 665	37	9 505	311 542
2006	12 279	37	10 698	499 797

Tabulka č. 2 (interní): Počty rozhodnutí RO vydaných v roce 2006

Podání ve věcech	Rozhodnutí		Částka	
	Počet	Index 2006/2005	Předepsaná v tis. Kč	Rozhodnutá v tis. Kč
Penále - platební výměry	7 334	0,89	674 091	441 691
Penále - Výkazy nedoplatků	2 157	20	111 675	31 607
Dlužného pojistného	920	0,94	41 738	25 604
Pravděpodobné výše pojistného	13	3,25	237	81
Vrácení přeplatku na pojistném	14	0,47	351	263
Pokut za nepředložení dokladů ke kontrole	34	0,94	326	155
Pokut za nepředložení Přehledů OSVČ a zaměstnavatelů	216	1,91	1 129	346
Pokut za nesplnění oznamovací povinnosti	8	0,62	90	43
Pokut za opakované nesplnění oznamovací povinnosti	1	-	5	5
Přirážek k pojistnému	1	1,00	2	2
Pokut za nezaslání kopie Záznamu o pracovním úrazu	-	-	-	-
Celkem	10 698	1,13	829 644	499 797

3.4 SPOLEČNÉ JEDNÁNÍ SPRÁVNÍ RADY A DOZORČÍ RADY POJIŠŤOVNY

V souladu s novelou zákona č. 551/1991 Sb. se uskutečnila dvě společná jednání SR a DR, a to dne 17. března 2006 a 6. října 2006, společná jednání řídil předseda SR.

Na společném jednání dne 17. března 2006 byl projednán Dodatek ZPP 2006, DR prezentovala své stanovisko.

Na společném jednání dne 6. října 2006 byl projednán návrh Zdravotně-pojistného plánu VZP ČR na rok 2007. Společné jednání bylo seznámeno se stanoviskem DR. Společné jednání předložilo návrh Zdravotně-pojistného plánu VZP ČR na rok 2007 SR k závěrečnému posouzení.

4.

část



Činnost Pojišťovny

4.1 ORGANIZAČNÍ STRUKTURA

S účinností od 1. 5. 2006 byla provedena změna Organizačního řádu, jejímž cílem bylo dále optimalizovat organizační strukturu Pojišťovny. Byl zaveden nový systém řízení odborných útvarů zřízením funkcí náměstků ředitele Pojišťovny.

Po skončení nucené správy a konsolidaci Pojišťovny byl připraven nový Organizační řád, který byl po schválení SR vydán v červenci 2006 s účinností od 1. srpna 2006. Kromě dopracování organizační struktury Ústředí bylo zásadní změnou vytvoření jednotné organizační struktury krajských poboček jako základních organizačních složek Pojišťovny. Rovněž bylo rozhodnuto o implementaci této nové organizační struktury a zpracování nových organizačních řádů jednotlivých krajských poboček reflektujících tyto změny, včetně zajištění personálního obsazení útvarů. K zajištění těchto úkolů k 1. lednu 2007 byl tento další krok v implementaci krajské struktury v prosinci 2006 vzat na vědomí Správní radou Pojišťovny a vydán jako příkaz ředitele Pojišťovny upravující tuto problematiku.

4.1.1 ÚSTŘEDÍ

Organizační strukturu Ústředí tvoří: kancelář ředitele, úsek zdravotní péče, úsek personálních záležitostí, úsek interního auditu a kontroly, odbor kontroly a revize zdravotní péče, odbor vnějších vztahů, úsek provozní a investiční, úsek informačních a komunikačních technologií, úsek účetnictví a controllingu, úsek pojistného a služeb pro klienty, finanční úsek, právní úsek, odbor smluvní agendy se zdravotnickými zařízeními a odbor obchodních závazkových vztahů.

4.1.2 ORGANIZAČNÍ SLOŽKY POJIŠŤOVNY

V souladu se zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, jsou zřízeny jako organizační složky Pojišťovny krajské pobočky pro každý vyšší územní samosprávný celek a územní pracoviště v jednotlivých okresech, která jsou jejich součástí. Koordinací činnosti krajských poboček a zajištěním dobudování krajské struktury byl pověřen náměstek ředitele Pojišťovny pro vedení krajských poboček.

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

Mezi hlavní úkoly organizačních složek Pojišťovny v roce 2006 patřilo:

- zajištění maximálního výběru pojistného
- provádění kontrol plátců pojistného
- efektivní správa pohledávek Pojišťovny
- úhrada zdravotní péče poskytované klientům smluvními zdravotnickými zařízeními a kontrola oprávněnosti jejího účtování
- kontrola a revize zdravotní péče poskytované smluvními zdravotnickými zařízeními pojištěncům Pojišťovny v jejím objemu a kvalitě
- jednání s poskytovateli zdravotní péče o smluvních vztazích, zejména o dodatcích ke Smlouvám o poskytování a úhradě zdravotní péče.

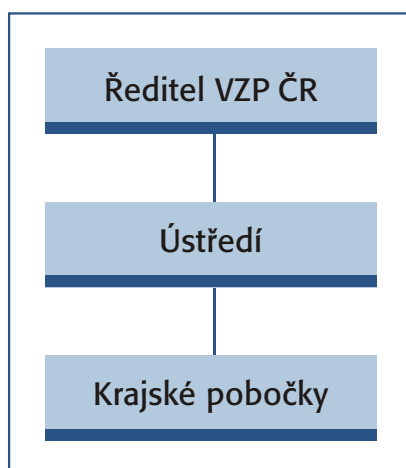
Ostatní aktivity:

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky je jediným akcionářem společnosti Pojišťovna VZP, a. s.

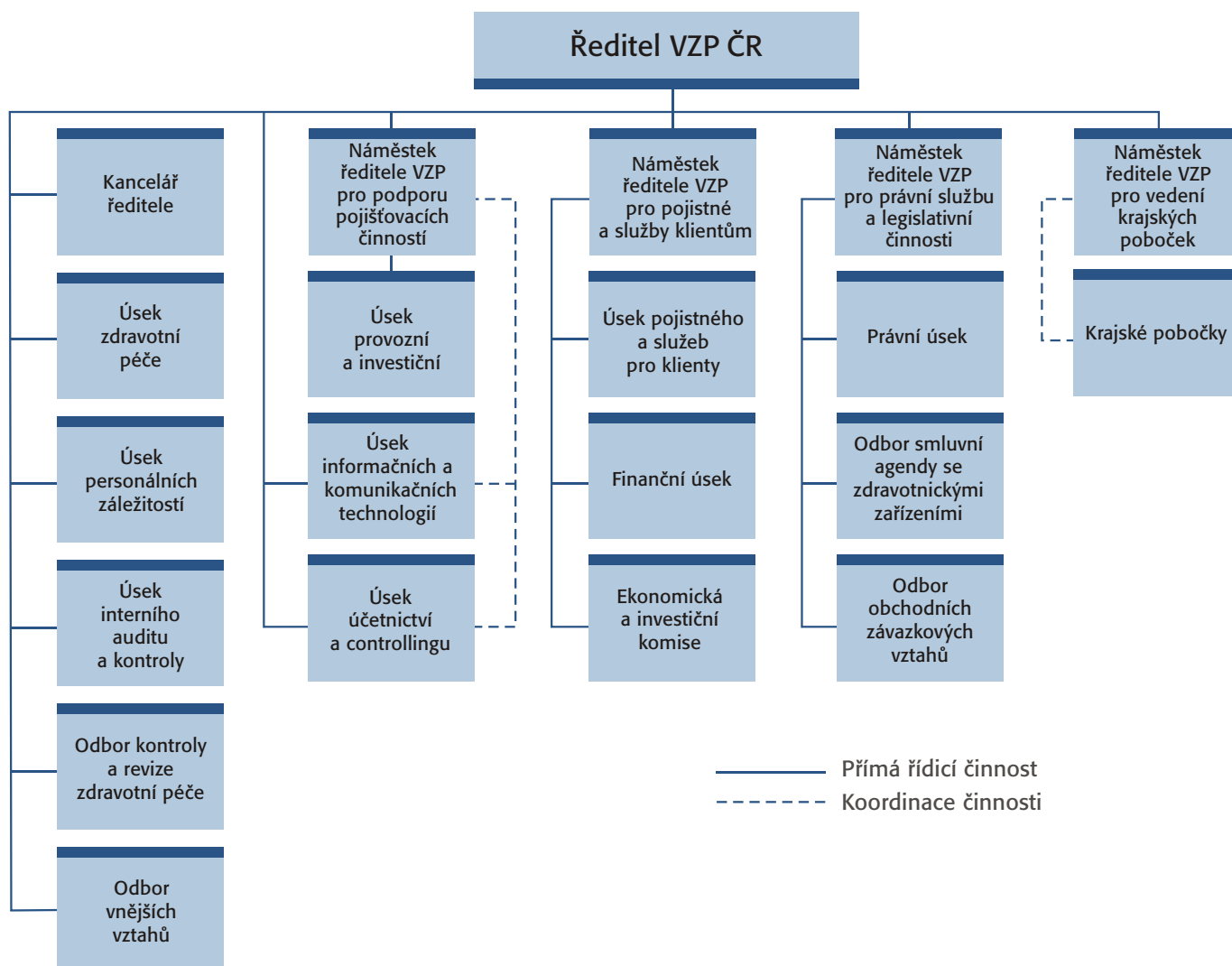
PVZP vykonává v souladu s povolením MF č. j. 322/102368/2003 ze dne 1. prosince 2003 pojišťovací činnost v rozsahu pojistného odvětví neživotní pojištění – smluvní zdravotní pojištění. Dále provádí činnosti související s pojišťovací činností, zprostředkovatelskou činností v souvislosti s pojišťovací činností, poradenskou činností související s pojištěním a šetření pojistných událostí. PVZP se specializuje na pojištění osob, u nichž nejsou splněny podmínky pro účast v systému veřejného zdravotního pojištění, a dále na pojištění nákladů zdravotní péče, které nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, zejména pojištění nákladů léčení vzniklých klientům při pobytu v cizině.

Organizační schéma platné k 31. 12. 2006:

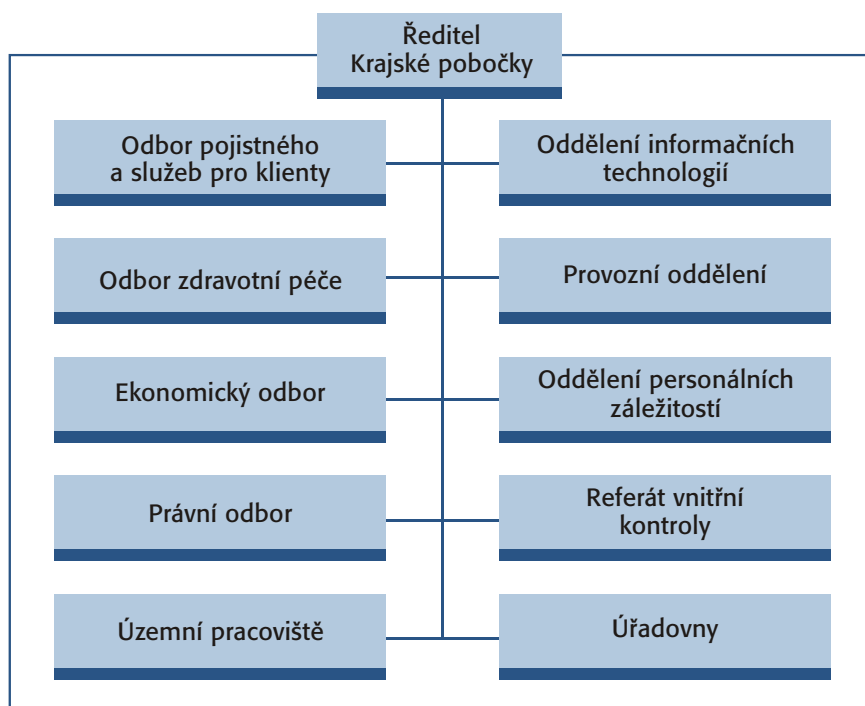
Organizační struktura VZP ČR



Organizační struktura Ústředí



Organizační struktura Krajské pobočky



4.2 INFORMAČNÍ SYSTÉM

Řízení správy a rozvoje informačního systému Pojišťovny bylo v roce 2006 výrazně ovlivněno rozpočtovým provizoriem, vyhlášeným MZ na počátku roku 2006 v souvislosti s nucenou správou a následně usnesením Správní rady Pojišťovny v únoru 2006. V rámci racionalizačních opatření bylo pozastaveno pořizování dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku, s výjimkou řešení havarijních případů, realizace základní údržby, popř. realizace změn informačního systému, vyplývajících ze změn právních předpisů, které bylo nezbytné uskutečnit pro potřeby rutinního provozu Pojišťovny.

Ve druhé polovině roku byla aktualizována „Koncepce informačního systému VZP ČR pro roky 2006 až 2009“, jejímž cílem je podat ucelený přehled o hlavních směrech předpokládaného rozvoje informačního systému Pojišťovny v nejbližších letech. Základním principem je zachování kontinuity provozu při dodržení minimálně stávajících provozních parametrů IS.

Cílem je vybudování centralizovaného informačního systému podporujícího požadované obchodní služby Pojišťovny s minimální závislostí na organizační struktuře. Proto je snahou při zavádění nových úloh dodržet pravidlo centralizace dat i aplikací.

Rozvojové projekty

V oblasti rozvojových projektů byly v roce 2006 dokončeny smluvně zajištěné investiční akce rozpracované v předcházejícím roce.

Byl dokončen vývoj a implementace prostředí Integrační platformy (IPF) s předpokladem zahájení rutinního provozu v oblasti integrace úloh Portálu Pojišťovny (Extranet) a Základního informačního systému Pojišťovny počátkem roku 2007.

Výraznou změnou v činnosti úseku informačních a komunikačních technologií v přístupu k ostatním útvarům Pojišťovny je vytváření systému vzdělávání uživatelů a snaha o širší zapojení odborných útvarů do projektů ovlivňujících IS.

V roce 2006 byl implementován první celek v rámci procesního řízení služeb informačního systému s použitím metody ITIL. V první fázi byly zavedeny procesy Incident Management a Configuration Management. Analytické práce na dalších procesech pokračují s cílem pokrýt veškeré obecné aktivity řízení IT.

V souvislosti s rozvojem Portálu byl v roce 2006 dokončen projekt Content Management System (CMS). Toto řešení rozšiřující funkcionalitu portálových prezentací podporuje některé činnosti Pojišťovny vyplývající z novely správního řádu v oblasti komunikace (veřejná vyhláška).

Provoz IS

V oblasti správy aplikací byly dále rozvíjeny úlohy pro podporu činností a konsolidaci datové základny v oblasti výběru pojistného a účetnictví. Úlohy pro odpis pohledávek pojistného a penále byly rozšířeny o možnost hromadného zpracování definovaných případů. Aplikace Ústředí a územních pracovišť byly rozšířeny tak, aby v rámci zkvalitnění obslužnosti klientů byly podrobnější údaje o pojištěncích a plátcích pojistného dostupné bez ohledu na územní příslušnost (úloha Vzdálený přístup).

Byla dokončena implementace aplikace pro výkaz nedoplatků, zavedený do systému veřejného zdravotního pojištění zákonem č. 438/2004 Sb. Cílem provedené změny je zefektivnění výběru a vymáhání dlužného pojistného a penále.

V oblasti podpory správního řízení byly promítnuty změny související s platností nového správního řádu od 1. 1. 2006.

V průběhu roku 2006 byla dále zahájena realizace projektu „Vysoká dostupnost aplikací“, který plynule navazuje na již dokončený projekt „Migrace a konsolidace Ústředí“. V rámci probíhajícího projektu byly jednotlivé centrální aplikace klasifikovány podle důležitosti a požadované dostupnosti. Podle tohoto rozdělení byla připravena technická infrastruktura v podobě clusterového řešení databázových serverů společně s diskovými prostory. Toto řešení zajišťuje zvýšenou ochranu proti výpadku hardwaru jednotlivých komponent serverů. Poté bylo zahájeno postupné převádění vybraných centrálních aplikací na vysoce dostupné řešení. V první fázi se jednalo o přesun vlastních databází a konfigurací v prostředí clusterového řešení. Dále se uvažuje o nasazení clusteru také pro aplikační servery a přechodu na vyšší verzi aplikačního softwaru Oracle AS 10.1.2.

V oblasti správy registrů byl zprovozněn tzv. dálkový přístup do Informačního systému evidence obyvatel, vedeného MV, pro pověřené pracovníky Pojišťovny k ověřování údajů o pojištěncích. Od 1. 9. 2006 se účastníci veřejného zdravotního pojištění stali žadateli o mezinárodní ochranu s tím, že plátcem pojistného za ně je stát. Byla naprogramována nová úloha, která zpracovává údaje o průběhu azylového řízení jednotlivých osob. Potřebné údaje o žadatelích o mezinárodní ochranu lze pořizovat individuálně na jednotlivých ÚP Pojišťovny, hromadně se pak údaje přebírají do Centrálního registru pojištěnců z Odboru azylové a migrační politiky MV prostřednictvím souboru v dohodnutém datovém rozhraní.

V softwaru pro Informační centrum zdravotního pojištění byla realizována změna zákona č. 48/1997 Sb., a to nové stanovení přepočteného nositele výkonu a uplatnění nového hodinového limitu času nositele výkonu na jeden kalendářní den.

Správa informačního systému

S narůstajícím významem centralizace aplikací je průběžně optimalizováno a současně implementováno clusterové řešení pro nejdůležitější aplikace v Ústředí a KP pro HL. město Prahu. V rámci co nejvyšší dostupnosti a bezpečnosti dat je rozvíjeno on-line společné a sjednocené zálohování databází a systémů Ústředí a KP pro HL. město Prahu.

V průběhu roku 2006 byla průběžně odstraňována úzká místa unixových systémů v celé Pojišťovně, aby bylo možno provozovat grafickou aplikaci s akceptovatelnými odezvami. Pro implementaci dalších požadovaných projektů a centrálního clusterového řešení bylo v Ústředí Pojišťovny rozšířeno diskové pole XP 12000, odpovídající požadavkům provozu aplikací s vysokou dostupností.

Podpora a rozvoj informačních technologií

V rámci schváleného projektu zavádění procesního řízení v úseku ICT byl zahájen 1. 4. 2006 pilotní provoz pracoviště Service Desk a po úspěšné akceptaci byl předán od 1. 6. 2006 do rutinního provozu. Uživatelům umožní zadávat požadavky na úpravu nebo rozvoj informačního systému Pojišťovny a sledovat průběh řešení.

Aplikační software

V závislosti na změnách platných právních norem od počátku roku 2006 vznikly v oblasti financování lůžkových zařízení zcela nové aplikace (PCUL – Stanovení nákladů LZZ na některé léky dříve hrazené v režimu centrálně účtovaných léčiv) a nebo byly upravovány aplikace stávající (zejména nákladná péče/DRAPAC/, zohlednění následné péče /FNP/ a vyžádaná péče /VYZPECE/).

Vlivem uzavírání nových smluv se zeměmi mimo EU se rozšiřovala aplikace Mezystátní smlouvy (MSML).

V komunikaci s Centrem mezystátních úhrad byla uplatněna elektronická verze „výstupního“ formuláře E125 (pro vyúčtování péče pojištěnců EU realizované v ČR) a začalo testování „vstupního“ formuláře (pro vyúčtování péče pojištěnců ČR realizované v zemích EU).

I nadále docházelo k optimalizaci aplikací jak z hlediska minimalizace časové i systémové náročnosti, tak uživatelské přívětivosti. V neposlední řadě byla věnována velká pozornost výstupním sestavám a souborům, aby při maximální přehlednosti měly co největší vypovídací hodnotu.

Do rutinního provozu byla v průběhu roku 2006 převedena první etapa projektu „Centrální správa číselníků“, zajišťující jednoznačný přístup k tvorbě i údržbě číselníků a registrů jejich jednotlivým gestorům, a byly realizovány dílčí práce na dalších etapách.

Podobně jako v minulých letech byly realizovány úpravy aplikací pro financování zdravotnických zařízení v souladu s vyhláškami pro financování zdravotní péče v roce 2006.

Úprava softwaru pro AZZ si vyžádala postupné rozšíření aplikace BRM (bonifikačně-regulační mechanismy) a MAXU (maximální úhrada).

Projekty „Zástupy praktických lékařů“ a „Historie IČZ“, které byly zahájeny v roce 2005, byly v průběhu roku 2006 dovedeny do etapy využívání v aplikacích pro financování a regulaci AZZ.

Software „Příloha c2“ (elektronický formulář pro reexport dat podle Přílohy č. 2 Smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče uzavíraných mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními) byl nabídnut ostatním zdravotním pojišťovnám. Těto nabídky již využily čtyři zaměstnanecké zdravotní pojišťovny.

4.3 KONTROLA A KONTROLNÍ SYSTÉM

Kontrolní systém Pojišťovny zahrnuje dva základní segmenty. První z nich je její vnitřní kontrolní systém, který se řídí právní úpravou stanovenou zákonem č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole, a prováděcí vyhláškou č. 416/2004 Sb. k tomuto zákonu. Tento systém tvoří:

- předběžná, průběžná a následná kontrola zajišťovaná vedoucími zaměstnanci nebo k tomu pověřenými zaměstnanci Pojišťovny, kteří zabezpečují přímé uskutečňování operací při hospodaření s prostředky veřejného zdravotního pojištění
- odbor kontroly
- odbor interního auditu.

Oba výše uvedené odbory, dříve působící samostatně v rámci Ústředí Pojišťovny, byly od 1. 8. 2006 začleněny do nově zřízeného úseku interního auditu a kontroly.

V závěru roku 2006 došlo v rámci implementace krajské struktury Pojišťovny k posílení vnitřního kontrolního systému rozhodnutím o zřízení útvarů vnitřní kontroly v rámci KP Pojišťovny s účinností od 1. 1. 2007.

S ohledem na řídicí strukturu Pojišťovny, stanovenou zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, jsou součástí jejího kontrolního rámce rovněž schvalovací a kontrolní mechanismy Správní rady Pojišťovny a Dozorčí rady Pojišťovny, jejichž členové zajišťují účast pojištěnců Pojišťovny, zaměstnavatelů pojištěnců a státu na řízení Pojišťovny.

Druhý základní segment kontrolního systému je zaměřen mimo Pojišťovnu a je tvořen systémy zajišťujícími:

- kontrolu plátců prováděnou podle § 22 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
- kontrolní a revizní činnost, zaměřenou na využívání a poskytování zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění SZZ, prováděnou podle § 42 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (tato kontrolní a revizní činnost je předmětem kapitoly 4.4.2).

4.3.1 KONTROLY PROVEDENÉ VNĚJŠÍMI KONTROLNÍMI ORGÁNY

Kontrolu Pojišťovny upravují zákony a realizují orgány státní správy. Vlastní kontrolu vykonávají MZ, MF a NKÚ. Dohled nad činností Pojišťovny je také realizován formou schvalovacích procesů, které provádějí v rámci svých zákonných pravomocí příslušná ministerstva, vláda České republiky, PSP ČR a Senát Parlamentu České republiky. Této kontrole podléhá zejména návrh zdravotně-pojistného plánu, účetní závěrka a výroční zpráva.

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

V roce 2006 byla činnost Pojišťovny prověřována vyšetřovací komisí Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR, která byla zřízena usnesením PSP ČR č. 2026 z 51. schůze ze dne 6. prosince 2005 podle § 48 zákona č. 90/1995 Sb., o jednacím řádu PSP ČR. Úkolem vyšetřovací komise bylo objasnit, jak a proč vznikal dluh Pojišťovny, podíl managementu Pojišťovny na tomto dluhu, a zkontrolovat efektivitu vynakládaných finančních prostředků a soulad jejich využití s účelem, ke kterému má veřejné zdravotní pojištění sloužit.

Vyšetřovací komise PSP ČR konstatovala, že na dluhu Pojišťovny se podílí řada externích i interních faktorů. Pokud se týká hodnocení účelnosti vynakládaných prostředků, bylo konstatováno jejich využití v naprosté většině v souladu s právními předpisy, rezervy byly konstatovány v oblasti efektivit.

Pojišťovna reagovala na uvedené skutečnosti řadou opatření, např. operativní úpravou ročního plánu interních auditů a opatřeními směřujícími k dalšímu posílení vnitřního kontrolního systému.

Kromě výše uvedených kontrolních orgánů je Pojišťovna pod neformalizovanou (ale Pojišťovnou vnímanou jako významnou) kontrolou sdělovacích prostředků a veřejnosti.

4.3.2 KONTROLY USKUTEČNĚNÉ VNITŘNÍMI KONTROLNÍMI ORGÁNY

Kontroly provedené odborem kontroly úseku interního auditu a kontroly

Kontrolní činnost odboru kontroly probíhala podle ročního plánu, který zahrnoval jak provedení tematických kontrol na Ústředí Pojišťovny, tak kontrol ÚP Pojišťovny, resp. KP Pojišťovny. Celkově odbor kontroly v roce 2006 vykonal:

- dvě tematické kontroly na Ústředí Pojišťovny a čtyři mimořádné kontroly na ÚP Pojišťovny, resp. KP Pojišťovny
- třináct kontrol hospodaření ÚP Pojišťovny
- šest kontrol plnění nápravných opatření.

Jako v předchozích letech byla i v roce 2006 provedena tematická kontrola vybraných veřejných zakázek ukončených v roce 2005. Tato kontrola prověřovala dokumentaci celého procesu zadávacího řízení až po uzavření smluvního vztahu.

Další tematická kontrola byla zaměřena na oceňování a evidenci prodejních tiskopisů v Pojišťovně.

Dvě mimořádné kontroly byly provedeny na základě podání. V obou případech bylo poukazováno na ne hospodárnost, resp. plýtvání způsobené nesprávným vykazováním zdravotní péče SZZ. Z provedených kontrol vyplynula neoprávněnost uvedených podání.

Další dvě mimořádné kontroly byly provedeny na základě zjištění vnitřního kontrolního systému ÚP Pojišťovny a KP Pojišťovny. V prvním případě byla na ÚP Pojišťovny provedena cílená kontrola údajů o pojištěncích zadávaných do informačního systému a ovlivňujících mj. příjmy veřejného zdravotního pojištění. Přijata opatření byla zaměřena rovněž na prevenci rizik v oblasti informačních technologií.

V druhém případě mimořádná kontrola reagovala na zjištění vnitřního kontrolního systému KP Pojišťovny, zejména v oblasti smluvních vztahů. K výsledkům kontroly byla přijata adekvátní opatření.

Hlavní těžisko práce odboru kontroly však spočívalo v provedení třinácti kontrol hospodaření ÚP Pojišťovny. Každá z těchto kontrol byla prováděna podle standardizovaného programu a kontrolních postupů, které však byly adekvátně modifikovány na základě analýzy rizikových faktorů vztahujících se ke konkrétnímu ÚP Pojišťovny, resp. k činnostem jím zajišťovaným.

Kontroly hospodaření ÚP Pojišťovny byly zaměřeny zejména na:

- výběr pojistného, včetně správy pohledávek a kontrolní činnosti
- hrazení zdravotní péče ze ZFZP, zahrnující zejména uzavírání smluv se ZZ, vymáhání pohledávek za SZZ, vymáhání náhrad škod veřejného zdravotního pojištění
- vnitřní provoz, zejména na oběh dokladů, úplnost záznamů na dokladech, správnost účetnictví, používání služebních vozidel a ostatní obslužné činnosti.

Odbor kontroly současně vyvíjel iniciativu k odstranění maximálního množství nedostatků v průběhu kontroly.

Kontrolní zprávy a závěry z výsledků kontrol byly vždy projednány s příslušnými řediteli KP Pojišťovny a řediteli kontrolovaných ÚP Pojišťovny, což přispívalo ke stanovení adekvátních opatření. O výsledcích kontrol a následně i o přijatých opatřeních bylo vždy informováno vedení Pojišťovny. Počínaje druhým pololetím, zejména v případech závažnějších zjištění, byly výsledky kontrol projednávány přímo za účasti ředitele Pojišťovny, resp. jeho náměstka pro vedení KP Pojišťovny.

Na základě zhodnocení charakteru a závažnosti kontrolních zjištění z předchozích kontrol byla provedena u šesti ÚP Pojišťovny následná kontrola plnění nápravných opatření.

Výsledky kontrol jsou zobecňovány a využívány pro zlepšení činnosti Pojišťovny, včetně jejího řízení.

Vlastní zjištění odboru kontroly, spolu se zjištěními ostatních součástí vnitřního kontrolního systému, externího auditu a vnějších kontrolních orgánů a identifikovanými rizikovými faktory byla východiskem pro sestavení plánu kontrol na rok 2007.

Prošetřování a evidence stížností, podání a podnětů

Spisová agenda odboru kontroly je v základní části členěna na stížnosti, podání a podněty. V roce 2006 došlo k mírnému nárůstu spisů (resp. případů) evidovaných a řešených odborem kontroly. Ke dni 31. 12. 2006 bylo evidováno celkem 307 spisů. Jejich přehled a srovnání s rokem 2005 jsou uvedeny v následujících tabulkách:

Tabulka č. 3 (interní): Přehled spisů evidovaných odborem kontroly v roce 2005 a 2006

Kategorie	Celkem v r. 2005	Celkem v r. 2006	v % roku 2005
stížnosti	111	113	101,8
podání	42	45	107,1
podněty	73	107	146,6
ostatní	76	42	55,3
Celkem	302	307	101,6

Tabulka č. 4 (interní): Počet evidovaných spisů podle kategorií pisatelů v roce 2005 a 2006

Pisatel	r. 2005	r. 2006
pojištěnci	164	161
zdravotnické zařízení	21	37
zaměstnanec Pojišťovny	4	5
plátce pojistného	57	63
ostatní	56	41
Celkový počet spisů	302	307

V roce 2006 bylo ukončeno vyřízení 21 spisů z předchozího roku. Ze 307 spisů evidovaných v roce 2006 jich nebylo vyřízeno také 21. Celkem tedy bylo v roce 2006 vyřízeno 307 spisů. Prošetření každé, i anonymně podané stížnosti, podání či podnětu, je věnovaná náležitá pozornost nejen odborem kontroly, ale i ostatními útvary Pojišťovny, které na prošetřování participují. Přitom je kladen důraz na to, aby výsledky šetření nebyly ovlivněny těmi zaměstnanci či útvary, proti kterým stížnosti či podání směřují.

Z uvedených 307 prověřených případů jich bylo pouze 6 vyhodnoceno jako oprávněných (tj. 1,95 %).

Stížnosti, podání a podněty se vztahovaly zejména k:

- postupu revizních lékařů při schvalování návrhů na lázeňskou péči (komplexní, příspěvkovou, doprovod do lázní)
- problematice úhrad pojistného a platebních výměrů na dlužné pojistné a penále
- postupu a jednání zaměstnanců Pojišťovny
- postupu ošetřujících lékařů, úhradě léků, nekvalitní zdravotní péči
- úrovni poskytované zdravotní péče
- hotovostním úhradám lékařům
- pracovním vztahům.

V roce 2006 došlo k nárůstu požadavků MZ na prošetření jemu adresovaných stížností či podání.

Dále se na Pojišťovnu, podle zákona č. 141/1961 Sb., trestní řád, a zákona č. 283/1991 Sb., o Policii ČR, obracela Policie ČR se žádostmi o součinnost. Odbor kontroly poskytoval rovněž součinnost podle ustanovení zákona č. 349/1999 Sb., o Veřejném ochránci práv.

Zaměření interního auditu

Odbor interního auditu je od 1. 8. 2006, spolu s odborem kontroly, začleněn do úseku interního auditu a kontroly. Ředitel tohoto úseku je přímo podřízen řediteli Pojišťovny a oba uvedené útvary jsou nezávislé na procesech, které prověřují, a jsou organizačně oddělené od řídicích výkonných struktur. Podstatný rozdíl mezi nimi tedy nespočívá v atributech nezávislosti a předpokladech pro objektivitu, ale v přístupu k předmětu prověřování a používaných kontrolních a auditních metodách, což je mj. potenciálním zdrojem synergického efektu.

V souladu se standardy nejlepší praxe řádné správy a řízení institucí byl v prosinci 2006 ředitelem Pojišťovny, po projednání ve Správní radě Pojišťovny a Dozorčí radě Pojišťovny, vydán novelizovaný Statut interního auditu Pojišťovny. Tento statut nově stanovil kompetence výše uvedených orgánů Pojišťovny při jmenování ředitele úseku interního auditu a kontroly, plánování auditů (resp. vyžádání provedení neplánovaných auditů) a dále stanovil povinnost poskytovat těmto orgánům, kromě periodických hodnocení činnosti odboru interního auditu, rovněž informace o jednotlivých auditech. V souladu s výše uvedenými kompetencemi byl, na základě usnesení Správní rady Pojišťovny, v prosinci 2006 zahájen audit zaměřený na postup Pojišťovny při poskytování úhrad praktickým lékařům.

Činnost odboru interního auditu vycházela z ročního plánu. V průběhu 1. pololetí 2006 byla ovlivněna probíhající nucenou správou a výsledky externích kontrol. Plán činnosti odboru interního auditu byl v návaznosti na uvedené faktory aktualizován.

Konzultační činnost odboru se zaměřila v prvé řadě na organizaci a fungování vnitřního kontrolního systému, především na fungování předběžné řídicí kontroly na ÚP Pojišťovny, resp. KP Pojišťovny.

Dále byla konzultační činnost realizována formou stanovisek a připomínek k návrhům interních předpisů a k podkladovým materiálům pro řízení.

Vlastní auditní činnost byla, v souladu s aktualizovaným ročním plánem odboru interního auditu, soustředěna na provedení následujících auditů:

- a) Dokončení auditu „Prověření postupu zařazování, příp. vyřazování nových položek při tvorbě nových číselníků ZUM v Pojišťovně“
- b) „Prověření nejdůležitějších vnitřních předpisů v Pojišťovně (Organizační řád, Podpisový řád atp.)“
- c) „Prověření dodržování nařízení o úhradách zdravotní péče v roce 2005“
- d) „Stav implementace finanční kontroly, definované zákonem č. 320/2001 Sb., na ÚP Pojišťovny“
- e) „Prověření dodržování zákonem předepsaných termínů a postupů při zadávání veřejných zakázek“
- f) „Fond reprodukce majetku“
- g) „Podpora de minimis při odstraňování tvrdosti“.

V závěru roku 2006 byl zahájen z podnětu Správní rady Pojišťovny již zmiňovaný audit zaměřený na postup Pojišťovny při realizaci úhrad praktickým lékařům.

Interní audit by byly zaměřeny zejména na podporu:

- průběžného zkvalitňování finanční kontroly
- adekvátnosti vnitřních předpisů Pojišťovny ve vztahu k měnícím se podmínkám, včetně jejich komplexnosti, vzájemné návaznosti a kompatibility
- systému zajišťujícího soulad činností Pojišťovny s právními předpisy ČR a EU, vnitřními předpisy Pojišťovny a uzavřenými smlouvami
- správných pracovních postupů jak v oblasti základního fondu zdravotní péče, tak v oblasti provozního fondu a fondu reprodukce majetku
- eliminace potenciálních problémů vyplývajících ze zprávy Vyšetřovací komise PSP ČR.

Nejvýznamnějším trendem bylo prohlubování integrace aktivit odboru interního auditu se záměry vedení Pojišťovny při dalším zkvalitňování finanční kontroly v souvislosti s implementací krajské struktury Pojišťovny. Zvýšený důraz byl kladen na výdajovou i příjmovou část ZFZP, které z hlediska pokrytí vnitřním kontrolním systémem patří mezi nejsložitější a z hlediska významu jsou stěžejní. Opatření přijímaná vedením Pojišťovny byla základním východiskem pro posílení sofistikovaného přístupu ke kontrolním procesům, přičemž na základě poznatků interního auditu byla formulována doporučení přispívající k adekvátnosti těchto procesů.

Obdobný trend lze konstatovat v oblasti vnitřních předpisů, kdy na základě změn podmínek, zejména výše uvedeného přechodu na krajskou strukturu, vedení Pojišťovny přijalo systémové opatření v oblasti řízení, které zahrnuje rovněž oblast vnitřních předpisů. Také v tomto případě doporučení interního auditu přináší podněty pro efektivní realizaci tohoto opatření.

Plán auditů na rok 2007 prohloubil (na základě analýzy rizikových faktorů ve vztahu k poslání a cílům Pojišťovny, podnětů vedení Pojišťovny a její Správní rady) orientaci na nejvýznamnější segmenty představované výdajovou a příjmovou částí ZFZP, na spolehlivost a integritu informací pro řízení a na podporu efektivního fungování KP Pojišťovny. Jednou z podmínek pro realizaci uvedených záměrů bylo rozhodnutí vedení Pojišťovny o personálním posílení odboru interního auditu.

4.3.3 KONTROLY PLÁTCŮ POJISTNÉHO

Kontroly placení pojistného byly v roce 2006 prováděny několika způsoby a na různých úrovních, v závislosti na použitých kontrolovaných dokladech a na stanovené metodice kontroly.

Základem kontrolních činností Pojišťovny bylo provádění pravidelných kontrol podle plánu kontrol. Vedle těchto pravidelných kontrol byly prováděny i mimořádné kontroly, na základě zvláštních úloh zabudovaných v informačním systému, které vyhledávaly plátce, u nichž nebyly dodrženy zákonem stanovené termíny splatnosti, případně u kterých výše jejich plateb pojistného neodpovídala předpokladu, s využitím znalosti o počtu zaměstnanců, průměrné mzdě v dané oblasti a dané činnosti plátce. Kontrola vyhledáváním podezřelých plátců pomocí informačního systému zpravidla předcházela fyzické kontrole u zaměstnavatelů. Zaměstnavatelé jsou na základě zákona povinni odevzdávat zdravotní pojišťovně každý měsíc současně s platbou pojistného přehled o úhrnném pojistném a o úhrnu vyměřovacích základů a právě neodevzdání takových přehledů ani po výzvě bylo dalším kritériem pro výběr plátců k fyzické kontrole. V neposlední řadě je podnětem pro provedení kontroly informace o možném zániku plátce, případně vyhlášení konkurzu.

Kontroly placení pojistného u individuálních plátců, to je u osob samostatně výdělečně činných, u kterých měsíční pohledávky na pojistné vyplývají z ročních přehledů odevzdávaných Pojišťovně po podání daňového přiznání, a u osob bez zdanitelných příjmů, kde pohledávky vyplývají přímo ze zákona, byly prováděny převážně formou vyúčtování pojistného na základě údajů získaných z informačního systému. V případech, které to z různých důvodů vyžadovaly, např. když OSVČ neodevzdaly přehledy nebo byly zjištěny rozdíly v údajích uvedených v přehledu a v daňovém přiznání odevzdaném 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 územních pracovišť Pojišťovny bylo v roce 2006 v rámci kontrolní činnosti provedeno:

- **83 576 kontrol placení pojistného** na veřejné zdravotní pojištění a plnění ostatních povinností plátců pojistného, z toho bylo provedeno:
 - 83 172 kontrol u hromadných plátců pojistného, jejichž evidenční počet k 31. 12. 2006 činil 217 854,
 - 404 kontrol přímo u individuálních plátců pojistného (OSVČ), jichž bylo k 31. 12. 2006 evidováno 618 359.

Počet provedených kontrol se meziročně zvýšil. V roce 2006 bylo provedeno celkem 83 576 kontrol, což je ve srovnání s rokem 2005 (82 781 kontrol) o 795 kontrol více, a to představuje zvýšení o 0,96 %. Toto zvýšení je menší než v předchozích letech, ale s počtem kontrolů Pojišťovny lze již jen těžko zajistit vyšší počet kontrol bez výrazného snížení kvality. Jen s obtížemi je zajišťována periodicitu kontrol všech plátců pojistného (zaměstnavatelů i OSVČ) v intervalu do 4 až 5 roků, tak aby nikdy nedošlo k promlčení pohledávky. Důraz je stále kladen na kontrolu hromadných plátců, kterých bylo v roce 2006 zkontrolováno o 2 416 více než v roce 2005, což představuje zvýšení o 3,0 %.

Při kontrolách prováděných v roce 2006 byl zjištěn ve 24 645 případech dluh na pojistném a v 35 434 případech bylo vyčísleno penále. Ve stejném období se také zvýšil počet kontrol bez zjištění jakéhokoliv dluhu, což svědčí o tom, že plátci si na placení pojistného zvykají a ÚP Pojišťovny 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 2006, obdobně jako v předchozích letech, se týkala neplacení pojistného nebo prodlení v platbách pojistného, jejichž příčinou byla platební nekázeň, i když v některých případech způsobená druhotnou platební neschopností. Jen v menším rozsahu se zjištěné nedostatky týkaly chybného stanovení vyměřovacích základů a výpočtu pojistného. Další kontrolami zjištěné nedostatky se týkaly porušení oznamovací povinnosti plátců pojistného a povinnosti zasílání záznamů o pracovních úrazech.

Výsledky kontrol vedly k následnému **vymáhání dlužného pojistného, případně penále**. Jestliže plátce dlužné pojistné nebo penále neuhradil sám na základě provedené kontroly nebo po obdržení vyúčtování pojistného, vystavovala územní pracoviště ve správním řízení platební výměry, případně mimo správní řízení tzv. výkazy nedoplatků ve smyslu ustanovení § 53 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Pomocí platebních výměrů ve správním řízení ukládala územní pracoviště 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 2006 vystavila ÚP Pojišťovny celkem 100 579 platebních výměrů, z toho bylo 43 627 PV na dlužné pojistné, 53 045 PV na penále a 3 907 PV na pokuty. Kromě toho v roce 2006 vystavila ÚP Pojišťovny celkem 86 270 výkazů nedoplatků, z toho bylo 31 251 VN na dlužné pojistné a 55 019 VN na penále. V souhrnu bylo v roce 2006 vystaveno celkem 186 849 PV a VN, což je oproti roku 2005, kdy bylo vystaveno celkem 168 259 PV a VN, nárůst o 18 590 případů, tj. o 11,04 %.

Pouhé číselné porovnání počtu PV a VN může být zkreslující vzhledem k tomu, že v řadě případů dochází na základě nově zjištěných skutečností ke zrušení VN.

Přehled o částkách dlužného pojistného, penále a pokut uhrazených v roce 2006 na základě vystavených PV, poskytuje tabulka č. 5.

Tabulka č. 5 (interní): Částky dlužného pojistného, penále a pokut uhrazené na základě PV v roce 2006

Platební výměry	Předepsáno v účetním období roku 2006 v tisících Kč	Uhrazeno v účetním období roku 2006 v tisících Kč	%
Dlužné pojistné	1 494 526	1 026 872	68,7
Penále, pokuty	3 011 392	943 305	31,3
Celkem (ř. 1 + ř. 2):	4 505 918	1 970 177	43,7

Z tabulky je vidět, že platebními výměry na dlužné pojistné, penále a pokuty (bez přírážek k pojistnému), případně jinými způsoby, bylo předepsáno 4,506 mld. Kč. Uhrazeno bylo 1,970 mld. Kč.

Přehled o částkách dlužného pojistného a penále, uhrazených v roce 2006 na základě vystavených výkazů nedoplatků, poskytuje tabulka č. 6.

Tabulka č. 6 (interní): Částky dlužného pojistného a penále uhrazené na základě VN v roce 2006

Výkazy nedoplatků	Předepsáno v účetním období roku 2006 v tisících Kč	Uhrazeno v účetním období roku 2006 v tisících Kč	%
Dlužné pojistné	878 727	258 226	29,4
Penále	1 167 630	89 856	7,7
Celkem (ř. 1 + ř. 2):	2 046 357	348 082	17,0

Z tabulky je vidět, že výkazy nedoplatků na dlužné pojistné a penále bylo předepsáno 2,046 mld. Kč. Uhrazeno bylo 0,348 mld. Kč.

Přirážky k pojistnému

ÚP Pojišťovny využívala v roce 2006 také možnosti vyměření přirážky k pojistnému zaměstnavatelům, u nichž došlo 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 v roce 2006 vyměřeny přirážky k pojistnému v celkové výši 486 966,00 Kč, na přirážkách k pojistnému bylo pak uhrazeno 489 522,25 Kč, tedy více, než bylo v daném roce předepsáno. Tento zdánlivý nesoulad je důsledkem toho, že v roce 2006 byly uhrazeny i platební výměry na přirážky vystavené před rokem 2006.

Vyhodnocení účinnosti využívání předpisu dlužného pojistného výkazy nedoplatků v porovnání s vystavením platebního výměru

Zákonodárce na žádost zdravotních pojišťoven doplnil do zákona další institut, který rozšířil možnosti vymáhání pohledávek na plátcích pojistného. Porovnáním tabulek č. 5 a 6 lze konstatovat, že účinnost využívání předpisu výkazy nedoplatků je v roce 2006 nižší než účinnost předepsání pohledávky pomocí platebního výměru ve správním řízení. Na základě PV bylo uhrazeno 43,7 % předepsaných pohledávek, na základě VN jen 17 %. Poměrně nízká účinnost úhrady dlužné pohledávky na podkladě výkazů nedoplatků v roce 2006 je způsobena zahájením této formy vyměřování. V roce 2005 bylo vystaveno jen 11 108 VN a teprve v roce 2006 bylo vydáno 86 270 VN. Ty však budou z větší části vymoženy až v roce 2007.

4.3.4 ODPISY DLUŽNÉHO POJISTNÉHO

V roce 2006 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. 7.

Tabulka č. 7 (interní): Odpisy pojistného a penále v roce 2006

Odpisy	Pojistné		Penále		Pokuty a přir.		Celkem
	odpis	proml.	odpis	proml.	odpis	proml.	
	v tisících Kč						
Zaměstnavatelé	200 417	10 114	726 133	51 638	3 879	275	
Samoplátcí	45 529	16 821					
Celkem odpisy	245 946		726 133		3 879		975 958
Celkem promlčení		26 935		51 638		275	78 848
Celkem odp. a promlč.	272 881		777 771		4 154		1 054 806
Veřejná podpora							227 138
Celkem	272 881		777 771		4 154		

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

Ukazatel „Odpis pohledávek podle § 1 odst. 5 vyhlášky o fondech“ ve výši 1 285 769 tis. Kč, vykázaný v tabulce č. 18 ZFZP, odd. A III ř. 5, uvádí odpisy pohledávek včetně pohledávek z náhrad škod a neoprávněné fakturace ZZ.

4.3.5 VYHODNOCENÍ PLNĚNÍ OZNAMOVACÍ POVINNOSTI ZAMĚSTNAVATELŮ formou zasílání „přehledů“ podle § 25 zákona č. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a postup jejich zpracování na zdravotní pojišťovně

Případů, kdy plátcí přehledy nepředají nebo předají opožděně, postupně ubývá. V první polovině roku 2006 nedodali zaměstnavatelé včas nebo vůbec celkem 2,64 % přehledů, osoby samostatně výdělečně činné 7,03 % 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 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 plátcé v přehledu uvedl správné údaje.

4.4 ZDRAVOTNÍ POLITIKA A REVIZNÍ ČINNOST

4.4.1 ZDRAVOTNÍ POLITIKA

Zdravotní politika uplatňovaná Pojišťovnou byla v roce 2006 zásadně ovlivněna jednak nucenou správou, která v Pojišťovně pokračovala od listopadu 2005 a byla ukončena v květnu 2006, jednak poměrně složitým vývojem legislativních zásahů ať už do úhrad zdravotnickým zařízením (tzv. úhradové vyhlášky MZ, nový SZV, tzv. léková vyhláška), nebo i do smluvních vztahů (komplikovaný vývoj vyhlášek o rámcových smlouvách).

S účinností od 1. ledna 2006 byla vydána vyhláška MZ č. 493/2005 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, která podstatně navýšila bodové hodnoty většiny výkonů (v průměru o cca 40 %) a tím i hodnotu práce lékařů. Dále byly do novely zařazeny dvě nové autorské odbornosti, a to 914 – psychiatrická sestra a 917 – ergoterapeut, zařazeny nové výkony dopravy – místní převoz infekčního pacienta, dálkový převoz infekčního pacienta, náklady na desinfekci vozidla, zařazeny další nové výkony a některé výkony byly zrušeny nebo nahrazeny jinými. Nad rámec výsledků dohodovacího řízení k SZV došlo k úpravě mzdových indexů lékařů, zubních lékařů a farmaceutů tak, aby byly věcně v souladu se zákonem č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

V roce 2006 se dle ustanovení § 17 odst. 5) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, konala dvě **Dohodovací řízení k SZV**.

První DŘ probíhalo v 5 jednacích dnech.

První jednací den DŘ k SZV byl uskutečněn 18. ledna 2006. Projednávány byly výkony odbornosti diabetologie (2 výkony), otorinolaryngologie (2 výkony), ARO a intenzivní medicína (1 výkon), oroptická sestra (3 výkony), chirurgie (101 výkonů) a dětská chirurgie (32 výkonů).

Druhý jednací den DŘ k SZV se konal 22. února 2006. Projednávány byly výkony odbornosti dermatologie (2 výkony), nukleární medicína (1 výkon), psychiatrie (3 výkony), gynekologie a porodnictví (3 výkony), chirurgie (47 výkonů + minutová režie operačních sálů), úrazová chirurgie (57 výkonů).

Třetí jednací den DŘ k SZV se konal 22. března 2006. Projednávány byly návrhy mzdových indexů nelékařských profesí, výkony odbornosti pracovní lékařství (2 výkony), kardiologie (1 výkon), cévní chirurgie (55 výkonů), gynekologie a porodnictví (52 výkonů), hrudní chirurgie (33 výkonů).

Čtvrtý jednací den DŘ k SZV se konal 29. března 2006. Projednávány byly výkony odbornosti úrazová chirurgie (8 výkonů), ortopedie (181 výkonů), chirurgie (24 výkonů) a samostatný výkon pro screening cervikovaginální cytologie.

Pátý jednací den DŘ k SZV se konal 26. dubna 2006. Projednávány byly znovu mzdové indexy nelékařských profesí, 4 výkony univerzální mezioborové, gynekologie a porodnictví (6 výkonů), radiodiagnostika a zobrazovací metody (1 výkon), ARO a intenzivní medicína (3 výkony), hematologie (2 výkony), nukleární medicína (2 výkony).

Druhé DŘ k SZV v roce 2006 se konalo dne 25. října 2006. Projednán byl návrh na změnu textové části SZV – Převoz na pitvu a z pitvy a dále 1 výkon odbornosti kardiologie, tuberkulóza a respirační nemoci (2 výkony), chirurgie (1 výkon), klinická biochemie (2 výkony), lékařská virologie (2 výkony), radiologie a zobrazovací metody (1 výkon), klinická logopedie (3 výkony) a nová odbornost všeobecná sestra v sociálních službách (11 výkonů).

Pojišťovna při obou DŘ oficiálně oznámila své stanovisko nepodpořit za současné finanční situace Pojišťovny ani jeden z předložených návrhů. Ostatní přítomní účastníci dohodovacího řízení vzali toto stanovisko na vědomí, ale shodli se na tom, že je nutné všechny předložené návrhy projednat, neboť SZV je nutné zrealizovat.

Činnost Pracovní skupiny č. 2 DŘ k SZV pokračovala i v roce 2006. Převažující náplní jednání dnů byla jednání k problematice chirurgických oborů, kde byly řešeny jednotlivé odbornosti, náplně výkonů, použité materiály, léky či přístrojové vybavení výkonů tak, aby došlo ke zrealizování a narovnání situace napříč všemi těmito obory.

Souběžně s problematikou chirurgických oborů pracovní skupina i nadále evidovala připomínky a návrhy ostatních odborných společností, které byly postupně též projednávány.

Pracovní skupina č. 2 DŘ k SZV se v roce 2006 sešla celkem dvacetkrát.

I v roce 2006 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.

Mechanismy úhrad používané v jednotlivých segmentech zdravotní péče v roce 2006:

V dohodovacím řízení podle zákona č. 48/1997 Sb., § 17, odst. 6 mezi zástupci Pojišťovny a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení byly projednávány hodnoty bodu a výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále „DŘ k cenám“).

V 1. pololetí roku 2006 došlo v rámci DŘ k cenám k dohodě se zástupci poskytovatelů v segmentech:

- stomatologické péče
- lázeňské péče.

Výsledek tohoto DŘ k cenám byl vyhlášen MZ ve Věstníku MZ částka 11-12/2005, a stal se tak pro zdravotnická zařízení a pro zdravotní pojišťovny závazným.

V segmentech:

- praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost
- ambulantní specializované péči a hemodialyzační péče
- komplementu a radiodiagnostiky
- fyzioterapie
- domácí zdravotní péče
- dopravy (LSPP, ZZS, DRNR)
- ústavní péče

nebylo mezi zástupci poskytovatelů a zástupci zdravotních pojišťoven dosaženo dohody a výše úhrady byla na základě rozhodnutí MZ stanovena vyhláškou MZ č. 550/2005 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro 1. pololetí 2006. Tato vyhláška pak byla novelizována s účinností od 1. dubna 2006 vyhláškou MZ č. 101/2006 Sb., kterou se mění vyhláška č. 550/2005 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro 1. pololetí 2006.

Ve druhém pololetí roku 2006 byla úhrada zdravotní péče vzhledem k absenci právního předpisu stanovujícího ve vazbě na DŘ k cenám hodnoty bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění pro 2. pololetí roku 2006 realizována podle usnesení Správní rady Pojišťovny ze dne 26. června 2006. Usnesení uložilo řediteli Pojišťovny postupovat tak, aby financování zdravotnických zařízení ve 2. pololetí 2006 probíhalo podle principu, který je popsán v úhradové vyhlášce platné pro 2. čtvrtletí 2006 s použitím odpovídajícího referenčního období.

Mechanismy úhrad používané v 1. a 2. pololetí 2006 jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka č. 8 (interní): Mechanismy úhrad ambulantním a lůžkovým zdravotnickým zařízením

I. pololetí 2006	II. pololetí 2006
PRAKTIČTÍ LÉKAŘI	
1) KKVP 35,02 Kč nepravidelná péče a výkony nad rámec kapítace – 0,97 Kč/bod bonifikační systém nebyl uplatňován regulační mechanismy limit úhrady 2) Výkonová platba hodnota bodu 0,46 Kč limit času nositele výkonu – 1. čtvrtletí: 12 hod./kal. den – 2. čtvrtletí: 10 hod./kal. den regulační mechanismy 3) KKVP s dorovnáním – „malé praxe“ dorovnání menšího počtu jednicových registrovaných pojištěnců s ohledem na geografické podmínky; přiznání komisi pro malé praxe bonifikační systém nebyl uplatňován regulační mechanismy limit úhrady	1) KKVP 35,02 Kč nepravidelná péče a výkony nad rámec kapítace – 0,97 Kč/bod dříve užívaný bonifikační systém nebyl uplatňován, byla sjednána bonifikace do výše ZPP ke zmírnění regulací 1. pololetí regulační mechanismy limit úhrady 2) Výkonová platba hodnota bodu 0,46 Kč limit času nositele výkonu 10 hod./kal. den regulační mechanismy 3) KKVP s dorovnáním – „malé praxe“ dorovnání menšího počtu jednicových registrovaných pojištěnců s ohledem na geografické podmínky; přiznání komisi pro malé praxe bonifikační systém nebyl uplatňován regulační mechanismy limit úhrady
AMBULANTNÍ SPECIALISTÉ	
Výkonová platba hodnota bodu = 1,05 Kč limit času nositele – 1. čtvrtletí: 12 hod./kal. den – 2. čtvrtletí: 10 hod./kal. den předběžná úhrada ve výši 100 % POÚ – regulace na léky a zdravotnické prostředky – regulace na vyžádanou péči komplementu regulace nebyly vzhledem ke splnění globální podmínky uplatněny celková úhrada do výše tzv. maximální úhrady: $MAXU_{ZZ} = \text{součet } MAXU \text{ za všechny odbornosti nasmlouvané tímto } ZZ$ úhrada A – dle vyhlášky č. 550/2005 Sb. ve znění platném k 1. 1. 2006 $MAXU_{ODB} = POP_{ODB_{akt}} * (PB_{ODB_{ref}} * CB + (PUZUM_{ODB_{ref}} + PUZULP_{ODB_{ref}}) * 0,98) * 1,03$ úhrada B – dle vyhlášky č. 550/2005 Sb. ve znění vyhlášky č. 101/2006 Sb. $MAXU_{ODB} = POP_{ODB_{akt}} * (PB_{ODB_{ref}} * CB * 1,05 + PUZUM_{ODB_{ref}} + PUZULP_{ODB_{ref}})$ 1. pololetí – kombinovaný způsob = za použití režimů upravených v obou vyhláškách úhrada 1. pol. 2006 = úhrada A/2 + úhrada B/2 omezení maximální úhradou se nepoužije: – pokud v ref. období ZZ zdravotní péči v některé odbornosti neposkytovalo nebo ošetřilo nevýznamný počet unikátních pojištěnců (50 a méně) – časová regulace (dle § 41 zák. č. 48/1997 Sb. ve znění pozdějších předpisů) bude stanovována čtvrtletně a vypořádána po skončení 2. čtvrtletí za obě čtvrtletí současně	Výkonová platba hodnota bodu = 1,05 Kč limit času nositele výkonu 10 hod./kal. den předběžná úhrada ve výši 100 % POÚ – regulace na léky a zdravotnické prostředky – regulace na vyžádanou péči komplementu regulace nebyly vzhledem k splnění globální podmínky uplatněny celková úhrada do výše tzv. maximální úhrady $MAXU_{ZZ} = \text{součet } MAXU \text{ za všechny odbornosti nasmlouvané tímto } ZZ$ $MAXU_{ODB} = POP_{ODB_{akt}} * (PB_{ODB_{ref}} * CB * 1,05 + PUZUM_{ODB_{ref}} + PUZULP_{ODB_{ref}})$ omezení maximální úhradou se nepoužije: – pokud v ref. období ZZ zdravotní péči v některé odbornosti neposkytovalo nebo ošetřilo nevýznamný počet unikátních pojištěnců (50 a méně) – časová regulace (dle § 41 zák. č. 48/1997 Sb. ve znění pozdějších předpisů) bude stanovována čtvrtletně a vypořádána po skončení 4. čtvrtletí za obě čtvrtletí současně nad rámec MAXU do výše úhrady v referenčním období uhrazeny léčivé přípravky převedené od 1. 8. 2006 z kategorie „Z“ a „X“ do kategorie P (resp. P/O, P/K, P/B)

I. pololetí 2006

II. pololetí 2006

AMBULANTNÍ HEMODIALÝZA

Výkonová platba

hodnota bodu = 1,02 Kč

limit času nositele výkonu

– 1. čtvrtletí: 12 hod./kal. den

– 2. čtvrtletí: 10 hod./kal. den

předběžná úhrada 100 % POÚ

– regulace na léky a zdravotnické prostředky

– regulace na vyžádanou péči komplementu

regulace nebyly vzhledem k splnění globální podmínky uplatněny

celková úhrada za 1. čtvrtletí max. do 103 % celkové úhrady v referenčním období

celková úhrada za 2. čtvrtletí max. do 105 % celkové úhrady v referenčním období

omezení maximální úhradou se nepoužije, pokud ZZ ošetřilo ve 2. čtvrtletí nevýznamný počet unikátních pojištěnců (50 a méně)

nad rámec celkové úhrady uhrazen objem ZULP poskytnutý Pojišťovnou v referenčním období, přepočtený na POP_{ref} a diagnózu a vynásobený POP_{akt} s příslušnou diagnózou

minutová režijní sazba nefrologických hemoelimačních metod je 2,9 bodů/min.

Výkonová platba

hodnota bodu = 1,02 Kč

limit času nositele výkonu 10 hod./kal. den

předběžná úhrada 100 % POÚ

– regulace na léky a zdravotnické prostředky

– regulace na vyžádanou péči komplementu

regulace nebyly vzhledem k splnění globální podmínky uplatněny

celková úhrada max. do 105 % celkové úhrady v referenčním období

omezení maximální úhradou se nepoužije, pokud ZZ ošetřilo nevýznamný počet unikátních pojištěnců (50 a méně)

nad rámec celkové úhrady uhrazen ZULP poskytnutý Pojišťovnou v referenčním období, ve výši celostátních průměrných nákladů na POP_{ref} a diagnózu za měsíc a vynásobený POP_{akt} s příslušnou diagnózou a počtem odléčených měsíců

minutová režijní sazba nefrologických hemoelimačních metod je 2,9 bodů/min.

HOME-CARE

předběžná úhrada ve výši 100 % POÚ

1) Výkonová platba – 1. varianta

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. varianta

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

celková úhrada v 1. Q 2006 max. 103 % celk. úhrady v ref. období

celková úhrada ve 2. Q 2006 max. 105 % celk. úhrady v ref. období

omezení úhrady se neuplatní, pokud ZZ poskytlo v ref. nebo hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně unikátním pojištěncům

minutová režijní sazba 2,41 bodů/min.

předběžná úhrada ve výši 100 % POÚ

1) Výkonová platba – 1. varianta

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. varianta

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

celková úhrada ve 3. a ve 4. Q 2006 max. 105 % celk. úhrady v ref. období

omezení úhrady se neuplatní, pokud ZZ poskytlo v ref. nebo hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně unikátním pojištěncům

minutová režijní sazba 2,41 bodů/min.

I. pololetí 2006

II. pololetí 2006

FYZIOTERAPIE – odbornosti 902 a 918

Výkonová platba

hodnota bodu 0,96 Kč

limit času nositele výkonu

– 1. čtvrtletí: 12 hod./kal. den

– 2. čtvrtletí: 10 hod./kal. den

předběžná úhrada ve výši 100 % POÚ

celková úhrada v 1. Q 2006 max. 103 % celk. úhrady v ref. období

celková úhrada ve 2. Q 2006 max. 105 % celk. úhrady v ref. období

omezení úhrady se neuplatní, pokud ZZ poskytlo v ref. nebo hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně unikátním pojištěncům

Výkonová platba

hodnota bodu 0,96 Kč

limit času nositele výkonu 10 hod./kal. den

předběžná úhrada ve výši 100 % POÚ

celková úhrada max. 105 % celk. úhrady v ref. období

omezení úhrady se neuplatní, pokud ZZ poskytlo v ref. nebo hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně unikátním pojištěncům

KOMPLEMENT – odbornost 222, 801-805, 807, 809, 812-823

1) Paušální sazba

1. čtvrtletí

předběžná úhrada = 100 % úhrady za výkony a 98 % ZUM a ZULP z referenčního období

konečná paušální sazba $PS = [(CÚ_{ref.} - ÚZÚLM_{ref.}) + 0,98 * ÚZÚLM_{ref.}] * K_{1/06}$

Úprava paušální sazby:

- počet bodů je 97–103 % RPB, pak se výše paušální sazby nemění
- počet bodů je nižší než 97 % RPB, pak se výše paušální sazby upraví koeficientem změny výkonnosti
- počet bodů vyšší než 103 %, výše předběžné paušální sazby se nemění, konečná paušální sazba je rovna 100 % POÚ

2. čtvrtletí

předběžná úhrada ve výši součinu 100 % úhrady za výkony a 100 % ZUM a ZULP z ref. období

 $PS = [(CÚ_{ref.} - ÚZÚLM_{ref.}) + ÚZÚLM_{ref.}] * K_{2/6}$

pro odb. 809

 $PS = [(CÚ_{ref.} - ÚZÚLM_{ref.}) * 1,03 + ÚZÚLM_{ref.}] * K_{2/6}$

Úprava paušální sazby:

- počet bodů je 98–105 % RPB, pak se výše paušální sazby nemění
- počet bodů je nižší než 98 % RPB, pak se výše paušální sazby upraví koeficientem změny výkonnosti
- počet bodů vyšší než 105 %, výše předběžné paušální sazby se nemění, konečná paušální sazba je rovna 100 % POÚ

2) Výkonová platba

hodnota bodu 0,86 Kč

pro odb. 809 – hodnota bodu = 1,04 Kč

použita pouze tam, kde ZZ ošetřilo méně než 75 POP a jedná-li se o nové ZZ bez referenčního období

odb. 806 hrazena výhradně výkonově s hodnotou bodu = 1,04 Kč

1) Paušální sazba

předběžná úhrada = 100 % úhrady za výkony a 100 % ZUM a ZULP z referenčního období

 $PS = (CÚ_{ref.} - ÚZÚLM_{ref.}) + ÚZÚLM_{ref.} * K_{3(4)/06}$

pro odb. 809

 $PS = (CÚ_{ref.} - ÚZÚLM_{ref.}) * 1,03 + ÚZÚLM_{ref.} * K_{3(4)/06}$

Úprava paušální sazby:

- počet bodů je 98–105 % RPB, pak se výše paušální sazby nemění
- počet bodů je nižší než 98 % RPB, pak se výše paušální sazby upraví koeficientem změny výkonnosti
- počet bodů vyšší než 105 %, výše předběžné paušální sazby se nemění, konečná paušální sazba je rovna 100 % POÚ

2) Výkonová platba

hodnota bodu 0,86 Kč

pro odb. 809 – hodnota bodu = 1,04 Kč

použita pouze tam, kde ZZ ošetřilo méně než 75 POP a jedná-li se o nové ZZ bez referenčního období

odb. 806 hrazena výhradně výkonově s hodnotou bodu = 1,04 Kč

I. pololetí 2006**II. pololetí 2006****STOMATOLOGICKÁ PÉČE**

Úhrada dle sazeb zveřejněných v částce 11-12/2005 Věstníku MZ
 regulace určena omezujícími podmínkami k jednotlivým kódům „Úhrady standardní stomatologické péče“
 celková úhrada max. 102 % celk. úhrady v ref. období

Úhrada dle dohodnutých sazeb
 regulace určena omezujícími podmínkami k jednotlivým kódům „Úhrady standardní stomatologické péče“
 globální podmínka: nárůst segmentu maximálně 3 % oproti ref. období

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA – odbornost 709

Výkonová platba
 hodnota bodu 1,03 Kč

dálková přeprava poskytovaná v rámci mezistátních smluv
 hrazena s hodnotou bodu 1,03 Kč

Výkonová platba
 hodnota bodu 1,03 Kč

dálková přeprava poskytovaná v rámci mezistátních smluv
 hrazena s hodnotou bodu 1,03 Kč

DOPRAVA RANĚNÝCH, NEMOCNÝCH A RODIČEK – odbornost 989

Výkonová platba
 hodnota bodu 0,91 Kč upravena koeficientem:
 a) ve výši 1,02 pro pracoviště DRNR splňující tyto podmínky
 – fyzicky zajištěný 24hodinový provoz a na tento rozsah je uzavřena smlouva s Pojišťovnou
 – vlastní dispečink v nepřetržitém provozu nebo má smlouvu s dispečinkem jiného ZZ
 – minimálně 5 plných pracovních úvazků řidičů DRNR v pasportizaci
 – minimálně 3 sanitní vozy DRNR vybavené dle platných předpisů
 b) ve výši 0,97 Kč pro ostatní pracoviště DRNR
 celková úhrada za 1. čtvrtletí max. do 103 % celkové úhrady v referenčním období
 celková úhrada za 2. čtvrtletí max. do 105 % celkové úhrady v referenčním období
 převoz na zdravotní pitvu pohřební službou – výkonový způsob, hodnota bodu 0,91 Kč
 doprava pacienta soukromým vozidlem – paušální sazba 4,80 Kč/1 km

Výkonová platba
 hodnota bodu 0,91 Kč upravena koeficientem:
 a) ve výši 1,02 pro pracoviště DRNR splňující tyto podmínky
 – fyzicky zajištěný 24hodinový provoz a na tento rozsah je uzavřena smlouva s Pojišťovnou
 – vlastní dispečink v nepřetržitém provozu nebo má smlouvu s dispečinkem jiného ZZ
 – minimálně 5 plných pracovních úvazků řidičů DRNR v pasportizaci
 – minimálně 3 sanitní vozy DRNR vybavené dle platných předpisů
 b) ve výši 0,97 Kč pro ostatní pracoviště DRNR
 celková úhrada za 105 % celkové úhrady v referenčním období
 převoz na zdravotní pitvu pohřební službou – výkonový způsob, hodnota bodu 0,91 Kč
 doprava pacienta soukromým vozidlem – paušální sazba 4,80 Kč/1 km

LÉKAŘSKÁ SLUŽBA PRVNÍ POMOCI

Výkonová platba
 hodnota bodu 0,92 Kč

Výkonová platba
 hodnota bodu 0,92 Kč

LÁZNĚ A OZDRAVOVNY

Věcně usměrňovaná cena
 podle zákona č. 526/1990 Sb., o cenách

Věcně usměrňovaná cena
 podle zákona č. 526/1990 Sb., o cenách

I. pololetí 2006

II. pololetí 2006

NEMOCNICE

Paušální sazba ve výši

- jedné poloviny paušální sazby stanovené dle vyhlášky č. 550/2005 Sb.
- a
- jedné poloviny paušální sazby stanovené dle vyhlášky č. 550/2005 Sb. ve znění vyhlášky č. 101/2006 Sb. se zohledněním
- nárůstu objemu vykázané a uznané nákladné zdravotní péče
- zvlášť účtovaných léčiv a zdravotnických prostředků, hrazených v roce 2005 z centrálního nákupu
- finančního vyhodnocení regulačního mechanismu na objem vyžádané péče v kompletu a radiodiagnostice (kromě výkonů screeningové mamografie) v jiném zdravotnickém zařízení

Regulační mechanismus na objem předepsaných léčiv a zdravotnických prostředků ve výši:

- jedné poloviny finančního vypořádání regulačního mechanismu stanoveného dle vyhlášky č. 550/2005 Sb.
- a
- jedné poloviny finančního vypořádání regulačního mechanismu stanoveného dle vyhlášky č. 550/2005 Sb. ve znění vyhlášky č. 101/2006 Sb.

Jiný způsob úhrady

Regulovaný výkonový způsob úhrady s hodnotou bodu 0,89 Kč a omezením počtu bodů, resp. objemu ZUM a ZUL, tento způsob úhrady byl realizován pouze ve výjimečných případech (např. v případě, kdy oproti 1. pololetí 2005 došlo ke sloučení nemocnic, k výrazné restrukturalizaci nemocnice, vzniku nového ZZ vyčleněním z jiné nemocnice.

Paušální sazba ve výši

- 105 % celkové úhrady za 2. pololetí 2005 po odečtení objemu vykázaných a uznaných zvlášť účtovaných léčiv a zdravotnických prostředků
 - a
 - 100 % objemu zvlášť účtovaných léčiv a zdravotnických prostředků vykázaných a uznaných za 2. pololetí 2005 se zohledněním
 - objemu vykázané a uznané nákladné zdravotní péče
 - zvlášť účtovaných léčiv a zdravotnických prostředků, hrazených v roce 2005 z centrálního nákupu
 - zvlášť účtovaných léčiv, která byla do 31. 7. 2006 předepisována na recept a od 1. 8. 2006 byla v souladu s vyhláškou č. 368/2006 Sb. převedena do režimu zvlášť účtovaných léčiv
 - objemu péče poskytnuté v rámci chronické hemodialýzy (v případě zájmu nemocnice)
 - finančního vyhodnocení regulačního mechanismu na objem vyžádané péče komplementu a radiodiagnostice (kromě výkonů screeningové mamografie) v jiném zdravotnickém zařízení
- Regulačně-bonifikační mechanismus na objem předepsaných léčiv a zdravotnických prostředků byl realizován dle dosaženého výsledku ve srovnání s 2. pololetím 2005 v následujících rozmezích:
- 98 – 101 % – bez regulace a bez bonifikace
 - pod 98 % – bonifikace ve výši 1 % z celkového objemu
 - 101 – 105 % – regulace ve výši 40 % z překročení nad 101 %
 - nad 105 % – ve výši 40 % z překročení od 101 % do 105 % a zároveň ve výši 100 % z překročení nad 105 %

ODBORNÉ LÉČEBNÉ ÚSTAVY

1. čtvrtletí 2006

Paušální sazba za ošetřovací den, která je oproti 1. pololetí 2005 navýšena o 3 %.

2. čtvrtletí 2006

- a) paušální platba ve výši jedné poloviny ze 105 % celkové úhrady za 1. pololetí 2005
- b) paušální platba za ošetřovací den ve výši platné pro 1. čtvrtletí 2006

Paušální platba za ošetřovací den, která je za 1. pololetí 2005 navýšena o 3,4 %.

LÉČEBNÝ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH

1. čtvrtletí 2006

Paušální sazba za ošetřovací den, která je oproti 1. pololetí 2005 navýšena o 3 %.

2. čtvrtletí 2006

- a) paušální platba ve výši jedné poloviny ze 105 % celkové úhrady za 1. pololetí 2005
- b) paušální platba za ošetřovací den ve výši platné pro 1. čtvrtletí 2006

Paušální platba za ošetřovací den, která je oproti 1. pololetí 2005 navýšena o 3,4 %.

I. pololetí 2006

II. pololetí 2006

PÉČE POSKYTOVANÁ NA OŠETŘOVATELSKÝCH LŮŽKÁCH

1. čtvrtletí 2006

Paušální sazba za ošetřovací den, která je oproti 1. pololetí 2005 navýšena o 3 %.

2. čtvrtletí 2006

a) paušální platba ve výši jedné poloviny ze 105 % celkové úhrady za 1. pololetí 2005

b) paušální platba za ošetřovací den ve výši platné pro 1. čtvrtletí 2006

Paušální platba za ošetřovací den, která je oproti 1. pololetí 2005 navýšena o 3,4 %.

CB	cena bodu
CÚ _{ref}	celková úhrada v referenčním období
DRNR	doprava raněných, nemocných a rodiček
IHB	index hodnoty bodu
K	koeficient zohledňující objem poskytnuté péče
K _{1/06}	koeficient změny výkonnosti (K) zohledňující objem poskytnuté péče
KKVP	kombinovaná kapitačně-výkonová platba
MAXU_ODB	maximální úhrada za příslušnou odbornost
MAXU_ZZ	maximální úhrada pro zdravotnické zařízení
OD	ošetřovací den
PB_ODB _{ref}	průměrný počet bodů na jednoho ošetřeného pojištěnce za odbornost v referenčním období
PKČ	poměrné kapacitní číslo
POP_ODB _{akt}	počet unikátních pojištěnců za odbornost v aktuálním období
POP _{akt}	počet unikátních pojištěnců v aktuálním období
POP _{ref}	počet unikátních pojištěnců v referenčním období
POÚ	porovnávací objem úhrady – je roven úhradě za odpovídající kalendářní čtvrtletí minulého kalendářního roku
PS	paušální sazba
PUZULP_ODB _{ref}	průměrná úhrada za zvlášť účtovaná léčiva na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti v referenčním období
PUZUM_ODB _{ref}	průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti v referenčním období
RPB	referenční počet bodů
ÚZÚLM _{ref}	objem úhrady veškerých zvlášť účtovaných léčivých přípravků
ZULP	zvlášť účtované léčivé přípravky
ZUM	zvlášť účtovaný materiál

KOMENTÁŘ K JEDNOTLIVÝM SEGMENTŮM ZDRAVOTNÍ PÉČE:**Praktičtí lékaři**

Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost byla v roce 2006 hrazena převážně formou „kombinované kapitačně-výkonové platby“.

Na základě jednání mezi zástupci lékařů a Pojišťovny byly uzavřeny dohody ve věci uplatnění regulací v segmentu praktických lékařů:

- Regulace na léky a zdravotnické prostředky u jednotlivých zdravotnických zařízení budou uplatněny pouze tehdy, pokud celkové náklady na léky a zdravotnické prostředky předepsané v tomto segmentu v roce 2006 přesáhnou objem nákladů v roce 2005. Protože se tak nestalo, nebudou regulace uplatněny.
- Regulace na vyžádanou péči komplementu u jednotlivých zdravotnických zařízení budou uplatněny jen tehdy, pokud celkové náklady v segmentu ambulantního komplementu v roce 2006 přesáhnou celkové náklady v roce 2005 – nedošlo k překročení, regulace proto nebudou uplatněny.
- Pokud nebudou splněny podmínky pro upuštění od regulací, bude maximální částka pro uplatnění rovna 15 % měsíční úhrady Pojišťovny zdravotnickému zařízení (bez ZUM a ZULP).
- Regulace na výši úhrad výkonů nad rámec kapitační platby, která byla způsobena vlivem změn SZV, Pojišťovna částečně zmírní v rámci možností daných Zdravotně-pojistným plánem VZP ČR na rok 2006 (na základě vyhodnocení roku 2006) uplatněním dohodnutých bonifikačních mechanismů v rámci vyúčtování 1. pololetí 2006.

U regulací uvedených pod písm. a), b) si Pojišťovna vyhradila právo zkontrolovat u extrémních případů nárůstu preskripce účelnost poskytované a indikované péče a regulace v neoprávněných případech uplatnit.

Komise pro přidělování statutu tzv. „malé praxe“ projednávala přiznání doplatku pro ekonomicky nevýhodně umístěné, ale přitom nezbytné praxe – k 31. 12. 2006 byl přiznán doplatek celkem 15 lékařům.

Ambulantní specialisté

Úhrada byla prováděna jedinou variantou úhrady, a to výkonově dle SZV, s omezením maximální úhradou.

Na základě dohody uzavřené mezi zástupci Krizového štábu lékařů ČR a Pojišťovny a na základě bilance roku 2006 budou v segmentu ambulantních specialistů:

- Regulace na léky a zdravotnické prostředky u jednotlivých zařízení uplatněny pouze tehdy, pokud celkové náklady na léky a zdravotnické prostředky předepsané v segmentu ambulantní specializované péče poskytované v ambulantních zdravotnických zařízeních v roce 2006 přesáhnou objem těchto nákladů v roce 2005. Regulace nebude v konečném důsledku uplatněna.
- Regulace na vyžádanou péči komplementu u jednotlivých zařízení uplatněny jen tehdy, pokud celkové náklady v segmentu ambulantního komplementu v roce 2006 přesáhnou celkové náklady v roce 2005 – nedošlo k překročení, regulace proto nebudou uplatněny.
- U regulací uvedených pod písm. a), b) si Pojišťovna vyhradila právo zkontrolovat u extrémních případů nárůstu preskripce účelnost poskytované a indikované péče a regulace v neoprávněných případech uplatnit.
- Pokud nebudou splněny podmínky pro upuštění od regulací, bude maximální částka pro uplatnění rovna 15 % měsíční úhrady Pojišťovny zdravotnickému zařízení (bez ZUM a ZULP).

Komplement

Po celý rok 2006 byla zdravotní péče poskytovaná odbornostmi 222, 801-805, 807, 812-823 hrazena dvěma variantami úhrady, a to buď paušální sazbou, nebo úhradou za provedené výkony podle SZV.

Na základě dohody uzavřené mezi zástupci Krizového štábu lékařů ČR a Pojišťovny bude v segmentu komplementu a dále v segmentech home-care, fyzioterapie a DRNR případné překročení pevně stanoveného limitu posuzováno individuálně. Při posuzování budou zohledněny zástupy za zaniklá zdravotnická zařízení, smluvně dohodnuté navýšení kapacity a neodpovídající referenční období.

RTG – odbornost 809

Po celý rok 2006 byla zdravotní péče poskytovaná odborností 809 hrazena dvěma variantami úhrady, a to buď paušální sazbou, nebo úhradou za provedené výkony podle SZV.

Hemodialyzační péče

V segmentu ambulantní specializované péče – hemodialyzační péče byla úhrada po celý rok 2006 realizována jedinou variantou úhrady, a to výkonově dle SZV.

Home-care

V roce 2006 se v segmentu domácí zdravotní péče pokračovalo ve způsobu diferencované platby závislé na stupni dostupnosti této zdravotní péče pro pojištěnce Pojišťovny. Zdravotní péče byla hrazena podle SZV úhradou za poskytnuté zdravotní výkony dle typu provozu zdravotnického zařízení.

Fyzioterapie

Byl realizován výkonový způsob úhrady. V celém roce 2006 nebylo u 4 vodoléčebných výkonů uplatněno navýšení úhrady režijních nákladů na 3,20 bodů za jednu minutu času výkonu.

Stomatologická péče

Tento segment byl nadále financován dle položek „Úhrady standardní stomatologické péče“. Omezení limitem 102 % referenčního období se netýkalo nákladů na nutnou a neodkladnou péči. Pro druhé pololetí byl objem celkových nákladů stanoven do výše objemu nákladů ve Zdravotně-pojistném plánu Pojišťovny pro úhrady stomatologické péče. V průběhu roku 2006 byly navýšeny o 300 Kč úhrady za horní a dolní celkové náhrady, což jsou stomatologické výrobky plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Ze systému úhrad byly vyřazeny dva kódy na podporu preventivní péče pro lékaře vlastníci Osvědčení ČSK. V roce 2006 pokračoval rutinní provoz a povinné používání CSR v rámci celé Pojišťovny a byl uveden do provozu systém automatické kontroly vykazované péče, ve kterém je obsaženo několik kontrolních stomatologických číselníků.

Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická zařízení provozující zdravotnickou záchrannou službu byla v roce 2006 financována pouze systémem výkonové úhrady.

Doprava raněných, nemocných a rodiček

Doprava raněných, nemocných a rodiček byla v roce 2006 financována výkonově diferencovanou platbou v závislosti na typu provozu pracoviště DRNR.

Mimo dopravu raněných, nemocných a rodiček a proplácení nákladů pojištěncům za cesty soukromými vozidly byly propláceny náklady spojené s dopravou zdravotnických pracovníků v rámci návštěvní služby. Tyto cestovní náklady byly hrazeny výkonově nebo paušální úhradou, která byla dohodnuta ve smlouvě se zdravotnickým zařízením. Pohřebním službám byly hrazeny převozy zemřelých v případě, že ošetřující lékař indikoval převoz na zdravotní pitvu.

Repatriace pojištěnců poskytnutá v rámci mezistátních smluv byla hrazena výkonovým způsobem s hodnotou bodu 0,91 Kč bez použití indexace.

Lékařská služba první pomoci

Zdravotnická zařízení provozující LSPP byla hrazena dle SZV v obou pololetích roku 2006 výkonovým způsobem.

Lůžková zdravotnická zařízení poskytující akutní lůžkovou péči

Úhrada byla realizována paušální sazbou, která se pro 1. pololetí 2006 stanovila ve výši

- I jedné poloviny paušální sazby spočtené dle vyhlášky MZ č. 550/2005 Sb.
- a
- I jedné poloviny paušální sazby spočtené dle vyhlášky MZ č. 550/2005 Sb. ve znění vyhlášky MZ č. 101/2006 Sb.

Paušální sazba dle vyhlášky MZ č. 550/2005 Sb. se skládala z těchto částí:

- I ze 103 % celkové úhrady za 1. pololetí 2005 po odečtení objemu vykázaných a uznaných zvlášť účtovaných léčiv a zdravotnických prostředků
- I z objemu vykázaných a uznaných zvlášť účtovaných léčiv a zdravotnických prostředků za 1. pololetí 2005
- I z nárůstu objemu mimořádně nákladné zdravotní péče oproti 1. pololetí 2005
- I z podílu zvlášť účtovaných léčiv a zdravotnických prostředků poskytnutého v 1. pololetí 2005 formou centrálního nákupu
- I z finančního vyhodnocení regulačního mechanismu na objem vyžádané péče komplementu a radiodiagnostiky v jiném zdravotnickém zařízení.

Paušální sazba dle vyhlášky MZ č. 550/2005 Sb. ve znění vyhlášky MZ č. 101/2006 Sb. se skládala z těchto částí:

- I ze 105 % celkové úhrady za 1. pololetí 2005 po odečtení objemu vykázaných a uznaných zvlášť účtovaných léčiv a zdravotnických prostředků
- I z objemu vykázaných a uznaných zvlášť účtovaných léčiv a zdravotnických prostředků za 1. pololetí 2005
- I z nárůstu objemu mimořádně nákladné zdravotní péče oproti 1. pololetí 2005
- I z podílu zvlášť účtovaných léčiv a zdravotnických prostředků poskytnutého ve 2. pololetí 2005 formou centrálního nákupu, přepočteného na unikátního ošetřeného pojištěnce a diagnózu a vynásobeného počtem unikátních ošetřených pojištěnců s příslušnou diagnózou v 1. pololetí 2006
- I z finančního vyhodnocení regulačního mechanismu na objem vyžádané péče komplementu a radiodiagnostiky, kromě výkonů screeningové mamografie v jiném zdravotnickém zařízení.

Pro 2. pololetí 2006 byla paušální sazba stanovena následovně:

- I ze 105 % celkové úhrady za 2. pololetí 2005 po odečtení objemu vykázaných a uznaných zvlášť účtovaných léčiv a zdravotnických prostředků
- I z objemu vykázaných a uznaných zvlášť účtovaných léčiv a zdravotnických prostředků za 2. pololetí 2005
- I z rozdílu objemu mimořádně nákladné zdravotní péče oproti 2. pololetí 2005
- I z podílu zvlášť účtovaných léčiv a zdravotnických prostředků poskytnutého ve 2. pololetí 2005 formou centrálního nákupu, přepočteného na unikátního ošetřeného pojištěnce a diagnózu a vynásobeného počtem unikátních ošetřených pojištěnců s příslušnou diagnózou ve 2. pololetí 2006

- z finančního vyhodnocení regulačního mechanismu na objem vyžádané péče zvlášť za komplement a zvlášť za radiodiagnostiku, kromě výkonů screeningové mamografie v jiném zdravotnickém zařízení
- paušální sazba pro 2. pololetí 2006 byla pak k 1. 8. 2006 navýšena v souladu s vyhláškou MZ č. 368/2006 Sb., kterou se měnila vyhláška MZ č. 532/2005 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely, ve znění vyhlášky č. 37/2006 Sb., o úhradu za léčiva poskytnutá od 1. 8. 2006 do 31. 12. 2006, která byla do 31. 7. 2006 předepisována na recepty a od 1. 8. 2006 byla převedena do režimu ZULP, a to:
 - léčiva, která neměla vazbu na žádné centrum, byla uhrazena výkonově, maximálně však do výše úhrady, která odpovídala spektru a množství léčiv nemocnicí předepsaných od 1. 8. 2005 do 31. 12. 2005 na recepty
 - léčiva, která mohla vykazovat pouze vybraná centra jako ZULP, byla uhrazena výkonově.

Mimořádně nákladnou zdravotní péčí se rozumí souhrn nákladů za zdravotní péči poskytnutou všem mimořádně nákladným pojištěncům Pojišťovny v daném období, tj. pojištěncům Pojišťovny ošetřeným či vyšetřeným danou nemocnicí ve sledovaném pololetí 2006, resp. v referenčním pololetí 2005, u kterého úhrada zdravotní péče oceněná výkonovým způsobem s hodnotou bodu 0,89 Kč přesáhne částku 1 000 000 Kč.

Podmínkou pro úhradu paušální sazby v plné výši v obou pololetích bylo poskytnutí 100 % objemu zdravotní péče ve srovnání s příslušným pololetím 2005 vyjádřené počtem bodů za vykázané zdravotní a dopravní výkony a kategorii pacienta.

Kromě toho Pojišťovna nabídla nemocnicím poskytujícím hemodialýzu možnost uhrazení této zdravotní péče výkonovým způsobem dle SZV, včetně ZUM a ZULP, s hodnotou bodu 0,96 Kč, s omezením celkové úhrady pomocí:

- průměrného počtu bodů na jednoho ošetřeného pojištěnce a měsíc
- průměrného objemu zvlášť účtovaných léčiv a zdravotnických prostředků na jednoho ošetřeného pojištěnce a měsíc.

Cílem této nabídky, kterou řada nemocnic využila, byla snaha Pojišťovny zamezit vyvádění této péče z nemocnic s cílem získat za ni vyšší úhradu srovnatelnou s ambulantními zdravotnickými zařízeními.

Za 1. pololetí 2006 byl dále uplatněn regulační mechanismus na objem předepsaných léčiv a zdravotnických prostředků ve výši

- jedné poloviny finančního vypořádání regulačního mechanismu stanoveného dle vyhlášky MZ č. 550/2005 Sb.
- a
- jedné poloviny finančního vypořádání regulačního mechanismu stanoveného dle vyhlášky MZ č. 550/2005 Sb. ve znění vyhlášky MZ č. 101/2006 Sb.

Za 2. pololetí 2006 byl realizován regulačně-bonifikační mechanismus na objem předepsaných léčiv a zdravotnických prostředků, který vycházel z dosaženého nárůstu či poklesu celkové úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením oproti 2. pololetí 2005. Při aplikaci tohoto mechanismu se zohlednily:

- zdravotnické prostředky nad 15 tis. Kč schválené revizním lékařem
- objem léčiv předepsaných na recept, které byly v roce 2005 hrazeny z centrálního nákupu
- změny v objemu preskripce v návaznosti na vyhlášku MZ č. 368/2006 Sb.

Vlastní regulačně-bonifikační mechanismus za 2. pololetí 2006 pak byl realizován dle dosaženého výsledku:

- Pokud celková úhrada za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky ve srovnání s 2. pololetím 2005 po provedení příslušného zohlednění byla v rozsahu 98 %-101 %, nebyla uplatněna žádná regulační srážka, ani žádná bonifikace.
- Pokud celková úhrada za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky ve srovnání s 2. pololetím 2005 po provedení příslušného zohlednění byla pod 98 %, Pojišťovna uhradila bonus ve výši 1 % z celkového sledovaného objemu léčiv pro regulační mechanismy na léky a zdravotnické prostředky.
- Pokud celková úhrada za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky ve srovnání s 2. pololetím 2005 po provedení příslušného zohlednění byla v rozsahu 101 %-105 %, byla uplatněna regulační srážka ve výši 40 % z překročení nad 101 %.
- V případě, že došlo k překročení nad 105 %, uplatnila se regulační srážka ve výši:
 - 40 % z překročení nad 101 % a do 105 %
 - a zároveň
 - 100 % z překročení nad 105 %.

Pokud Pojišťovna v roce 2006 nasmlouvala se zdravotnickým zařízením nové zdravotní výkony, byla paušální úhrada navýšena o objem péče, tvořený vykázaním těchto nových výkonů.

Ve výjimečných případech (např. v případě, kdy oproti 1. pololetí 2005 došlo ke sloučení nemocnic, k výrazné restrukturalizaci nemocnice, ke vzniku nového ZZ vyčleněním z jiné nemocnice) byla úhrada realizována regulovaným výkonovým způsobem s hodnotou bodu 0,89 Kč.

Léčebny dlouhodobě nemocných

V 1. pololetí 2006 byla úhrada realizována dvojím režimem:

- v 1. čtvrtletí 2006 byla úhrada v souladu s vyhláškou MZ č. 550/2005 Sb. realizována na základě počtu vykázaných a uznaných ošetrovacích dní formou paušální sazby za ošetrovací den ve výši 103 % ve srovnání s 1. pololetím 2005
- ve 2. čtvrtletí 2006 pak v návaznosti na vyhlášku MZ č. 550/2005 Sb. ve znění vyhlášky MZ č. 101/2006 Sb. byla úhrada realizována paušální sazbou ve výši jedné poloviny ze 105 % úhrady poskytnuté za 1. pololetí 2005 s podmínkou dosažení minimálně 100 % počtu bodů za ošetrovací dny ve srovnání s 1. pololetím 2005.

Vzhledem k tomu, že Pojišťovna preferuje pro tento typ péče úhradu založenou na počtu vykázaných a uznaných ošetřovacích dní, byla se ZZ, která o to požádala, sjednána i pro 2. čtvrtletí 2006 úhrada shodná s vyhláškou MZ č. 550/2005 Sb.

Ve 2. čtvrtletí 2006 pak byl rovněž u těchto zdravotnických zařízení realizován regulační mechanismus na objem vyžádané péče komplementu a radiodiagnostiky v jiném zdravotnickém zařízení.

Ve 2. pololetí 2006 byla úhrada realizována na základě počtu vykázaných a uznaných ošetřovacích dní formou paušální sazby za ošetřovací den ve výši 103,4 % ve srovnání s 1. pololetím 2005.

Za obě pololetí 2006 byl uplatněn shodný regulační, resp. regulačně-bonifikační mechanismus na objem předepsaných léčiv a zdravotnických prostředků jako v případě akutní lůžkové péče.

V roce 2006 Pojišťovna pokračovala v kontrole personálního zabezpečení ve vazbě na objem poskytované zdravotní péče v těchto zdravotnických zařízeních v souladu s vyhláškou č. 134/1998 Sb. v platném znění s tím, že výsledky těchto kontrol jsou promítnuty do konečné výše úhrady.

Odborné léčebné ústavy

V 1. pololetí 2006 byla úhrada realizována dvojím režimem:

- v 1. čtvrtletí 2006 byla úhrada v souladu s vyhláškou MZ č. 550/2005 Sb. realizována na základě počtu vykázaných a uznaných ošetřovacích dní formou paušální sazby za ošetřovací den ve výši 103 % ve srovnání s 1. pololetím 2005
- ve 2. čtvrtletí 2006 pak v návaznosti na vyhlášku MZ č. 550/2005 Sb. ve znění vyhlášky MZ č. 101/2006 Sb. byla úhrada realizována paušální sazbou ve výši jedné poloviny ze 105 % úhrady poskytnuté za 1. pololetí 2005 s podmínkou dosažení minimálně 100 % počtu bodů za ošetřovací dny ve srovnání s 1. pololetím 2005.

Vzhledem k tomu, že Pojišťovna preferuje pro tento typ péče úhradu založenou na počtu vykázaných a uznaných ošetřovacích dní, byla se ZZ, která o to požádala, sjednána i pro 2. čtvrtletí 2006 úhrada shodná s vyhláškou MZ č. 550/2005 Sb.

Ve 2. čtvrtletí 2006 pak byl rovněž u těchto zdravotnických zařízení realizován regulační mechanismus na objem vyžádané péče komplementu a radiodiagnostiky v jiném zdravotnickém zařízení.

Ve 2. pololetí 2006 byla úhrada realizována na základě počtu vykázaných a uznaných ošetřovacích dní formou paušální sazby za ošetřovací den ve výši 103,4 % ve srovnání s 1. pololetím 2005.

Za obě pololetí 2006 byl uplatněn shodný regulační, resp. regulačně-bonifikační mechanismus na objem předepsaných léčiv a zdravotnických prostředků jako v případě akutní lůžkové péče.

V roce 2006 Pojišťovna pokračovala v kontrole personálního zabezpečení ve vazbě na objem poskytované zdravotní péče v těchto zdravotnických zařízeních v souladu s vyhláškou č. 134/1997 Sb. v platném znění s tím, že výsledky těchto kontrol jsou promítnuty do konečné výše úhrady.

Zdravotní péče poskytovaná na OL

V 1. pololetí 2006 byla úhrada realizována dvojím režimem:

- v 1. čtvrtletí 2006 byla úhrada v souladu s vyhláškou MZ č. 550/2005 Sb. realizována na základě počtu vykázaných a uznaných ošetřovacích dní formou paušální sazby za ošetřovací den ve výši 103 % ve srovnání s 1. pololetím 2005
- ve 2. čtvrtletí 2006 pak v návaznosti na vyhlášku MZ č. 550/2005 Sb. ve znění vyhlášky MZ č. 101/2006 Sb. byla úhrada realizována paušální sazbou ve výši jedné poloviny ze 105 % úhrady poskytnuté za 1. pololetí 2005 s podmínkou dosažení minimálně 100 % počtu bodů za ošetřovací dny ve srovnání s 1. pololetím 2005.

Vzhledem k tomu, že Pojišťovna preferuje pro tento typ péče úhradu založenou na počtu vykázaných a uznaných ošetřovacích dní, byla se ZZ, která o to požádala, sjednána i pro 2. čtvrtletí 2006 úhrada shodná s vyhláškou MZ č. 550/2005 Sb.

Ve 2. čtvrtletí 2006 pak byl rovněž u těchto zdravotnických zařízení realizován regulační mechanismus na objem vyžádané péče komplementu a radiodiagnostiky v jiném zdravotnickém zařízení.

Ve 2. pololetí 2006 byla úhrada realizována na základě počtu vykázaných a uznaných ošetřovacích dní formou paušální sazby za ošetřovací den ve výši 103,4 % ve srovnání s 1. pololetím 2005.

Za obě pololetí 2006 byl uplatněn shodný regulační, resp. regulačně-bonifikační mechanismus na objem předepsaných léčiv a zdravotnických prostředků jako v případě akutní lůžkové péče.

V roce 2006 Pojišťovna pokračovala v kontrole personálního zabezpečení ve vazbě na objem poskytované zdravotní péče v těchto zdravotnických zařízeních v souladu s vyhláškou č. 134/1998 Sb. v platném znění s tím, že výsledky těchto kontrol jsou promítnuty do konečné výše úhrady.

Lázeňská zdravotní péče

V roce 2006 byla lázeňská zdravotní péče poskytována podle vyhlášky č. 58/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost. Úhrada této lázeňské zdravotní péče byla ve smluvních lázeňských zařízeních prováděna v souladu s platným Věstníkem MZ a s platným Věstníkem MF, vydanými podle zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, a s uplatněním regulace formou věcně usměrňované ceny.

Na lázeňskou zdravotní péči bylo v roce 2006 vynaloženo 1 652 995 tis. Kč a v roce 2005 tato částka činila 1 918 465 tis. Kč. Důvodem nižších nákladů v roce 2006 je velký pokles léčených pojištěnců. Cena ošetřovacího dne se u lázeňské zdravotní péče skládá z ceny za ubytování, stravování a léčení za indikaci a z ceny za přírodní léčivý zdroj. Výše ceny jednotlivých složek, kromě ceny za přírodní léčivý zdroj, je od roku 2001 standardizována. Na základě závěru DŘ, jehož výsledkem byla dohoda mezi poskytovateli (smluvní lázeňská zařízení) a Pojišťovnou, zůstaly ceny jednotlivých složek pro rok 2006 stejné jako v roce 2005. Náklady na 1 léčeného pojištěnce v roce 2006 činily u lázeňské zdravotní péče 22 100 Kč a v roce 2005 byla jejich výše 22 200 Kč. U komplexní

lázeňské péče byly v roce 2006 náklady na 1 léčeného pojištěnce 24 300 Kč a v roce předchozím 24 200 Kč. Zvýšení nákladů u komplexní lázeňské péče v roce 2006 bylo způsobeno tím, že více našich pojištěnců bylo v lázních ubytováno ve 2lůžkových pokojích s příslušenstvím (kategorií A) a v roce předchozím byly lázněmi našim pacientům více nabízeny 2lůžkové pokoje bez příslušenství (kategorie B), u kterých jsou ceny nižší. Svůj podíl na navýšení této částky má také prodloužení léčebných pobytů u dětí a dorostu. Náklady na 1 léčeného pojištěnce u příspěvkové lázeňské péče zůstaly stejné jako v roce 2005 a činí 8 800 Kč.

V lázních bylo v roce 2006 celkem léčeno 74 716 pacientů. Komplexní lázeňskou péči absolvovalo 57 362 dospělých pacientů a 6 723 dětí a dorostu. Příspěvková lázeňská péče byla poskytnuta 10 575 dospělým pacientům a 56 dětem a dorostu. Nejvíce dospělých pacientů bylo léčeno na indikační skupiny VII – nemoci pohybového ústrojí a II – nemoci oběhového ústrojí. Děti a dorostu bylo nejvíce léčeno na indikační skupinu XXV – netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí. Celkový počet léčených se v roce 2006 oproti roku 2005 snížil o 11 807 pacientů. Na tomto velkém poklesu léčených pacientů se především podílejí dospělí pacienti, kterých bylo oproti roku 2005 o 10 519 méně. Pokles léčených dětí a dorostu oproti roku 2005 činil 1 288 pacientů. Příčin tohoto velkého poklesu léčených pacientů v roce 2006 je několik. Mezi ty hlavní patří stále nové a moderní léčebné metody, jejichž výsledky nepodmiňují indikaci na lázeňskou péči ze strany lékařů specialistů nebo praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost. Dále pak navrhující lékaři (registrující praktický lékař pro dospělé a registrující praktický lékař pro děti a dorost) uplatňovali obavy, i když neodůvodněné, z vlivů regulačních omezení úhrad daných vyhláškami MZ a právě toto hledisko bylo hlavním důvodem tak velkého poklesu léčených pacientů v roce 2006. Dalšími vlivy, které vedly ke snížení léčených pacientů v lázních, jsou důsledné dodržování platných právních předpisů ze strany revizních lékařů při schvalování návrhů na lázeňskou péči, odmítavý postoj mladší generace k lázeňskému léčení z důvodu obavy ze ztráty zaměstnání a u příspěvkové lázeňské péče i růst cen za ubytování a stravování, na které mnozí pacienti nemají dostatek finančních prostředků. Příčinou nižšího počtu dětských a dorostových pacientů je populační vývoj v ČR a přetrvávající malý zájem o lázeňské léčení během školního roku.

Přehled o počtu léčených pacientů na komplexní a příspěvkovou lázeňskou péči (dospělí, děti a dorost), kteří absolvovali léčení na základě schváleného 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. 21 (interní).

Ozdravenská zdravotní péče

V roce 2006 byla ozdravenská zdravotní péče poskytována podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Úhrada byla v témže roce prováděna dle platného Věstníku MZ a platného Věstníku MF, vydaných podle zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, a s uplatněním regulace formou věcně usměrňované ceny.

Na ozdravenskou zdravotní péči se v roce 2006 vynaložilo celkem 30 075 tis. Kč a v dětských ozdravovnách bylo léčeno 2 989 dětí od 3 do 15 let. Oproti roku 2005 došlo ke snížení počtu léčených osob o 1 216 dětí. Důvodem jsou jak pokroky v medicíně, které nepodmiňují indikaci k ozdravenské péči, tak zlepšení životního prostředí a i populační vývoj v ČR. Rovněž ekonomické možnosti rodičů (vybavení dětí na 21 dní, doprava do dětské ozdravovny a zpět) a hlavně pak malý zájem o léčení během školního roku mají velký podíl na každoročním snižování počtu léčených pojištěnců. Náklady na 1 léčeného pojištěnce byly u ozdravenské zdravotní péče jak v roce 2005, tak i v roce 2006 stejné a činí 10 100 Kč.

Léčivé přípravky

Výdaje za léčiva v roce 2006 ovlivnila řada změn vstupujících do úhrad léčivých přípravků:

- zavedení snížené marže lékáren a distributorů k 1. 1. 2006 z 32 % na 29 %
- následná změna úhrad léčiv k 1. 4. 2006
- vyřazení všech neregistrovaných indikací z úhrad (úpravou preskripčních omezení „P“) k 1. 1. 2006
- snížení maximálních cen k 1. 7. 2006
- zavedení degresivní marže k 1. 8. 2006 a současně i změna úhrad léčiv
- převedení léčivých přípravků s limitem X, Z hrazených na recept do úhrad formou ZULP od 1. 8. 2006
- regulační opatření obsažená ve vyhláškách MZ č. 550/2005 Sb. a č. 101/2006 Sb. pro rok 2006.

Z největší části ovlivnilo čerpání nákladů za léky na předpis právě převedení značného počtu drahých léčiv s limitem X a Z do režimu ZULP. Podstatnou roli sehrály také fungující regulační mechanismy, které ovlivnily chování poskytovatelů, speciálně v 1. čtvrtletí 2006. Poskytovatelé z obavy před tvrdými regulačními sankcemi výrazně omezili preskripci.

I v roce 2006 Pojišťovna intenzivně spolupracovala na přípravě lékové vyhlášky cestou svých zástupců v Kategorizační komisi a Odvolací komisi MZ.

Členové komise a jejich odborní poradci i nadále usilovali zejména o to, aby:

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

Obecně lze říci, že svým vyjednáváním na Kategorizační komisi se snažila Pojišťovna přispět k tomu, aby závěry Kategorizační komise byly z ekonomického i odborného pohledu racionální. V prvním pololetí 2006 Pojišťovna pokračovala v úsilí o zajištění jednotného postupu všech územních pracovišť u léčivých přípravků, jejichž předepsání vyžaduje schválení revizním lékařem nebo kde je potřeba zajistit dostupnost i za jiných podmínek, než určuje vyhláška MZ. Pojišťovnou vypracovaná doporučení byla stejně jako v minulosti poskytována i ostatním zdravotním pojišťovnám.

V roce 2006 bylo na základě vyhlášky MZ č. 550/2005 Sb. zrušeno zajišťování centrálních nákupů vybraných nákladných léčiv pro léčbu některých druhů závažných onemocnění.

V souladu s vyhláškou MZ č. 368/2006 Sb. se začala od 1. 8. 2006 zřizovat centra pro nákladnou péči.

Od ustavení center si Pojišťovna slibuje zvýšení kvality péče o své pojištěnce v důsledku koncentrace nákladných pacientů a současně zlepšení kontroly čerpání nákladů na tuto péči.

Významnou činností Pojišťovny byla i v roce 2006 **tvorba Číselníků VZP ČR:**

- Hromadně vyráběných léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely (LEKY)
- Individuálně vyráběných léčivých přípravků (IVLP)
- Zdravotnických prostředků (PZT)
- Stomatologických výrobků (STOMAG).

Číselníky přinášejí základní informace pro zdravotnická zařízení, distributory a zprostředkované i pro pojištěnce o sortimentu, úhradách a cenách léčiv a zdravotnických prostředků na českém trhu. Na jejich základě probíhá vyúčtování léčiv a zdravotnických prostředků. Pojišťovna se trvale snaží podávat prostřednictvím číselníků informace komplexní a včasné. Závislost Pojišťovny na dodání podkladů pro zpracování od jiných subjektů vedla i v roce 2006 zejména u Číselníku LEKY k opožděnému vydávání v tištěné formě. Veškeré informace uvedené v číselnících jsou předávány smluvním partnerům, pro všechny uživatele internetu jsou přístupné na webových stránkách Pojišťovny <http://www.vzp.cz>.

Číselník LEKY obsahuje informace o léčivých přípravcích utříděné podle ATC skupin (tzn. podle účinné látky) i v abecedním pořadí podle názvů přípravků. V jednotlivých ATC skupinách jsou přípravky seřazeny od nejlevnějšího k nejdražšímu, 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.

Pojišťovna vedla s výrobci a dodavateli léčiv řadu jednání o tzv. dohodnutých nejvyšších cenách („DNC“). Sjedením DNC Pojišťovna významně spoří nejen u léčivých preparátů předepisovaných na recept, ale také ovlivňuje cenovou úroveň léků nakupovaných nemocnicemi i léků volně prodejných. DNC se podařilo uzavřít u 2 079 léčivých přípravků, tj. 21 % z celkového počtu výrobků v číselníku. DNC hrají i významnou roli v doplatecích pro pacienty, neboť většinou garantují plnou úhradu nebo minimální doplatek. Současně umožňují lékaři podat pacientovi validní informaci o doplatku.

V roce 2006 byly uzavřeny dodatky ke Smlouvám s registry dárců kostní dřeně, které umožnily pokračování hrazení nákladů spojených s vyhledáváním vhodného dárce v zahraničí a dodáním krvinek od zahraničních nepříbuzných dárců. Pro období roku 2006 zůstalo v evidenci 57 pacientů z let 2003 až 2005 a bylo evidováno 99 nových pacientů. Z tohoto počtu bylo 5 pacientů k léčbě delegovaných ze zahraničí. Jejich léčba probíhala v rámci mezinárodních ujednání a na základě dohod pro země EU. Přeučtování nákladů spojených s léčbou těchto zahraničních pacientů bylo předáno a přeučtováno přes Centrum mezistátních úhrad. Celkový počet pacientů, pro které bylo zahájeno vyhledávání nepříbuzného dárce v zahraničí, tak dosáhl 156 osob.

Úspěšně se podařilo v průběhu roku 2006 nalézt vhodného dárce a dodat štep krvinek pro 60 pacientů. Předpokládané náklady pro rok 2006 nebyly vyčerpány vzhledem k výrazně nižšímu objemu pacientů v porovnání s rokem 2005.

Zdravotnické prostředky

Také v roce 2006 pokračovaly ve své činnosti komise pro přidělování elektrických vozíků a myoelektrických protéz, kochleárních implantátů a sluchadel, komise pro implantaci neuromodulačních systémů léčby bolesti. Práce v komisích je zaměřena na odborné posouzení oprávněnosti vynakládání finančních prostředků na zdravotnické prostředky.

Náklady za zdravotnické prostředky na poukaz za rok 2006 jsou nižší, než se předpokládalo (čerpáno 95 % proti návrhu ZPP na rok 2006) a zůstávají prakticky na úrovni roku 2005. Důvodem je účelové chování poskytovatelů, kteří především v 1. čtvrtletí 2006 z obavy před tvrdými regulačními sankcemi omezili předepisování nákladných zdravotnických prostředků.

Stejně jako v minulém roce byly nejvyšší náklady čerpány na prostředky pro inkontinenci, zdravotnické prostředky pro diabetiky a pomůcky stomické. U diabetických zdravotnických prostředků způsobily nárůst nákladů především výdaje za testovací proužky ke glukometrům (proti roku 2005 nárůst o 21 %), které ovlivnila novela zákona č. 48/1997 Sb., umožňující zvýšení počtu předepisovaných testovacích proužků.

V sortimentu výrobků zvlášť účtovaného materiálu byly opět vynaloženy největší náklady na skupiny kardiostimulátorů, kardiovertrů a stentů.

Pozitivní vliv na úhrady zdravotnických prostředků měla vnitřní kategorizace další skupiny zdravotnických prostředků předepisovaných na Poukaz – 01 Obvazový materiál. Pojišťovna připravuje kategorizaci i ostatního sortimentu, která by mohla být základem pro kategorizaci zdravotnických prostředků z úrovně MZ.

4.4.2 REVIZNÍ A KONTROLNÍ ČINNOST – kontrola správnosti a oprávněnosti vyúčtování zdravotní péče

Revizní činnost jako odbornou medicínskou kontrolu, regulaci (schvalování, povolování a potvrzování) a posuzování zajišťovalo na pracovištích Pojišťovny ke konci roku 2006 celkem 740 revizních pracovníků, tj. revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví způsobilých k revizní činnosti (dále odborný revizní pracovník).

Z toho bylo:

- 171 revizních lékařů s úvazkem 0,8–1,00
- 97 revizních lékařů specialistů s úvazkem do 0,79
- 273 revizních lékařů specialistů na dohodu o pracovní činnosti
- 39 revizních lékařů specialistů na dohodu o provedení práce
- 21 revizních pracovníků specialistů VŠ, SŠ s úvazkem i na dohodu
- 118 asistentů revizního lékaře
- 21 farmaceutů.

V roce 2006 došlo k dalšímu úbytku počtu revizních pracovníků, a to o 28 oproti roku 2005.

V rámci metodického dohledu nad revizní činností územních pracovišť a KP pro Hl. m. Prahu provedli pracovníci odboru kontroly a revize zdravotní péče Ústředí Pojišťovny v průběhu roku 2006 celkem 28 kontrolních návštěv, z toho 2 následné. Výstupem kontrol jsou na místě vyhotovené zápisy, které jsou k dispozici na navštíveném pracovišti a na Ústředí Pojišťovny. Zápisy obsahují konkrétní popis zjištěných nedostatků, ředitelům příslušných územních pracovišť a krajských poboček jsou navrhována nápravná opatření včetně termínů určených k jejich odstranění.

Územní pracoviště a KP pro Hl. město Prahu pravidelně předávaly OKRZP Ústředí Pojišťovny statistické čtvrtletní přehledy o činnosti revizních lékařů a odborných pracovníků.

Sumarizace všech revizních činností na územních pracovištích a KP pro Hl. město Prahu za rok 2006 je shrnuta v tabulce č. 9, regulační část revizní činnosti – schvalování, povolování a potvrzování v roce 2006 v tabulce č. 10, expertní část revizní činnosti – posuzovací činnost v roce 2006 v tabulce č. 11 a kontrolní část revizní činnosti – revize a kontroly v roce 2006 v tabulce č. 12.

Celkový efekt revizí (tj. kontrol spojených se šetřením ve zdravotnickém zařízení) provedených revizními pracovníky územních pracovišť a KP pro Hl. město Prahu za rok 2006 (vyplývající ze souhrnu čtvrtletních přehledů, které zpracovaly územní pracoviště a KP pro Hl. město Prahu a zaslaly na OKRZP Ústředí Pojišťovny v roce 2006) je následující:

- suma bodových hodnot odmítnutých nebo změněných zdravotních výkonů činila 221 143 297 bodů¹
- hodnota dalších odmítnutých účtovaných položek (ZUM, ZULP, stomatologické výkony, preskripce) činila 147 415 540 Kč.

Celkový efekt kontrol (tj. kontrol správnosti vykázané zdravotní péče, provedených z údajů v informačním systému) provedených revizními pracovníky územních pracovišť a KP pro Hl. město Prahu za rok 2006 (vyplývající ze souhrnu čtvrtletních přehledů, které zpracovaly územní pracoviště a KP pro Hl. město Prahu a zaslaly na OKRZP Ústředí Pojišťovny v roce 2006) je následující:

- suma bodových hodnot odmítnutých nebo změněných zdravotních výkonů činila celkem 1 126 893 687 bodů¹
- hodnota dalších odmítnutých účtovaných položek (ZUM, ZULP, stomatologické výkony, preskripce) činila 286 632 294 Kč.

Tabulka č. 9 (interní): Souhrnný přehled o revizní činnosti ÚP a KP pro Hl. město Prahu v roce 2006

Položka	I. Q	II. Q	III. Q	IV. Q	Celkem
Počet uzavřených revizí a kontrol celkem	9 876	12 053	8 122	9 698	39 749
Schvalování léků, zdrav. prostředků a výkonů	59 348	57 906	40 922	30 646	188 822
Povolování úhrady *	1 113	1 034	709	1 151	4 007
Potvrzování lázeňské péče	20 513	30 236	18 687	9 575	79 011
Potvrzování ozdravné péče	1 448	1 196	201	341	3 186
Potvrzování péče v dětských léčebnách	1 032	764	244	354	2 394
Počet provedených posouzení	63 625	60 994	45 301	55 391	225 311
Celkem	156 955	164 183	114 186	107 156	542 480

*) dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

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

Tabulka č. 10 (interní): Regulační část revizní činnosti – schvalování, povolování a potvrzování na ÚP a KP pro Hl. město Prahu v roce 2006

Stanovisko revizního lékaře	Z počtu	v %	Neschváleno	v %
k vázaným položkám ("Z", "X")	188 822	68,06	7 807	4,13
z toho: léčiva	77 952	28,10	3 356	4,31
zdravotnické prostředky	100 275	36,15	3 528	3,52
výkony	10 595	3,82	923	8,71
k žádostem o povolení úhrady *	4 007	1,44	161	4,02
z toho: léčiva	2 544	0,92	119	4,68
zdravotnické prostředky	1 255	0,45	26	2,07
výkony	208	0,07	16	7,69
k lázeňským návrhům	79 011	28,48	2 022	2,56
z toho: komplexní láz. péče	66 866	24,10	1 660	2,48
příspěvková láz. péče	12 145	4,38	362	2,98
k návrhům do dětských OLÚ	2 394	0,86	37	1,55
k návrhům do ozdravoven	3 186	1,15	103	3,23
Celkem	277 420	100,00	10 130	3,65

* dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

Tabulka č. 11 (interní): Expertní část revizní činnosti – posuzovací činnost na ÚP a KP pro Hl. město Prahu v roce 2006

Posuzovací činnost	I. Q	II. Q	III. Q	IV. Q	Celkem
Soubory výkonů do přílohy č. 2 smlouvy	3 650	3 760	3 363	5 765	16 538
Škody způsobené třetí osobou	8 888	9 014	6 909	7 565	32 376
Individuální účty pojištěnců	1 893	3 317	765	663	6 638
Smluvní pojištění (smluv a vyúčtování)	18 842	18 527	13 105	13 118	63 592
Nutná a neodkladná péče v cizině	621	720	660	474	2 475
Věcné, technické a personální zajištění	686	1 011	791	838	3 326
Námítky SZZ k regulacím	298	95	225	212	830
Možský koník	2 735	1 225	30	1	3 991
Doklady vyúčt. zdrav. péče v rámci EU	13 079	11 162	9 517	12 634	46 392
Ostatní posouzení	12 933	12 163	9 936	14 121	49 153
Počet posouzení celkem	63 625	60 994	45 301	55 391	225 311

Tabulka č. 12 (interní): Kontrolní část revizní činnosti – revize a kontroly na ÚP a KP pro Hlavní město Prahu v roce 2006

Počet revizí	I. Q	II. Q	III. Q	IV. Q	Celkem
plánovaných	1 060	1 112	794	962	3 928
cílených	683	670	430	544	2 327
celkem	1 743	1 782	1 224	1 506	6 255
Počet kontrol	8 133	10 271	6 898	8 192	33 494
Počet revizí a kontrol celkem	9 876	12 053	8 122	9 698	39 749
Námítky proti RZ a KZ					
uznané částečně	144	140	103	96	483
uznané plně	165	305	189	197	856
neuznané	184	299	165	202	850
Celkový počet podaných námitek	493	744	457	495	2 189

RZ = revizní zpráva

KZ = kontrolní zpráva

Z nástrojů informačního systému byl pro kontrolu vyúčtování poskytnuté zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění v roce 2006 revizními pracovníky používán především programový modul CRKVC (Chrudimská kontrola výdajové části). Tento program rovněž zahrnuje dřívější „Deník revizního lékaře“ (dále „DRL“), který umožňuje přesnou evidenci a kontrolu schválených položek (léčiv, zdravotnických prostředků, výkonů zdravotní péče) a vydaných povolení k úhradám.

CRKVC a další softwarové produkty informačního systému pro revizní činnost (VZPP3, SLSTORNO, NBSTORNO), které umožňují jednotným způsobem provádění kontrol a přípravu podkladů pro revize vyúčtování poskytnuté zdravotní péče a vytvoření jednotného protokolu včetně vedení evidence a statistiky, jsou průběžně upravovány tak, aby odpovídaly požadavkům kontroly výdajové složky.

Revizní skupiny odboru kontroly a revize zdravotní péče Ústředí Pojišťovny provedly v roce 2006 celkem 82 revizí a kontrol vyúčtování u 22 smluvních zdravotnických zařízení. Jednalo se až na výjimky o plánované revize většinou pracovišť vnitřního lékařství a chirurgie převážně nemocnic okresního a krajského typu. Vedle zmíněných odborností v těchto nemocnicích byly provedeny v menším počtu revize a kontroly pracovišť odbornosti geriatric, neurologie, gynekologie a porodnictví a urologie. Byly provedeny revize a kontroly také pěti ambulantních pracovišť domácí zdravotní péče, rehabilitační a fyzikální medicíny a radiologie a zobrazovacích metod. Předmětem plánovaných revizí vyúčtování nemocnic revizními skupinami OKRZP Ústředí Pojišťovny (ve složení 1 revizní lékař a 1 až 2 asistentky revizního lékaře) je vybraná vykázaná zdravotní péče za určité období (nejčastěji období jednoho čtvrtletí až pololetí, někdy i delší) na standardním lůžkovém oddělení, ambulanci a JIP, a to jak péče vlastní, tak péče indukovaná. Všechny revize správnosti a oprávněnosti vykázané zdravotní péče byly spojené se šetřením ve zdravotnických zařízeních, kdy vyúčtovaná zdravotní péče byla konfrontována s faktickými záznamy v související zdravotnické dokumentaci pojištěnců Pojišťovny a dalších dokladech. Kontroly dokladů vyúčtované zdravotní péče z informačního systému byly zaměřeny na porušování pravidel vykazování zdravotní péče, uvedených v platném seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Na základě revizí provedených revizními pracovníky Ústředí byla odmítnuta jako nesprávně a/nebo neoprávněně vykázaná a uhrazená zdravotní péče ve výši 18 121 298 bodů a 827 272 Kč, na základě kontrol byla odmítnuta úhrada ve výši 2 997 772 bodů a 435 239 Kč. Celkem tedy na základě revizí a kontrol 21 119 070 bodů a 1 262 511 Kč s tím, že nejsou dosud uzavřeny 3 revize a 3 kontroly, a chybí proto jejich ekonomické vyčíslení v korunách a bodech. Průměrně bylo na základě jedné uzavřené a ekonomicky vyčíslené revize provedené revizními pracovníky OKRZP Ústředí Pojišťovny odečteno 283 145 bodů a 12 926 Kč, na základě kontroly to pak bylo průměrně 166 543 bodů a 24 180 Kč. Celkově je ekonomický efekt revizí a kontrol provedených revizními pracovníky OKRZP Ústředí průměrně 257 550 bodů a 15 397 Kč.

4.5 POHLEDÁVKY ZA ZZ PO LHŮTĚ SPLATNOSTI

Pojišťovna evidovala k 31. 12. 2006 pohledávky za zdravotnickými zařízeními po lhůtě splatnosti ve výši 298 mil. Kč. Předmětem této rozsáhlé skupiny sporů (cca 40-50 soudních řízení) jsou regulační srážky prováděné Pojišťovnou u úhrad poskytnutých zdravotnickým zařízením (dosud především zdravotnickým záchraným službám) v důsledku překračování maximálních regulovaných cen zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění při paušálním způsobu úhrady. Pojišťovna je zde zaštitěna rozhodnutím Nejvyššího soudu ČR, který tento základní princip regulace cen ve zdravotnictví delegoval v několika svých rozhodnutích. V těchto sporech je Pojišťovna jak žalovaná, tak sama regulační srážky soudně vymáhá.

4.6 SMLUVNÍ POLITIKA

V roce 2006 charakterizovaly situaci Pojišťovny zejména události související s nucenou správou uvalenou na Pojišťovnu v listopadu 2005 a ukončenou v květnu 2006. V době nucené správy Pojišťovna na základě nařízení Správní rady nenavazovala nové smluvní vztahy, s výjimkou skutečné nedostupnosti některého druhu zdravotní péče (zejména primární), a upravovala smluvní vztahy pouze v případech restrukturalizace, které nepožadovaly navýšení plateb.

Dalším zásadním faktem ovlivňujícím smluvní politiku v roce 2006 byla skutečnost, že k 30. 6. 2006 skončila platnost smluvních vztahů s významným počtem poskytovatelů zdravotní péče – smlouvy s většinou poskytovatelů byly uzavřeny v souladu s vyhláškou MZ č. 457/2000 Sb., o rámcových smlouvách, na 5 let. Pro tuto situaci připravila Pojišťovna zásady smluvní politiky, které byly přijaty jako součást jejího ZPP 2006. Materiál obsahoval instrukce k hodnocení zdravotnických zařízení a promítnutí tohoto hodnocení do výběru smluvních partnerů a pro úpravu sítě smluvních ZZ. Platnost tohoto materiálu nebyla nucenou správou zpochybněna.

Dne 31. 5. 2006 s účinností od téhož dne vydala Pojišťovna vnitřní pokyn pro všechna územní pracoviště, který uložil informovat smluvní ZZ, jejichž smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče byly uzavřeny s platností do 30. 6. 2006, že Pojišťovna hodlá smluvní vztah prodloužit do 31. 12. 2007.

Ve smluvním dodatku, který prodlužoval smlouvu, byl zároveň uveden závazek obou smluvních stran, že bude-li vydána vyhláška MZ o rámcových smlouvách, bude text smlouvy upraven do 6 měsíců od data účinnosti vyhlášky.

Dne 16. 6. 2006 nabyla účinnosti vyhláška č. 290/2006 Sb., kterou se vydává rozhodnutí MZ o rámcových smlouvách podle § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. (dále „vyhláška o rámcových smlouvách“). Ustanovení této vyhlášky, jejíž platnost skončila 31. 12. 2006, uložilo zdravotním pojišťovnám povinnost uzavřít smlouvu podle nové rámcové smlouvy s každým ZZ, které k ní bylo dosud ve smluvním vztahu. To znamenalo faktické znemožnění úpravy sítě smluvních partnerů.

Na základě vyhlášky č. 290/2006 Sb. vypracovala Pojišťovna znění individuálních typových smluv. Tyto smlouvy byly uzavírány na základě písemné žádosti dosavadních smluvních partnerů v první fázi v odbornostech praktických lékařů a ambulantních specialistů. Ve snaze urychlit proces úpravy obsahu smluvních vztahů stanovila Pojišťovna postup pro smluvní partnery dosud bezproblémové, splňující zásadní kritéria dostupnosti i rozsahu nasmlouvané zdravotní péče, tzv. standardní poskytovatele.

Do konce roku 2006 (dle šetření k datu 10. 1. 2007) bylo na základě vyhlášky č. 290/2006 Sb. uzavřeno celkem 553 smluv se zdravotnickými zařízeními odbornosti praktický lékař pro dospělé a praktický lékař pro děti a dorost (tzn. 8,4 % z celkového počtu smluv s poskytovateli této odbornosti). V segmentu ambulantních specialistů bylo uzavřeno 335 smluv, tzn. 4,5 % z celkového počtu smluv s poskytovateli tohoto segmentu.

V další fázi pokračovala jednání o úpravě, příp. navázání smluvního vztahu na základě platné vyhlášky o rámcových smlouvách i se všemi dalšími dosavadními smluvními partnery v uvedených odbornostech, vždy po analýze plnění stanovených podmínek a zjištění, které skutečnosti brání zařazení konkrétního poskytovatele mezi tzv. standardní. V těchto případech dojednávala Pojišťovna s lékaři možné úpravy rozsahu ordinační doby či rozsahu péče aktualizací věcného obsahu přílohy č. 2 smlouvy. Jednalo se zejména o problematiku souběhů smluvních vztahů, o doložení specializované způsobilosti v souvislosti s novými zákonnými normami, o doklady k přístrojovému vybavení.

Při uzavírání smluvních vztahů bylo prvotním zájmem Pojišťovny hradit efektivně poskytovanou zdravotní péči poskytovatelem příslušně kvalifikovaným, s věcným a technickým vybavením, které odpovídá nejen platným právním normám, ale i oprávněným požadavkům našich pojištěnců na kvalitní poskytování zdravotní péče.

S dalšími dosavadními smluvními poskytovateli zdravotní péče byly v případě jejich zájmu uzavřeny dodatky prodlužující platnost smluvních ujednání do 31. 12. 2007.

Tabulka č. 13: Soustava smluvních zdravotnických zařízení (ZZ)

Ř.	Kategorie smluvních zdravotnických zařízení	Počet ZZ		% nárůstu (poklesu)
		skutečnost k 31. 12. 2005	skutečnost k 31. 12. 2006	
1.	Ambulantní zdravotnická zařízení *)	34 106	33 714	-1,1
	z toho:			
1.1	Praktický lékař pro dospělé (odb. 001)	5 507	5 475	-0,6
1.2	Praktický lékař pro děti a dorost (odb. 002)	2 386	2 377	-0,4
1.3	Praktický zubní lékař (odb. 014, 015, 019)	6 383	6 341	-0,7
1.4	Ambulantní specialisté celkem	15 822	15 582	-1,5
1.5	Home-care (odb. 925)	540	515	-4,6
1.6	Rehabilitační ZZ (odb. 902, 918)	1 481	1 460	-1,4
1.7	ZZ komplementu (odb. 222, 801-805, 807, 809, 812-823)	1 963	1 939	-1,2
1.8	Ostatní ambulantní specialisté	24	25	4,2
2.	Lůžková ZZ celkem (bez začleněných ZZ **)	274	266	-2,9
	z toho:			
2.1	Nemocnice ***)	153	146	-4,6
2.2	OLÚ (kromě LDN a ZZ vykaz. výhradně kód OD 00005)	53	51	-3,8
2.2.1	v tom: psychiatrické	14	14	0,0
2.2.2	rehabilitační	7	9	28,6
2.2.3	TRN	4	2	-50,0
2.2.4	ostatní jen s OLÚ péčí	14	12	-14,3
2.2.5	začleněná OLÚ v rámci jiného ZZ	14	14	0,0
2.3	LDN celkem (vykazující kód 00024)	124	122	-1,6
2.3.1	v tom: samostatná ZZ	42	41	-2,4
2.3.2	začleněná v rámci jiného ZZ	82	81	-1,2
2.4	Ošetřovatelská lůžka (vykazující kód 00005)	67	67	0,0
2.4.1	v tom: samostatná ZZ	19	20	5,3
2.4.2	začleněná v rámci jiného ZZ	48	47	-2,1
2.5	Ostatní lůžková zařízení ****)	21	22	4,8
3.	Lázně **)	44	45	2,3
4.	Ozdravovny **)	6	5	-16,7
5.	Dopravní zdravotní služba *)	573	527	-8,0
6.	Záchranná služba (odb. 709) *)	182	166	-8,8
7.	Lékárny a výdejny zdravotnických prostředků **)	2 263	2 324	2,7
8.	Ostatní smluvní ZZ			

VZ 2006-smluv.s.-15

*) smluvní ZZ jsou definována IČP

**) smluvní ZZ jsou definována IČO

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

****) ZZ akutní péče bez základního oboru a léčebny s kombinací kategorií OLÚ, LDN a ošetřovatelské péče

Komentář k tabulce „Soustava smluvních ZZ“ k 31. 12. 2006**Ambulantní zdravotnická zařízení**

- I Do kategorie ambulantní specialisté jsou zařazeny i odbornosti vysokoškoláků nelékařů.
- I Do kategorie ostatních ambulantních pracovišť jsou zařazeny odbornosti středoškoláků neuvedené jinde.
- I Nejsou zde zahrnuty příjmové ambulance lůžkových zařízení („příloha CB“).

Všechny dále uváděné odbornosti jsou v souladu s platnou Metodikou pro pořizování a předávání dokladů.

Nemocnice

Zařazena lůžková zařízení akutní péče ve znění vyhlášky MZ 134/1998 Sb., v platném znění, 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 ve fakultních a dřívějších krajských nemocnicích) a mající alespoň jeden z těchto základních oborů: 1_1 interní lékařství, 3_1 pediatrie, 5_1 chirurgie, 6_3 gynekologie a porodnictví.

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 ve fakultních a dřívějších krajských nemocnicích), která nemají alespoň jeden ze základních oborů 1_1 interní lékařství, 3_1 pediatrie, 5_1 chirurgie, 6_3 gynekologie a porodnictví.

Dále jsou zde zařízení, která mají jak péči OLÚ, tak LDN a ošetř. péči. Tato zařízení jsou kromě kategorie OSTATNÍ LZ uvedena i v kategoriích ZAČLENĚNÁ ZAŘÍZENÍ (podle smluvní odbornosti).

OLÚ

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

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

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

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

OLÚ ostatní – všechna IČ s ošetřovacím dnem typu 00029 nebo 00024 mimo odbornosti 9U7 a IČ s více než jednou odborností vykazující více typů OD následné péče, IČ s jinou odborností .U. než TRN, REH a PSYCH, IČ 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 (IČ) mající odbornost 9U7 (pracoviště ústavní následné péče v LDN) a vykazující kód ošetřovacího dne 00024.

- I Samostatná LDN péče – jedná se o IČ (subjekt) mající pouze odbornost 9U7 (pracoviště ústavní následné péče v LDN).
- I Začleněná péče LDN – jedná se o IČ (subjekt) mající pracoviště 9U7 (pracoviště ústavní následné péče v LDN) a další pracoviště lůžkové péče.

Ošetřovatelská lůžka (00005)

Lůžková ZZ mající odbornost 9H9 nebo 9F9 (pracoviště ústavní péče na ošetřovatelském lůžku) a ošetřovací den 00005.

- I Samostatná – jedná se o IČ (subjekt) mající pouze odbornost 9H9 nebo 9F9 (pracoviště ústavní péče na ošetřovatelském lůžku).
- I Začleněná – jedná se o IČ (subjekt) mající pracoviště 9H9 nebo 9F9 (pracoviště ústavní péče na ošetřovatelském lůžku) a další pracoviště lůžkové péče.

Lékárny a výdejny zdravotnických prostředků

- I Do této skupiny jsou zahrnuty lékárny, výdejny léčiv a oční optiky. Nejsou zde zahrnuty výdejny zdravotnických prostředků, protože je nelze oddělit od výrobců a distributorů.
- I Nejsou zde uvedeny nemocniční lékárny.

Pozn.: Lůžková ZZ celkem (ř. 2) je součtem ZZ v ř. 2.1 Nemocnice, ř. 2.2.1 OLÚ samostatné psychiatrické, ř. 2.2.2 OLÚ samostatné rehabilitační, ř. 2.2.3 OLÚ samostatné TRN, ř. 2.2.4 ostatní jen s OLÚ péčí, ř. 2.3.1 LDN samostatná ZZ, ř. 2.4.1 ošetřovatelská lůžka samostatná ZZ a ř. 2.5 ostatní lůžková zařízení (= ZZ akutní péče lůžkové bez základního oboru a léčebny s kombinací kategorií OLÚ, LDN a ošetřovatelské péče).

Změny:**ř. 2.1 – nemocnice**

platná smlouva do 31. 12. 2005:

- IČ 26000733 – Broumovská nemocnice
- IČ 44947674 – Bakešova nemocnice Brno
- IČ 47468599 – Opočenská nemocnice
- IČ 49775472 – Vojenská nemocnice v Plzni

platná smlouva do 31. 3. 2006

- IČ 25537016 – IN Boskovice

nová smlouva od 1. 4. 2006

- IČ 26925974 – Nemocnice Boskovice

sloučení:

- IČ 26365782 (IČZ 41002000) Nemocnice Cheb
- pod IČ 26365804 Karlovarská krajská nemocnice (IČZ zůstává)
- IČ 26365812 (IČZ 48001000) Nemocnice Sokolov
- pod IČ 26365804 Karlovarská krajská nemocnice (IČZ zůstává)

změna IČ (zachování IČZ):

- Kroměřížská nemocnice a.s. (dříve IČ 00380822 – nyní IČ 27660532)
- Uherskohradištská nemocnice a.s. (dříve IČ 00395366 – nyní IČ 27660915)
- Krajská nemocnice T. Bati a.s. (dříve IČ 00089915 – nyní IČ 27661989)

ř. 2.2.3 – TRN

platná smlouva do 31. 3. 2006

- IČ 43792120 – Odborná dětská léčebna Chocerady

sloučení:

- IČ 00673943 (IČZ 50280000) Dětská léčebna Cvikov (odb 3U1)
- pod IČ 00673951 Léčebna respiračních nemocí Cvikov – tím se přesunuje IČ 00673951 ze samostatných do ostatní jen s OLÚ péčí (ř. 2.2.4)

ř. 2.3 – LDN

změna typu péče:

- IČ 66112338 (IČZ 57015000 Nemocnice následné péče Most)
- od 1. 1. 2006 nasmlouvána odb. 9H9. Tím je IČ převedeno do kategorie LDN začleněná (ř. 2.3.2), do kategorie ošetrovatelská lůžka začleněná (ř. 2.4.2) a do kategorie ostatní lůžková zařízení (ř. 2.5)

změna IČ (zachování IČZ):

- Nemocnice následné péče Ryjice (dříve IČ 00673200 – nyní IČ 72753536)
- Nemocnice milosrdných sester Kroměříž (dříve IČ 47933909 – nyní IČ 00406481)

ř. 2.4 – Ošetrovatelská lůžka

změna typu péče:

- IČ 61852287 (IČZ 29004000 RHG s.r.o. Roztoky u Prahy a IČZ 25211000 LDN Kralupy nad Vltavou) změnou typu péče v IČZ 29004000 (z 9U7 na 9H9 od 1. 1. 2006) přechod do kategorie ošetrovatelská lůžka samostatná (ř. 2.4.1)

nová smlouva:

- IČ 70853517 – Hospic sv. Jana Nepomuka (Prachatice) – od 1. 1. 2006 na základě výběrového řízení

ř. 2.4.2 – Ošetrovatelská lůžka začleněná

změna typu péče:

- IČ 66112338 (IČZ 57015000 Nemocnice následné péče Most) – od 1. 1. 2006 nasmlouvána odb. 9H9. Tím je IČ převedeno do kategorie LDN začleněná (ř. 2.3.2), do kategorie ošetrovatelská lůžka začleněná (ř. 2.4.2) a do kategorie ostatní lůžková zařízení (ř. 2.5)

ř. 2.5. – Ostatní lůžková zařízení

změna typu péče:

- IČ 66112338 (IČZ 57015000 Nemocnice následné péče Most) – od 1. 1. 2006 nasmlouvána odb. 9H9. Tím je IČ převedeno do kategorie LDN začleněná (ř. 2.3.2), do kategorie ošetrovatelská lůžka začleněná (ř. 2.4.2) a do kategorie ostatní lůžková zařízení (ř. 2.5)

ř. 3 – Lázně

K 31. 12. 2006 byl uzavřen smluvní vztah se 45 lázeňskými organizacemi definovanými dle IČ. Do tohoto údaje je také započteno Sanatorium Astoria, a.s. Karlovy Vary, kam bylo během celého roku přerušeno vysílání našich pojištěnců.

ř. 4 – Ozdravovny

K 31. 12. 2006 našim pojištěncům poskytovalo ozdravenskou zdravotní péči 5 smluvních partnerů, definovaných dle IČ. K 30. 6. 2006 skončil smluvní vztah s Dětskou ozdravovnou Kychová – Huslenky.

Přehled o počtu nově uzavřených a ukončených smluv za 4. čtvrtletí 2006

V tabulce č. 14 je zpracován souhrn z hlášení o změnách v registru smluvních vztahů, která zasílají ÚP Pojišťovny.

Souhrn je uveden za celou ČR v členění dle druhů péče, ve kterých došlo ke změně. Uvádí se počet nových a ukončených smluv ve vztahu k počtu všech smluv v rámci konkrétního druhu péče.

Většina nově uzavřených smluv vznikla jako přechod péče ze zaniklého subjektu na jiný na základě doporučujícího stanoviska výběrového řízení. Převážná část smluv ukončených k 31. 12. 2006 bude od 1. 1. 2007 nahrazena smlouvou s jiným subjektem s ohledem na zachování dostupnosti péče pro naše pojištěnce. Důvodem ukončení je ponejvíce odchod do důchodu či úmrtí.

Tabulka č. 14 (interní): Přehled o počtu nově uzavřených a ukončených smluv za 4. čtvrtletí 2006

Segment	Počet IČ k 31. 12. 2006	Ukončené	% ukončených z celkového počtu subjektů	Nové
PL	4 678	24	0,51	9
PLDD	2 139	15	0,70	5
Stomatologie	5 648	21	0,37	24
Gynekologie	1 300	10	0,77	3
Ambulantní specialisté	6 276	44	0,70	21
Laboratoře	436	3	0,69	
Rehabilitace	1 180	10	0,85	4
Domácí péče	443	5	1,13	2
Doprava	458	1	0,22	
ZZS	31	1	3,23	
Lékárny, optiky a výdejny zdravotnických prostředků	2 917	14	0,48	11

Tabulka č. 15 (interní): Přehled o počtu smluvních zdravotnických zařízení (ZZ)

Ř.	Kategorie smluvních zdravotnických zařízení	Počet IČ		% nárůstu, poklesu	Počet IČP (ambulantní péče)		% nárůstu, poklesu
		skutečnost k datu 31. 12.			skutečnost k datu 31. 12.		
		2005	2006		2005	2006	
1.	Ambulantní zdravotnická zařízení celkem	20 666	20 484	-0,9	34 205	33 714	-1,4
1.0.1	Ambulantní ZZ s jedním druhem péče	19 277	19 157		22 641	22 455	
1.0.2	Ambulantní ZZ s více druhy péče *)	1 151	1 098		4 753	4 590	
1.0.3	Ambulantní péče v LZZ	238	229		6 811	6 669	
	z toho:						
1.1	Praktický lékař pro dospělé (odb. 001)	4 712	4 678	-0,7	5 529	5 475	-1,0
1.1.1	v tom: samostatné IČ	4 173	4 166		4 483	4 469	
1.1.2	začleněno v ambulantním IČ s dalším druhem péče	434	410		757	722	
1.1.3	začleněno v lůžkovém IČ s dalším druhem péče	105	102		289	284	
1.2	Praktický lékař pro děti a dorost (odb. 002)	2 158	2 139	-0,9	2 397	2 377	-0,8
1.2.1	v tom: samostatné IČ	1 916	1 916		2 092	2 085	
1.2.2	začleněno v ambulantním IČ s dalším druhem péče	214	197		258	243	
1.2.3	začleněno v lůžkovém IČ s dalším druhem péče	28	26		47	49	
1.3	Praktický zubní lékař (odb. 014, 015, 019)	5 699	5 648	-0,9	6 402	6 341	-1,0
1.3.1	v tom: samostatné IČ	5 559	5 518		6 111	6 072	
1.3.2	začleněno v ambulantním IČ s dalším druhem péče	90	82		167	150	
1.3.3	začleněno v lůžkovém IČ s dalším druhem péče	50	48		124	119	
1.4	Ambulantní gynekolog (odb. 603, 604)	1 318	1 300	-1,4	1 943	1 921	-1,1
1.4.1	v tom: samostatné IČ	1 057	1 045		1 347	1 344	
1.4.2	začleněno v ambulantním IČ s dalším druhem péče	137	133		225	219	
1.4.3	začleněno v lůžkovém IČ s dalším druhem péče	124	122		371	358	
1.5	Ambulantní specialisté celkem **)	6 349	6 276	-1,1	13 468	13 215	-1,9
1.5.1	v tom: samostatné IČ	5 227	5 198		6 955	6 869	
1.5.2	začleněno v ambulantním IČ s dalším druhem péče	896	862		2 082	2 025	
1.5.3	začleněno v lůžkovém IČ s dalším druhem péče	226	216		4 431	4 321	
1.6	Home-care (odb. 925)	469	443	-5,5	543	515	-5,2
1.6.1	v tom: samostatné IČ	383	363		440	418	
1.6.2	začleněno v ambulantním IČ s dalším druhem péče	49	47		54	52	
1.6.3	začleněno v lůžkovém IČ s dalším druhem péče	37	33		49	45	
1.7	Rehabilitační ZZ (odb. 902, 918)	1 204	1 180	-2,0	1 484	1 460	-1,6
1.7.1	v tom: samostatné IČ	650	638		713	699	
1.7.2	začleněno v ambulantním IČ s dalším druhem péče	391	381		496	487	
1.7.3	začleněno v lůžkovém IČ s dalším druhem péče	163	161		275	274	
1.8	ZZ komplementu						
1.8.1	a) laboratoře (odb. 222, 801-805, 807, 812-822)	446	436	-2,2	1 285	1 267	-1,4
1.8.1.1	v tom: samostatné IČ	156	156		312	311	
1.8.1.2	začleněno v ambulantním IČ s dalším druhem péče	118	114		236	233	
1.8.1.3	začleněno v lůžkovém IČ s dalším druhem péče	172	166		737	723	
1.8.2	b) RTG (odb. 809)	492	479	-2,6	681	672	-1,3
1.8.2.1	v tom: samostatné IČ	139	138		170	168	
1.8.2.2	začleněno v ambulantním IČ s dalším druhem péče	168	164		198	194	
1.8.2.3	začleněno v lůžkovém IČ s dalším druhem péče	185	177		313	310	
1.8.3	c) RTG pro screening nádoru prsu (odb. 806)	56	59	5,4	57	60	5,3
1.8.3.1	v tom: samostatné IČ	0	0		0	0	
1.8.3.2	začleněno v ambulantním IČ s dalším druhem péče	31	30		32	31	
1.8.3.3	začleněno v lůžkovém IČ s dalším druhem péče	25	29		25	29	

*) druh péče - definován smluvní odborností

**) odb. 101-109, 201-209, 301-309, 401-409, 501-507, 601, 602, 605-607, 701-708, 901, 903, 904

ČINNOST POJIŠŤOVNY

Ř.	Kategorie smluvních zdravotnických zařízení	Počet IČ		% nárůstu, poklesu	Počet IČP (ambulantní péče)		% nárůstu, poklesu
		skutečnost k datu 31. 12.			skutečnost k datu 31. 12.		
		2005	2006		2005	2006	
1.9	Ostatní ambulantní péče						
1.9.1	a) LSPP (odb. 003)	156	152	-2,6	287	276	-3,8
1.9.1.1	v tom: samostatné IČ	8	10		9	11	
1.9.1.2	začleněno v ambulantním IČ s dalším druhem péče	85	76		191	171	
1.9.1.3	začleněno v lůžkovém IČ s dalším druhem péče	63	66		87	94	
1.9.2	b) hemodialýza (odb. 128)	55	54	-1,8	81	86	6,2
1.9.2.1	v tom: samostatné IČ	1	1		1	1	
1.9.2.2	začleněno v ambulantním IČ s dalším druhem péče	9	9		29	34	
1.9.2.3	začleněno v lůžkovém IČ s dalším druhem péče	45	44		51	51	
1.9.3	c) IVF - asistovaná reprodukce (odb. 613)	20	20	0,0	22	22	0,0
1.9.3.1	v tom: samostatné IČ	0	0		0	0	
1.9.3.2	začleněno v ambulantním IČ s dalším druhem péče	13	13		14	14	
1.9.3.3	začleněno v lůžkovém IČ s dalším druhem péče	7	7		8	8	
1.9.4	d) ortoptická péče (odb. 927)	23	24	4,3	24	25	4,2
1.9.4.1	v tom: samostatné IČ	7	7		7	7	
1.9.4.2	začleněno v ambulantním IČ s dalším druhem péče	13	14		13	14	
1.9.4.3	začleněno v lůžkovém IČ s dalším druhem péče	3	3		4	4	
1.9.5	e) porodní asistentky (odb. 921)	0	0	0,0	0	0	0,0
1.9.5.1	v tom: samostatné IČ						
1.9.5.2	začleněno v ambulantním IČ s dalším druhem péče						
1.9.5.3	začleněno v lůžkovém IČ s dalším druhem péče						
1.9.6	f) zvláštní ambul. péče	0	0	0,0	0	0	0,0
1.9.6.1	začleněno v lůžkovém IČ s dalším druhem péče (odb. 004)						
1.9.6.2	v pobytovém zařízení sociální péče (odb. 913)						
1.9.7	g) jednodenní péče	1	1	0,0	1	1	0,0
1.9.7.1	v tom: samostatné IČ	0	0		0	0	
1.9.7.2	začleněno v ambulantním IČ s dalším druhem péče	1	1		1	1	
1.9.7.3	začleněno v lůžkovém IČ s dalším druhem péče	0	0		0	0	
1.9.8	h) jiná ambulantní péče	1	1	0,0	1	1	0,0
1.9.8.1	v tom: samostatné IČ	1	1		1	1	
1.9.8.2	začleněno v ambulantním IČ s dalším druhem péče	0	0		0	0	
1.9.8.3	začleněno v lůžkovém IČ s dalším druhem péče	0	0		0	0	
2.	Dopravní zdravotní služba (odb. 989)	499	458	-8,2	576	527	-8,5
2.1	v tom: samostatné IČ	334	304		348	319	
2.2	začleněno v ambulantním IČ s dalším druhem péče	69	61		113	97	
2.3	začleněno v lůžkovém IČ s dalším druhem péče	96	93		115	111	
3.	Záchranná služba (odb.709)	43	31	-27,9	186	166	-10,8
3.1	v tom: samostatné IČ	4	1		11	2	
3.2	začleněno v ambulantním IČ s dalším druhem péče	32	27		168	161	
3.3	začleněno v lůžkovém IČ s dalším druhem péče	7	3		7	3	
4.	Lékárny, oční optiky a ostatní						
4.1	Lékárny a oční optiky	2 317	2 324	0,3			
4.1.1	v tom: samostatné IČ	2 196	2 194				
4.1.2	začleněno v ambulantním IČ s dalším druhem péče (popř. s IČ v ř. 2.2.2)	32	38				
4.1.3	začleněno v lůžkovém IČ s dalším druhem péče	89	92				
4.2	Výrobci a distributoři PZT a protetických pomůcek	575	593	3,1			
4.2.1	v tom: samostatné IČ	518	527				
4.2.2	začleněno v ambulantním IČ s dalším druhem péče (popř. s IČ v ř. 2.1.2)	26	32				
4.2.3	začleněno v lůžkovém IČ s dalším druhem péče	31	34				

*) druh péče - definován smluvní odborností

**) odb. 101-109, 201-209, 301-309, 401-409, 501-507, 601, 602, 605-607, 701-708, 901, 903, 904

Ř.	Kategorie smluvních zdravotnických zařízení	Počet IČ		% nárůstu, poklesu	Počet IČP (ambulantní péče)		% nárůstu, poklesu
		skutečnost k datu 31. 12.			skutečnost k datu 31. 12.		
		2005	2006		2005	2006	
5.	Lůžková zdravotnická zařízení celkem - nemocnice nebo ZZ s jedním druhem lůžkové péče (samostatné IČ)	274	266	-2,9			
	z toho:						
5.1	Nemocnice - ZZ akutní péče	168	161	-4,2			
5.1.1	a) nemocnice alespoň s jedním zákl. oborem	153	146				
5.1.1.1	bez následné péče	44	42				
5.1.1.2	s následnou péčí	109	104				
5.1.2	b) nem. s dalším oborem - bez základního oboru	15	15				
5.1.2.1	bez následné péče	13	13				
5.1.2.2	s následnou péčí	2	2				
5.2	OLÚ (kromě LDN a ZZ vykaz. výhradně kód OD 00005)						
5.2.1	a) psychiatrické (vykazující kód 00021 nebo 00026)	20	21	5,0			
5.2.1.1	v tom: samostatné IČ	14	14				
5.2.1.2	začleněno v IČ s dalším druhem lůžkové péče	6	7				
5.2.2	b) rehabilitační (vykazující kód 00022 nebo 00027 nebo 00025)	17	17	0,0			
5.2.2.1	v tom: samostatné IČ	9	9				
5.2.2.2	začleněno v IČ s dalším druhem lůžkové péče	8	8				
5.2.3	c) TRN (vykazující kód 00023 nebo 00028)	15	13	-13,3			
5.2.3.1	v tom: samostatné IČ	4	2				
5.2.3.2	začleněno v IČ s dalším druhem lůžkové péče	11	11				
5.2.4	d) ostatní OLÚ (vykazující kód 00024 nebo 00029)	11	10	-9,1			
5.2.4.1	v tom: samostatné IČ	5	4				
5.2.4.2	začleněno v IČ s dalším druhem lůžkové péče	6	6				
5.2.5	e) kombinace OLÚ péče	7	8	14,3			
5.2.5.1	v tom: samostatné IČ	7	8				
5.3	LDN (odb. 9U7) (vykazující kód 00024)	124	122	-1,6			
5.3.1	v tom: samostatné IČ	42	41				
5.3.2	začleněno v IČ s dalším druhem lůžkové péče	82	81				
5.4	Ošetrovatelská lůžka (odb. 9H9, 9F9) (vykazující kód 00005)	56	56	0,0			
5.4.1	v tom: samostatné IČ	8	9				
5.4.2	začleněno v IČ s dalším druhem lůžkové péče	48	47				
5.5	Hospice (odb. 9U9) (vykazující do 31. 12. 2006 kód OD 00005, od 1. 1. 2007 kód OD 00030)	11	12	9,1			
5.5.1	v tom: samostatné IČ	11	11				
5.5.2	začleněno v IČ s dalším druhem lůžkové péče	0	1				
5.6	Ostatní lůžková zařízení ****)	6	7	16,7			
5.6.1	v tom: samostatné IČ	6	7				
6.	Lázně	45	45	0,0			
7.	Ozdravovny	6	5	-0,2			
8.	Ostatní smluvní ZZ						

*** ZZ akutní péče alespoň s jedním základním oborem

**** IČ s kombinací následné péče

Komentář k tabulce č. 15 Přehled o počtu smluvních zdravotnických zařízení – stav k 31. 12. 2006

Na základě potřeby sjednotit způsoby uvádění počtu ambulantních i lůžkových zařízení byla upravena metodika výběru smluvních zdravotnických zařízení. Do výběru jsou zahrnuty všechny platné smlouvy ke konkrétnímu datu (stav smlouvy = platná, prodloužená, ukončená). Nejsou zahrnuty smlouvy rozpracované k tomuto datu.

Nově se uvádí u ambulantních ZZ rovněž počet IČ v rozdělení dle jednotlivých druhů péče, stejně jako tomu bylo v doposud uváděných tabulkách pouze u lůžkových ZZ (do výběru nejsou zahrnuty příjmové ambulance lůžkových zařízení – „přílohy CB“).

U všech konkrétních druhů ambulantní péče je uvedeno rozdělení na počty samostatných IČ (tj. IČ, které poskytuje pouze konkrétní druh péče bez další péče), dále na počty IČ ambulantních a lůžkových, v nichž je konkrétní druh péče poskytován.

U lůžkové péče je základní rozdělení na nemocnice a ostatní (tj. následnou péči). Nemocnice se dělí na nemocnice se základním oborem a bez základního oboru, následná péče se dělí dle konkrétních kódů ošetrovacích dní, které určují typ následné lůžkové péče.

Nejvýraznější změny v počtu samostatných IČ mezi 31. 12. 2005 a 31. 12. 2006**ř. 1.8.3 – RTG pro screening nádoru prsu (odb. 806) – začleněno v lůžkovém IČ**

platná smlouva do 31. 3. 2006

IČ 25988191 – Mamocentrum Svitavy (zůstává pouze odb. 809)

nová smlouva od 1. 5. 2006

IČ 00092584 – Nemocnice Znojmo

nová smlouva od 1. 6. 2006

IČ 26365804 – Karlovarská krajská nemocnice

nová smlouva od 1. 8. 2006

IČ 00582905 – Nemocnice Písek

nová smlouva od 1. 9. 2006

IČ 00193861 – Nemocnice Litomyšl

ř.3.1 – Záchraná služba (odb. 709)

změna typu péče

IČ 00346292 – ZZS Jihomoravského kraje (kromě odb. 709, ještě odb. 003 a 019)

IČ 47366630 – ZZS Kraje Vysočina (kromě odb. 709, ještě odb. 003 a 019)

IČ 49743988 – ZS Sokolov (kromě odb. 709, ještě odb. 003 a 019)

Přesun těchto IČ mezi začleněná.

ř. 5.1.1 – nemocnice alespoň s jedním základním oborem

platná smlouva do 31. 12. 2005

IČ 26000733 – Broumovská nemocnice

IČ 44947674 – Bakešova nemocnice Brno

IČ 47468599 – Opocenská nemocnice

IČ 49775472 – Vojenská nemocnice v Plzni

platná smlouva do 31. 3. 2006 (přechod smlouvy subjektu)

IČ 25537016 – IN Boskovice

nová smlouva od 1. 4. 2006 (přechod smlouvy subjektu)

IČ 26925974 – Nemocnice Boskovice

sloučení

IČ 26365782 (IČZ 41002000) Nemocnice Cheb

– pod IČ 26365804 Karlovarská krajská nemocnice (IČZ zůstává)

IČ 26365812 (IČZ 48001000) Nemocnice Sokolov

– pod IČ 26365804 Karlovarská krajská nemocnice (IČZ zůstává)

změna IČ (zachování IČZ)

Kroměřížská nemocnice a.s. (dříve IČ 00380822 – nyní IČ 27660532)

Uherskohradištská nemocnice a.s. (dříve IČ 00395366 – nyní IČ 27660915)

Krajská nemocnice T. Bati a.s. (dříve IČ 00089915 – nyní IČ 27661989)

ř. 5.2.3.1 – TRN – samostatné IČ

platná smlouva do 31. 3. 2006

IČ 43792120 – Odborná dětská léčebna Chocerady

sloučení

IČ 00673943 (IČZ 50280000) Dětská léčebna Cvikov (odb 3U1)

- pod IČ 00673951 Léčebna respiračních nemocí Cvikov – tím se přesunuje IČ 00673951 ze samostatných do začleněných (z ř. 5.2.3.1 do ř. 5.2.3.2) a do kombinace OLÚ péče (ř. 5.2.5.1)

ř. 5.2.4.1 – ostatní OLÚ – samostatné IČ

sloučení

IČ 00673943 (IČZ 50280000) Dětská léčebna Cvikov (odb 3U1)

- pod IČ 00673951 Léčebna respiračních nemocí Cvikov – tím se přesunuje IČ 00673943 ze samostatného IČ v ř. 5.2.4.1 do začleněných TRN (do ř. 5.2.3.2) a do kombinace OLÚ péče (ř. 5.2.5.1)

ř. 5.2.5.1 – kombinace OLÚ péče – samostatné IČ

sloučení

IČ 00673943 (IČZ 50280000) Dětská léčebna Cvikov (odb 3U1)

- pod IČ 00673951 Léčebna respiračních nemocí Cvikov – tím se přesunuje IČ 00673951 do kombinace OLÚ péče (ř. 5.2.5.1)

ř. 5.3.1 – LDN – samostatné IČ

změna typu péče

IČ 66112338 (IČZ 57015000 Nemocnice následné péče Most) – od 1. 1. 2006 nasmlouvána odb. 9H9. Tím je IČ převedeno do kategorie LDN začleněná (ř. 5.3.2), do kategorie ošetrovatelská lůžka začleněná (ř. 5.4.2) a do kategorie ostatní lůžková zařízení (ř. 5.6.1)

změna IČ (zachování IČZ)

Nemocnice následné péče Ryjice (dříve IČ 00673200 – nyní IČ 72753536)

Nemocnice milosrdných sester Kroměříž (dříve IČ 47933909 – nyní IČ 00406481)

ř. 5.4.1 – Ošetrovatelská lůžka – samostatné IČ

změna typu péče

IČ 61852287 (IČZ 29004000 RHG s.r.o. Roztoky u Prahy a IČZ 25211000 LDN Kralupy nad Vltavou) změnou typu péče v IČZ 29004000 (z 9U7 na 9H9 od 1. 1. 2006) přechod do kategorie ošetrovatelská lůžka samostatná (ř. 5.4.1)

ř. 5.5.1 – Hospice – samostatné IČ

nová smlouva

IČ 70853517 – Hospic sv. Jana Nepomuka (Prachovice) od 1. 1. 2006 na základě výběrového řízení.

změna typu péče

IČ 48623814 (IČZ 64306000 Oblastní charita ČK Hospic A. České a IČZ 69007000 Oblastní charita Červený Kostelec). Pro IČZ 69007000 změna z odb. 9U9 na 9H9 od 1. 1. 2006 – tím je IČ převedeno do kategorie Hospice – začleněné (ř. 5.5.2) a do kategorie Ostatní lůžková zařízení (ř. 5.6.1)

ř. 5.6.1 – Ostatní lůžková zařízení – samostatné IČ

změna typu péče

IČ 48623814 (IČZ 64306000 Oblastní charita ČK Hospic A. České a IČZ 69007000 Oblastní charita Červený Kostelec). Pro IČZ 69007000 změna z odb. 9U9 na 9H9 od 1. 1. 2006 – tím je IČ převedeno do kategorie Hospice – začleněné (ř. 5.5.2) a do kategorie Ostatní lůžková zařízení (ř. 5.6.1)

4.7 ZDRAVOTNÍ PÉČE POSKYTOVANÁ POJIŠTĚNCŮM A HRAZENÁ NAD RÁMEC VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ**4.7.1 ČERPÁNÍ Z FONDU 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 zásadách čerpání fondu prevence rozhodovala Správní rada. Maximální možná výše přidělu do fondu prevence ze ZFZP stanovená podle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů, v roce 2006 činila 367,4 mil. Kč, skutečný přiděl byl ve výši 148 mil. Kč, čerpání fondu prevence na preventivní programy po odečtení spoluúčasti pojištěnců činilo 151 mil. Kč.

Programy hrazené z fondu prevence byly v roce 2006 v důsledku událostí spojených s nucenou správou významně omezeny, tudíž čerpání tohoto fondu činilo pouhých 42 % skutečnosti roku 2005. Oproti ZPP na rok 2006 bylo dosaženo úspory cca 5 %. Náklady na preventivní zdravotní péči čerpáné z fondu prevence jsou vyčísleny v tabulce VZ 2006-prev.péče-16.

V roce 2006 Pojišťovna ze svého fondu prevence podpořila mj. následující projekty:

účelová položka 1. Zdravotní programy obsahuje příspěvky Pojišťovny mimo jiné na:**fixní ortodontické aparátky**

Pojišťovna již dlouhodobě poskytuje příspěvek na fixní ortodontické aparátky, které nejsou hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Příspěvek je poskytován pojištěncům Pojišťovny věku 10-18 let jednorázově, jedenkrát za život na každou čelist. Výše příspěvku je diferencována dle doby pojištění u Pojišťovny.

robotické centrum

Jedná se o metodu miniinvazivní chirurgie, vhodnou pro téměř všechny chirurgické obory. Dle zahraničních zkušeností jde o metodu, která má v určitých indikacích přínos jak pro komfort operátora, tak hlavně pro pacienta. Minimálně poškozuje okolní struktury a tkáně, operuje s velkou přesností, zlepšuje pooperační komfort, zkracuje hospitalizaci a v mnoha případech zajišťuje lepší kvalitu života na rozdíl od jiných metod.

Cílem projektu bylo zhodnotit zkušenosti a porovnat je se zahraničními studiemi, postavit kritéria výběru operačních výkonů pro tuto metodu, kritéria výběru pacientů a předložit cenový návrh pro úhradu z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

biofeedback – léčbu inkontinence a terminální zácpy

Tento projekt navazoval na jeho první fázi, probíhající v termínu od 1. 2. 2004 do 30. 9. 2004, která prokázala účinnost biofeedbacku v léčbě inkontinence stolice, ale pouze v krátkém časovém úseku. U pacientů sledovaných v rámci projektu došlo ke zlepšení kontrakční schopnosti svěračů i ke zlepšení kvality života díky zlepšení symptomatologie. U pacientů, kteří museli užívat ochranné pomůcky, došlo ke snížení jejich množství nebo k úplnému skončení jejich užívání.

Druhá fáze projektu byla smluvně dohodnuta v roce 2006 proto, aby bylo možné poskytnout dlouhodobější údaje o účinnosti biofeedbacku v léčbě inkontinence a dále, aby bylo možné provést pilotní studii s pacienty trpící terminální zácpou.

využití perfusního přístroje RM3

Projekt nebyl na základě požadavku realizátora projektu IKEM uskutečněn.

očkování proti streptokokové pneumonii

Poskytování příspěvku na uvedené očkování bylo mezi programy hrazené z fondu prevence zařazeno na základě požadavku hlavního hygienika ČR z důvodu absence příslušné vyhlášky. Příspěvek byl poskytován do maximální výše 1 900 Kč a podmínky jeho vyplacení byly určeny v návaznosti na kritéria stanovená hlavním hygienikem.

účelová položka 2. Ozdravné pobyty obsahuje příspěvky Pojišťovny především na:**léčebně-ozdravné pobyty pro vybrané skupiny chronicky nemocných dětí**

V roce 2006 byly postupně omezeny ozdravné pobyty a byla provedena revize indikačních norem. Poté Pojišťovna pokračovala v pořádání léčebně-ozdravných pobytů pro vybrané skupiny chronicky nemocných dětí pojištěných u Pojišťovny. K uvedenému záměru byla Pojišťovna vedena mj. stanoviskem České společnosti alergologie a klinické imunologie, která pořádání dětských přímořských pobytů za jí stanovených podmínek podporovala: „V posledních letech stále narůstá počet alergických dětí, které tráví za účelem zlepšení svého zdraví kratší či delší čas léta v některé z přímořských oblastí. Že tento pobyt pomáhá, je nesporné.“ Pojišťovna proto zrealizovala léčebně-ozdravné pobyty za podmínek využití stávajících pobytových míst (Platamon – Řecká republika a Plavi Horizont – Republika Černá Hora), která byla vybrána formou obchodní veřejné soutěže realizované v souladu s § 4 a násl. zákona č. 199/1994 Sb., o zadávání veřejných zakázek, ve znění pozdějších předpisů. Současně snížila ubytovací kapacitu ze 7 332 účastníků na 4 408 účastníků (z toho 3 840 dětí), dále snížila počty turnusů z šesti na čtyři v každém pobytovém místě. Snížením počtu zúčastněných dětí došlo ke snížení výdajů z fondu prevence oproti roku 2005 o cca 36,5 mil. Kč.

V rámci ostatních ozdravných pobytů byly realizovány projekty, které byly vesměs pokračováním projektů z předchozích let s tím, že jejich rozsah byl z důvodů úsporných opatření snížen. Jednalo se o podporu projektů:

ozdravné pobyty dětí s onkologickými, hemato-onkologickými onemocněními, neurologickými, srdečními onemocněními a pro děti s chronickými následky terapie a poruchami imunity (Výbor dobré vůle Nadace Olgy Havlové, Praha 1), ozdravné pobyty pro onkologické pacienty v Chorvatsku a Švýcarsku (ARCUS – onko centrum, Česká Lípa) a klimatické vysokohorské ozdravné pobyty pro chronicky nemocné děti ve Švýcarsku a přímořské klimatické pobyty se speciálním zdravotním programem pro chronicky nemocné děti v Chorvatsku (Sdružení na pomoc chronicky nemocným dětem).

účelová položka 3. Ostatní činnosti zahrnuje příspěvky Pojišťovny zejména na:**očkovaní proti klíšťové encefalitidě**

Finanční příspěvek na očkování proti klíšťové encefalitidě je ze strany Pojišťovny poskytován dlouhodobě. V roce 2006 pokračoval projekt za stejných podmínek jako v předchozích letech, tzn. byla poskytována výplata příspěvku po třetí aplikaci očkovací látky dětem do 15 let a příspěvek na revakcinaci do 19 let věku.

podporu dárců krve

Pojišťovna dlouhodobě poskytovala pro bezpříspěvkové dárce krve možnost uzavření smlouvy cestovního pojištění na 35 dní v roce zdarma. Náklady na tuto aktivitu byly hrazeny v minulém období z fondu prevence. Během roku 2006 na základě přehodnocení úhrady této klientské aktivity z fondu prevence se náklady staly od října 2006 předmětem provozního fondu.

Dny zdraví

Pojišťovna dlouhodobě poskytovala pro širokou veřejnost – pojištěnce Pojišťovny otevřené dny preventivního měření tělesných hodnot. Původně byla tato aktivita hrazena z provozního fondu jako marketingově propagační akce. Po přehodnocení úhrady této klientské aktivity se náklady na akci Dny zdraví staly od října 2006 předmětem fondu prevence.

protidrogovou prevenci

Pojišťovna v rámci dlouhodobého projektu protidrogové prevence podporovala realizaci komponovaných pořadů pro mládež, publikací se zdravotně-výchovnou tematikou a výrobu výchovných filmů, spotů a videokazet, včetně jejich distribuce v rámci projektu „Řekni drogám ne“.

podporu zdravotně postižených sportovců

Pojišťovna v roce 2006 podpořila projekt pro vytváření podmínek a přípravu zdravotně postižených sportovců – reprezentantů ČR na vrcholových světových soutěžích.

vitamínovou prevenci pro dárce krve

Z fondu prevence byly pro bezpříspěvkové dárce krve hrazeny vitamíny podporující krvevůli. Tyto vitamínové přípravky byly předávány pojištěncům Pojišťovny prostřednictvím transfúzních stanic. V roce 2006 nebylo uskutečněno zadání na veřejnou zakázku a vitamíny byly poskytovány až v posledním čtvrtletí roku 2006 v rámci krajských možností.

rehabilitační prevenci pro mnohonásobné dárce krve

Jedná se o pobídku čerpání lázeňsko-rehabilitačního programu pro držitele Zlaté medaile prof. Janského a pro nositele Zlatého kříže ČČK – pojištěnce Pojišťovny. V posledním čtvrtletí 2006 byl tento program realizován v rámci pilotního projektu v lázních Teplice v Čechách.

projekt Zdravá firma

Jedná se o projekt na ochranu zdraví zaměstnanců – pojištěnců Pojišťovny ve spolupráci s vybranými hromadnými plátcí. V posledním čtvrtletí 2006 v rámci této aktivity byla zorganizována úhrada očkování proti chřipce (těm zaměstnancům, kteří na bezplatné uvedené očkování neměli ze zákona nárok) a úhrada rehabilitačních programů. Uvedená klientská nabídka probíhala v rámci regionů.

Tabulka č. 16: Náklady na preventivní zdravotní péči čerpané z fondu prevence

Účelová položka	Počet účastníků v roce 2006	Rok 2005 skutečnost tis. Kč	Rok 2006 ZPP tis. Kč	Rok 2006 skutečnost tis. Kč	% 2006/2005 skutečnost	% 2006/2006 skut./plán
1. Náklady na zdravotní programy		21 567	23 500	14 996	69,5	63,8
Fixní ortodontické aparáty		15 554	15 000	12 949	83,3	86,3
Nové pilotní projekty - robotické centrum			1 500	1 500		100,0
Biofeedback - léčba inkontinence stolice a terminální zácpy		395	400			
Využití perfusního přístroje RM3 v transplantaci ledvin			1 600			
Očkování proti streptokokové pneumonii			5 000	547		10,9
Longova metoda - staplery		2 600				
stanovení C-reaktivního proteinu		3 018				
2. Náklady na ozdravné pobyty		168 321	106 171	101 615	60,4	95,7
Léčebně-ozdravné pobyty pro vybrané skupiny chronicky nemocných dětí	4 220	116 468	80 000	75 739	65,0	94,7
Ostatní ozdravné pobyty	1 534	51 853	26 171	25 876	49,9	98,9
3. Ostatní činnosti		172 907	29 800	34 244	19,8	114,9
Očkování proti klíšťové encefalitidě		9 630	11 300	6 678	69,3	59,1
Podpora dárců krve		2 896	3 500			
Dny zdraví				2 277		
Protidrogová prevence		31 000		21 000	67,7	
Ostatní projekty		13 518	15 000	4 289	31,7	28,6
z toho: podpora zdravotně postižených sportovců		1 000		1 000	100,0	
vitamínová prevence pro dárce krve				2 490		
rehabilitační prevence pro dárce krve				185		
Zdravá firma				228		
ostatní		12 518		386	3,1	
prevence úrazovosti dětské populace		8 830				
screening kolorektálního karcinomu		3 081				
antikoncepce		103 764				
stop obezitě		188				
4. Náklady na preventivní zdravotní péči celkem		362 795	159 471	150 855	41,6	94,6

Poznámka: Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 274/2005 Sb.

VZ 2006-prev.péče-16



Tvorba a čerpání fondů Pojišťovny

Finanční hospodaření Pojišťovny je zobrazováno podle jednotlivých činností provozovaných Pojišťovnou. Základní činností Pojišťovny je provádění veřejného zdravotního pojištění. Vedlejším produktem činností Pojišťovny jsou ostatní zdaňované činnosti.

Hospodaření Pojišťovny bylo v roce 2006 sledováno prostřednictvím účetně oddělených fondů Pojišťovny a činností, kterými (v souladu s platným zněním zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR) jsou

5.1 Základní fond zdravotního pojištění

5.2 Provozní fond

5.3 Fond reprodukce majetku

5.4 Sociální fond

5.5 Rezervní fond

a dále fondy a činnosti, které zákon umožňuje a kterými jsou

5.6 Fond prevence

5.7 Ostatní zdaňovaná činnost

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).

V dalších kapitolách je uvedeno porovnání skutečnosti za rok 2006 vůči ZPP 2006, který byl v konečné fázi schvalování ministrem zdravotnictví MUDr. Julínkem vzat zpět z projednávání PSP ČR. Proces projednávání tak byl ukončen usnesením č. 4 výboru pro zdravotnictví, který vzal zprávu ministra zdravotnictví na vědomí. V souladu s metodikou MZ jsou v tabulkách uváděny údaje z tohoto ZPP 2006.

5.1 ZÁKLADNÍ FOND ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Základní fond zdravotního pojištění zobrazuje hospodaření v rámci klíčové činnosti Pojišťovny. Stěžejní část příjmové strany fondu zachycuje příjmy z výběru a přerozdělení pojistného, výdajová strana fondu z největší části zachycuje úhrady zdravotní péče. Dále základní fond zobrazuje převody ostatním fondům. Výsledek fondu je rozhodující pro hodnocení výsledků hospodaření Pojišťovny, neboť prostřednictvím tohoto fondu je zachyceno hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění, tj. hlavní činnost Pojišťovny.

Zdravotně-pojistný plán definoval záměr hospodaření v roce 2006 jako postupné snižování závazků po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým zařízením při zachování dostupnosti a kvality zdravotní péče pro pojištěnce. Tento cíl se v roce 2006 podařilo naplnit.

Celková tvorba zdrojů vzrostla oproti roku 2005 o 11,4 %, z toho pojistné z veřejného zdravotního pojištění o 6,2 %. Celkové příjmy vzrostly oproti roku 2005 o 8,3 %, z toho pojistné z veřejného zdravotního pojištění o 4,9 %. Po eliminaci vlivu příjmů z postoupení pohledávek za plátcí pojistného na ČKA v roce 2005 ve výši 3 022 mil. Kč vzrostly příjmy v roce 2006 o 11,2 %.

Celkové čerpání zdrojů vzrostlo meziročně o 2,2 %, stejný růst zaznamenaly náklady na zdravotní péči. Oproti tomu celkové výdaje vzrostly meziročně o 8,1 %, z toho výdaje za zdravotní péči o 8,8 %. Vyšší meziroční růst výdajů za zdravotní péči oproti nákladům na zdravotní péči je dán splacením podstatné části závazků po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým zařízením z minulých období. Zatímco k 31. 12. 2005 evidovala Pojišťovna tyto závazky ve výši 10 613 mil. Kč, k 31. 12. 2006 to bylo pouze 2 428 mil. Kč. Tento pozitivní vývoj hospodaření v roce 2006 byl dán vyšším růstem příjmů a utlumením nákladů. Pro vyrovnání zbývajících dluhů a naplnění ostatních fondů v zákonné výši bude i v roce 2007 nutné udržet náklady pod úroveň růstu příjmů.

Tvorba ZFZP

Celková tvorba ZFZP dosáhla v roce 2006 výše 130 243 mil. Kč, tj. nárůst oproti roku 2005 o 11,4 % a byl tedy splněn ZPP 2006, který předpokládal celkovou tvorbu ve výši 129 735 mil. Kč a meziroční růst o 11 %.

Předpis pojistného z veřejného zdravotního pojištění dosáhl výše 82 818 mil. Kč s meziročním růstem o 6,2 % a předpis peněžních prostředků plynoucích z měsíčního vyúčtování výsledků z přerozdělování výše 41 774 mil. Kč s meziročním růstem o 24,7 %.

Položka „Převody z jiných fondů“ byla plánována v celkové výši 454 mil. Kč. Skutečná výše této položky v roce 2006 je 822,6 mil. Kč. Důvodem je převod 30 mil. Kč z rezervního fondu (viz kapitola 5.5 Rezervní fond) a dosažení úspory ve výši 791,6 mil. Kč (plánováno bylo 453 mil. Kč). Úspora provozního fondu byla převedena do rezervního fondu dle § 2 odst. 5 vyhlášky MF č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Dle § 20 odst. 7 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, je proveden předpis převodu 1 mil. Kč z hospodářského výsledku zdanitelných činností po zdanění.

Čerpání ZFZP

Závazky za zdravotní péči dosáhly v roce 2006 výše 113 800,9 mil. Kč a vzrostly oproti roku 2005 o 2,2 %. Oproti ZPP 2006 jsou tyto náklady nižší o 3 538,5 mil. Kč. Podrobnější hodnocení nákladů na zdravotní péči za rok 2006 je uvedeno v kapitole 5.1.1.

U rezervního fondu byl zaúčtován předpis přidělu do výše limitu dle ustanovení § 7 odst. 1 písm. b) zákona č. 551/1991 Sb. (viz komentář v části 5.5 Rezervní fond).

Předpis přidělu do provozního fondu je ve výši max. limitu 4 136,2 mil. Kč. Oproti ZPP 2006 je předpis přidělu do PF vyšší o 10 mil. Kč z důvodu dosažení vyšších příjmů.

Předpis přidělu do fondu prevence byl vyšší oproti ZPP 2006 o 18 mil. Kč z důvodu dodatečného zařazení programu na protidrogovou prevenci nuceným správcem, ale nepřesahuje zákonem povolený limit podle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Příjmy ZFZP

Příjmy jsou závislé na počtu pojištěnců a jejich skladbě. Pojišťovna počítala v roce 2006 s poklesem průměrného počtu pojištěnců oproti roku 2005 o 95 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 poklesl meziročně průměrný počet pojištěnců o 74,9 tis. osob, a tak průměrný počet pojištěnců v roce 2006 byl oproti zdravotně-pojistnému plánu o 20,1 tis. osob vyšší. K úbytku pojištěnců došlo vlivem pokračujících závazků po lhůtě splatnosti, omezení možností čerpání fondu prevence i dalších nepříznivých okolností, které se promítaly především v 1. pololetí 2006 do hospodaření Pojišťovny.

Průměrný počet dominantních plátců, to je zaměstnanců pojištěných u Pojišťovny, byl v roce 2006 dokonce o více než 8 tis. osob, to je o 0,3 % vyšší, než v roce 2005. Naopak počet osob, za které je plátcem pojistného stát, vykázal v roce 2006 pokles o 1,5 %. Vedle toho je stále možno konstatovat, že mezi úbytky zaujímají významnější místo úbytky mladších (a tedy poměrně zdravějších) pojištěnců oproti úbytkům pojištěnců vyšších věkových kategorií (majících výrazně vyšší nároky na čerpání věcných dávek zdravotní péče).

V dalším textu jsou uvedeny jen hodnoty skutečně vybraného pojistného, bez částek vyrovnání s ČKA (v roce 2006 se jednalo pouze o vrácení části finančních prostředků za postoupení pohledávek za plátcí pojistného, které proběhlo v roce 2005 – viz doplňující tabulka k tabulce č. 18).

V roce 2006 bylo vybráno od zaměstnavatelů pojistné v celkové výši 72 914 mil. Kč, což je o 4 789 mil. Kč více než v roce 2005, a to představuje meziroční nárůst o 7,0 %. Vybrané pojistné v přepočtu na jednoho zaměstnaného pojištěnce dosáhlo v roce 2006 částky 28 259 Kč, což představuje meziroční nárůst o 1 770 Kč. To znamená, při meziročním nárůstu počtu zaměstnaných pojištěnců o 0,3 %, nárůst pojistného na jednoho takového pojištěnce o 6,7 %.

Celková částka vybraného pojistného od samoplátců (OSVČ a OBZP) dosáhla v roce 2006 hodnoty 8 432 mil. Kč, což představuje meziroční nárůst o 358 mil. Kč, což je o 4,4 %. Při poklesu počtu samoplátců o 2,9 % to pak v přepočtu na jednoho samoplátce znamená roční nárůst o 804 Kč, tj. nárůst o 7,6 %. Toto zvýšení je způsobeno hlavně zákonnou úpravou vyměřovacího základu u OSVČ (procenta ze zisku i minimálního vyměřovacího základu) a dvojnásobným zvýšením minimální mzdy od ledna a od července 2006.

Podíl, který obdržela Pojišťovna z přerozdělení, dosáhl v roce 2006 částky 41 128 mil. Kč a byl ve srovnání s rokem 2005 vyšší o 7 058 mil. Kč, což představuje zvýšení o 20,7 %. Toto mimořádně vysoké zvýšení příjmů od státu a z přerozdělování je důsledkem jak trojnásobného zvýšení vyměřovacího základu státu, nejprve v lednu řádně z 3 556 Kč na 3 798 Kč, poté mimořádně v únoru na 4 144 Kč a posléze opět mimořádně v dubnu na 4 709 Kč, tak urychlením náběhu přerozdělování podle nákladových indexů věkových skupin.

U položky na řádku B. II. 7 Převody z jiných fondů byla v ZPP 2006 plánována částka 455 mil. Kč, z toho 453 mil. Kč byl plánován převod úspory provozního fondu. Skutečná úspora provozního fondu dosáhla v roce 2006 výše 791,6 mil. Kč, ale finanční převody mezi fondy uskutečněny nebyly (příděl finančních prostředků ze ZFZP do PF byl o tuto částku nižší). Tato položka obsahuje v roce 2006 převod finančních prostředků z RF ve výši 30 mil. Kč, převod 1 mil. Kč z hospodářského výsledku zdanitelných činností po zdanění dle § 20 odst. 7 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, a odpuštěné penále z ostatní zdaňované činnosti ve výši 1,4 mil. Kč.

Rozbor příčin nárůstu příjmů

V předchozí kapitole byly popsány výsledky hospodaření v oblasti příjmů ZFZP, včetně legislativních změn, které ovlivnily výši peněžních prostředků plynoucích Pojišťovně z přerozdělování. Jednalo se o trojnásobné zvýšení platby pojistného za pojištěnce, za které hradí pojistné stát (bližší viz část „Příjmy ZFZP“), a dále o urychlení nového způsobu přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami (tzv. stoprocentní přerozdělování).

Celkový meziroční nárůst příjmů ZFZP činil 9 466 mil. Kč. Z důvodu srovnatelnosti musí být tyto částky upraveny o vliv pojistného od ČKA, příjmy sankční povahy (penále, pokuty, přirážky, náhrady škod apod.) a platby z přerozdělování realizované v jiném účetním období (jedná se o pohledávky ZFZP vůči zvláštnímu účtu přerozdělování pojistného, bližší viz kapitola 6.1.).

V následující tabulce jsou tyto úpravy vyčísleny pro jednotlivé roky:

Tabulka č. 17 (interní): Meziroční nárůst příjmů ZFZP

Ukazatel	m.j.	příjmy	z toho			ČKA - pojistné	platby jiného období	„očistěné příjmy“
			pojistné vč. ČKA	příjmy z přerozdělení	sankce vč. ČKA + ost. příjmy			
skutečnost r. 2005	mil. Kč	114 497	77 578	34 070	2 849	1 379	0	110 269
skutečnost r. 2006	mil. Kč	123 963	81 345	41 128	1 489	-1	646	123 120
rozdíl	mil. Kč	9 466	3 767	7 058	xxx	xxx	xxx	12 851

Výsledky hospodaření Pojišťovny v oblasti pojistného byly mezi roky 2005 a 2006 lepší o 12 851 mil. Kč.

Kvantifikace příčin lepšího hospodaření není závislá pouze na změnách popsaných v prvním odstavci (zvýšení platby státu, změna způsobu přerozdělování), ale také na chování ostatních zdravotních pojišťoven, výběru pojistného apod. Odhad vlivu legislativních změn lze modelovat na mechanismu zákonného přerozdělování s těmito výsledky:

Navýšení platby pojistného státem:	6 035 mil. Kč
Vliv změny způsobu přerozdělování:	2 031 mil. Kč
Celkem:	8 066 mil. Kč ²
Ostatní příčiny:	4 775 mil. Kč

Mezi ostatní příčiny patří především:

- zvýšení odvodu pojistného plátcí pojistného (vyšší mzdy, zvýšení minima)
- zlepšený výběr pojistného od plátců pojistného
- řízení krajských poboček Pojišťovny prostřednictvím závazného rozpočtu
- stabilizace kmene pojištěnců Pojišťovny.

Výdaje ZFZP

Největší položku tvoří výdaje za zdravotní péči, které jsou oproti ZPP 2006 vyšší o cca 595,4 mil. Kč a oproti čerpání za zdravotní péči (viz řádek A. II. 1 tabulky ZFZP) vyšší o 6 240,4 mil. Kč. Jedná se tedy o částečné splacení závazků vůči ZZ po lhůtě splatnosti z minulých období.

U ostatních položek se jedná o cash-flow s vazbou na účetní předpis (viz oddíl A. III. tabulky ZFZP).

² Rozdíl mezi součtem odhadu vlivů navýšení platby pojistného státem a změny způsobu přerozdělování, tj. částkou ve výši 8 066 mil. Kč a částkou 7 058 mil. Kč (viz tabulka č. 17) je způsoben výše popsanými platbami z přerozdělování realizovanými v jiném účetním období a mechanismem přerozdělování.

Tabulka č. 18: Základní fond zdravotního pojištění

A. Základní fond zdravotního pojištění (ZFPP)		Rok 2006 ZPP tis. Kč	Rok 2006 skutečnost tis. Kč	% skuteč. 2006/ ZPP 2006
Tvorba a čerpání ve sledovaném období				
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	9 029 370	9 029 370	100,0
II.	Tvorba celkem = zdroje:	129 734 965	130 243 344	100,4
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	82 381 000	82 818 030	100,5
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování +/- podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	41 492 000	41 773 865	100,7
2.1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění po přerozdělování (ř. 1 + ř. 2) podle §§ 20, 21a zák. č. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů a § 1 odst. a) a b) vyhlášky č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů	123 873 000	124 591 895	100,6
3	Penále, pokuty a přírázky k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	4 869 000	4 179 508	85,8
4	Náhrady škod podle § 1 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech	347 000	339 760	97,9
5	Úroky získané hospodařením se ZFPP podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	2 000	1 821	91,1
6	Ostatní pohledávky podle § 1 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech		100 396	
7	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. i) vyhlášky o fondech	453 965	822 598	181,2
8	Převod zůstatku ZFPP v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. j) vyhlášky o fondech			
9	Pohledávky za zahraniční pojišťovnou podle § 1 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech za uhrazenou zdravotní péči zdravotnickým zařízením za cizince na základě mezinárodních smluv	190 000	207 366	109,1
10	Kladné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech			
11	Dar určený dárce pro ZFPP, nebo pokud nebyl dárce určen účel daru, podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech			
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů:	123 387 604	119 796 890	97,1
1	Závazky za zdravotní péči včetně korekcí a revizí a úhrad jiným zdravotním pojišťovnám podle § 1 odst. 4 písm. a), 4 písm. b) a 4 písm. e) vyhlášky o fondech z toho:	117 339 433	113 800 875	97,0
1.1	závazky za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v cizině podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech	90 000	90 285	100,3
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 4 písm. f) vyhlášky o fondech			
3	Předpis přidělů do jiných fondů (3.1 +3.2 +3.3 +3.4)	4 316 741	4 374 838	101,3
	v tom:			
3.1	- do rezervního fondu podle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech	60 605	90 604	149,5
3.2	- do provozního fondu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	4 126 136	4 136 234	100,2
3.3	- do fondu prevence podle § 1 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech	130 000	148 000	113,8
3.4	Mimořádný převod do provozního fondu - pouze Vojenská zdravotní pojišťovna ČR podle § 1 odst. 4 písm. l) vyhlášky o fondech			
4	Předpis příspěvku do zajišťovacího fondu podle § 1 odst. 6 vyhlášky o fondech			
5	Odpis pohledávek podle § 1 odst. 5 vyhlášky o fondech	1 399 495	1 285 769	91,9
6	Závazky vyplývající z poskytnutí zdravotní péče fakturované tuzemskými zdravotnickými zařízeními za cizince, včetně výsledků revize podle § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech	190 000	196 963	103,7
7	Bankovní poplatky za vedení účtu ZFPP a další poplatky podle § 1 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech	141 935	138 432	97,5
8	Záporné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech		13	
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	15 376 731	19 475 824	126,7

TVORBA A ČERPÁNÍ FONDŮ POJIŠŤOVNY

B. Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP)		Rok 2006 ZPP tis. Kč	Rok 2006 skuteč. tis. Kč	% skuteč. 2006/ ZPP 2006
Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 1 odst. 7 vyhlášky o fondech				
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	56 067	56 067	100,0
II.	Příjmy celkem:	124 046 395	123 962 794	99,9
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	80 765 000	81 345 560	100,7
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování +/- podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	41 492 000	41 128 128	99,1
2.1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění po přerozdělování (ř. 1 + ř. 2) podle §§ 20, 21a zák. č. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů a §1 odst. a) a b) vyhlášky č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů	122 257 000	122 473 688	100,2
3	Penále, pokuty a přírázky k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	950 000	1 032 672	108,7
4	Náhrady škody podle § 1 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech	330 000	332 993	100,9
5	Úroky získané hospodařením podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	2 000	1 821	91,1
6	Ostatní příjmy podle § 1 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech		2 006	
7	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. i) vyhlášky o fondech	455 395	32 430	7,1
8	Příjem zůstatku v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. j) vyhlášky o fondech			
9	Příjem od zahraniční pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech za uhrazenou zdravotní péči zdravotnickým zařízením za cizince na základě mezinárodních smluv	52 000	86 823	167,0
10	Kladné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech			
11	Dar určený dárce pro ZFZP, nebo pokud nebyl dárce určen účel daru podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech			
12	Příjem půjček na posílení ZFZP			
13	Příjem úvěrů na posílení ZFZP			
14	Příjem návratných finančních výpomocí na posílení ZFZP			
	Příjem vráceného příspěvku ze Zajišťovacího fondu			
	interní		361	
III.	Výdaje celkem:	124 042 462	123 775 653	99,8
1	Výdaje za zdravotní péči včetně korekcí a revizí a úhrad jiným zdravotním pojišťovnám podle § 1 odst. 4 písm. a), 4 písm. b) a 4 písm. e) vyhlášky o fondech	119 445 822	120 041 242	100,5
	z toho:			
1.1	výdaje za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v cizině podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech	90 000	70 329	78,1
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 4 písm. f) vyhlášky o fondech			
3	Příděly do jiných fondů (3.1 + 3.2 + 3.3 + 3.4)	4 264 705	3 368 216	79,0
	v tom:			
3.1	- do rezervního fondu podle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech			
3.2	- do provozního fondu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	4 095 705	3 223 748	78,7
3.3	- do fondu prevence podle § 1 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech	169 000	144 468	85,5
3.4	Mimořádný převod do provozního fondu - pouze Vojenská zdravotní pojišťovna ČR podle § 1 odst. 4 písm. l) vyhlášky o fondech			
4	Příspěvek do zajišťovacího fondu podle § 1 odst. 6 vyhlášky o fondech			
5	Výdaje za poskytnutou zdravotní péči fakturovanou tuzemským zdravotnickým zařízením za cizince, včetně výsledků revize podle § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech	190 000	218 570	115,0
6	Bankovní poplatky za vedení účtu základního fondu a další poplatky podle § 1 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech	141 935	147 612	104,0
7	Záporné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech		13	
8	Splátky půjček na posílení ZFZP			
9	Splátky úvěrů na posílení ZFZP			
10	Splátky návratných finančních výpomocí na posílení ZFZP			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	60 000	243 208	405,3

C. Specifikace ukazatele B II 1)		Rok 2006 ZPP tis. Kč	Rok 2006 skuteč. tis. Kč	% skuteč. 2006/ ZPP 2006
1	Příjmy z pojistného od zaměstnavatelů	71 879 000	72 915 785	101,4
2	Příjmy z pojistného od osob samostatně výdělečně činných	7 410 835	6 985 114	94,3
3	Příjmy z pojistného od ostatních plátců (osob bez zdanitelných příjmů + případné další platby z veřejného zdravotního pojištění)	1 475 165	1 445 795	98,0
4	Neidentifikovatelné platby od různých typů plátců		-1 134	
5	Součet řádků C ř. 1 až C ř. 4 = B II 1)	80 765 000	81 345 560	100,7

Poznámka: Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 274/2005 Sb.

VZ 2006-ZFZP-2

Doplňující tabulka k údajům zahrnutým v ZFZP oddílu B

Vrácení prostředků za postoupení pohledávek za plátci pojistného v roce 2006		tis. Kč
1	Vrácení prostředků za postoupení pohledávek za plátci pojistného na ČKA odsouhlasené usnesením vlády č. 871 dne 7. 7. 2005, č. 1080/2005 a potvrzené usnesením PSP ČR č. 1872/2005 z toho (tj. z ř. 1):	2 976
1.a	za postoupené pohledávky za pojistným	1 624
1.b	za postoupené pohledávky za příslušenstvím	1 352
1.b.1	z toho: vráceno z BÚ ZFZP	1 352
1.b.2	vráceno z BÚ Fprev	

Poznámka: hodnoty jsou zahrnuty na příslušných řádcích ZFZP části B, v oddílu B II

Komentář k jednotlivým řádkům tabulky o tvorbě a čerpání ZFZP:

Tabulka ZFZP, část A Tvorba a čerpání

- řádek I. – kumulovaný zůstatek ZFZP, vzniklý jako rozdíl mezi tvorbou, tj. nároky fondu, a jeho čerpáním, tj. jeho závazky
- řádek II. – součet řádků 1 až 11
- řádek II. 1, 2 – nároky ZFZP vůči plátcům pojistného (řádek 1) a vůči zvláštnímu účtu pro přerozdělení (řádek 2) za období leden až prosinec 2006
- řádek II. 3 a 4 – nároky ZFZP vzniklé z titulu předepsaného penále, pokut, přírážek z pojistného a náhrad škod
- řádek II. 5 – předpis úroků z běžných účtů ZFZP
- řádek II. 6 – ostatní pohledávky (výnosy z promlčení přeplatků pojistného a penále, dříve odepsaných pohledávek)
- řádek II. 7 – převody z jiných fondů:
 - z RF ve výši 821,6 mil. Kč (791,6 mil. Kč je úsporou provozního fondu roku 2006, 30 mil. Kč z hospodářského výsledku zdanitelných činností po zdanění)
 - 1 mil. Kč z hospodářského výsledku zdanitelných činností po zdanění (sleva na dani)
- řádek II. 9 – částka nárokováná u zahraničních zdravotních pojišťoven za uhrazenou zdravotní péči tuzemským zdravotnickým zařízením za cizince vyplývající z aplikace mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení (CMÚ)
- řádek II. 10 – kladné kurzové rozdíly
- řádek III. – součet řádků III. 1 až III. 8
- řádek III. 1 – předepsaný nárok (fakturace) poskytovatelů zdravotní péče za zdravotní péči poskytnutou v příslušném roce
- řádek III. 1.1 – fakturace za péči poskytnutou pojištěncům Pojišťovny v cizině
- řádek III. 3 – přiděly do jiných fondů – součet řádků 3.1, 3.2, 3.3
- řádek III. 3.1 – předpis nároku rezervního fondu vůči ZFZP za rok 2006
- řádek III. 3.2 – předpis nároku provozního fondu vůči ZFZP za rok 2006
- řádek III. 3.3 – předpis nároku fondu prevence vůči ZFZP za rok 2006
- řádek III. 5 – odpis pohledávek za plátci pojistného vzniklých z titulu pojistného na veřejné zdravotní pojištění, pokut, penále, přírážek k pojistnému, pohledávek za zdravotnickými zařízeními z neoprávněné fakturace a ostatních pohledávek v případech, kdy splňují podmínky pro odpis
- řádek III. 6 – nárok tuzemských poskytovatelů zdravotní péče za ošetření cizinců podle mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení (CMÚ)
- řádek III. 7 – bankovní poplatky a další poplatky (náklady na veřejné datové sítě, poštovné, poplatky za poštovní poukázky)
- řádek III. 8 – záporné kurzové rozdíly
- řádek IV – zůstatek ZFZP k 31. 12. 2006, metodicky stejný jako řádek I., s promítnutím obrátů vzniklých za rok 2006

Tabulka ZFZP, část B – příjmy a výdaje

- řádek I. – zůstatek běžných účtů ZFZP, peněz na cestě a zůstatek hotovosti v pokladnách
- řádek II. 1 – příjmy pojistného na příjmové účty ZFZP připsané na běžné účty Pojišťovny od 1. 1. 2006 do 31. 12. 2006
- řádek II. 2 – příjmy ze zvláštního účtu pro přerozdělení připsané na běžné účty Pojišťovny od 1. 1. 2006 do 31. 12. 2006
- řádek II. 3 – příjmy z titulu pokut, penále a přírážek k pojistnému připsané na běžné účty Pojišťovny od 1. 1. 2006 do 31. 12. 2006
- řádek II. 4 – příjmy z náhrady škody připsané na běžné účty Pojišťovny od 1. 1. 2006 do 31. 12. 2006
- řádek II. 5 – přijaté úroky ze zůstatků na účtech ZFZP
- řádek II. 6 – ostatní příjmy – příjmy z odepsaných pohledávek
- řádek II. 7 – převody z jiných fondů:
 - z RF ve výši 30 mil. Kč
 - 1 mil. Kč z hospodářského výsledku zdanitelných činností po zdanění dle § 20 odst. 7 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů
 - 1,4 mil. Kč odpuštěné penále z ostatní zdaňované činnosti za rok 2005
- řádek II. 9 – příjem úhrad od zahraničních zdravotních pojišťoven za zdravotní péči poskytnutou jejich pojištěncům a uhrazenou Pojišťovnou poskytovatelům na území České republiky na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení (CMÚ)
- řádek II. „Interní“ – saldo interních převodů mezi jednotlivými fondy
- řádek III. – součet řádků III. 1 až III. 10
- řádek III. 1 – výdaje z běžných účtů na úhradu nároků (fakturace) zdravotnických zařízení za poskytnutou zdravotní péči
- řádek III. 1.1 – výdaje z běžných účtů na úhradu fakturace za poskytnutou zdravotní péči za léčení našich pojištěnců v cizině
- řádek III. 3 – výdaje z běžných účtů ZFZP na úhradu nároků příslušných fondů Pojišťovny
- řádek III. 5 – výdaje z běžných účtů ZFZP na úhradu závazků vůči tuzemským zdravotnickým zařízením za péči poskytnutou cizincům na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení (CMÚ)
- řádek III. 6 – výdaje za vedení bankovních účtů ZFZP, poštovné, poštovní poukázky
- řádek III. 7 – záporné kurzové rozdíly
- řádek IV – zůstatek finančních prostředků na běžných účtech ZFZP, peněz na cestě a hotovosti v pokladnách k 31. 12. 2006

Tabulka ZFZP, část C – specifikace ukazatele B II 1

- řádek 1 – příjmy z pojistného od zaměstnavatelů dle účetní skutečnosti sledovaného období
- řádek 2, 3 – příjmy z pojistného od osob samostatně výdělečně činných a příjmy z pojistného od ostatních plátců – rozdělení příjmů z pojistného na OSVČ a OBZP je teoretickým propočtem dle průměrných počtů pojištěnců v těchto kategoriích, minimální výše pojistného a průměrného % nedovýběru pojistného
- řádek 4 – neidentifikovatelné platby od různých typů plátců

Tabulka č. 19: Struktura nákladů na zdravotní péči podle jednotlivých segmentů

	Ukazatel	Rok 2005 skutečnost tis. Kč	Rok 2006 ZPP tis. Kč	Rok 2006 skutečnost tis. Kč	% 06/05 skutečnost	% 06/06 skut./plán
I.	Náklady na zdravotní péči celkem čerpané z oddílu A základního fondu zdravotního pojištění (součet ř. 1 - 10)	111 327 032	117 339 433	113 800 875	102,2	97,0
	v tom:					
1.	na ambulantní péči celkem (zdravotnická zařízení nevyskazující žádný kód ošetřovacího dne, zahrnují se náklady na zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnické prostředky vydané na poukazy)	23 813 046	25 090 000	24 440 011	102,6	97,4
	z toho:					
1.1	na stomatologickou péči (odbornosti 014-015, 019)	5 424 764	5 588 000	5 283 861	97,4	94,6
1.2	na péči praktických lékařů (odbornosti 001, 002)	4 912 579	5 073 000	5 174 150	105,3	102,0
1.3	na gynekologickou péči (odbornosti 603, 604)					
1.4	na rehabilitační péči (odbornost 902 a 918)	955 910	999 000	885 644	92,6	88,7
1.5	na diagnostickou zdravotní péči (odbornosti 222, 801-805, 807, 809, 812-823)	4 140 079	4 168 000	3 964 524	95,8	95,1
1.6	na domácí zdravotní péči (odbornost 925)	707 104	739 000	682 820	96,6	92,4
1.7	na specializovanou ambulantní péči (odbornosti neuvedené v ř. 1.1 - 1.6 a neuvedené v řádku 2)	7 672 610	8 523 000	8 449 012	110,1	99,1
2.	na ústavní péči celkem (zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne, zahrnují se náklady na zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, paušál na léky i případně nasmlouvanou péči ambulantní, stomatologickou a dopravu provozovanou v rámci lůžkového zdravotnického zařízení s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnických prostředků vydaných na poukazy)	54 340 766	58 209 000	59 664 044	109,8	102,5
	v tom:					
2.1	nemocnice	47 518 987	50 750 000	52 026 462	109,5	102,5
2.2	odborné léčebné ústavy (odborné léčebné ústavy s výjimkou zdravotnických zařízení uvedených v řádku 2.3 a 2.4)	3 427 432	3 783 000	3 872 075	113,0	102,4
2.3	léčebny dlouhodobě nemocných (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne 00024)	2 788 386	3 043 000	3 005 207	107,8	98,8
2.4	ošetřovatelská lůžka (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne 00005)	605 961	633 000	760 300	125,5	120,1
3.	Náklady na lázeňskou péči	1 928 093	1 928 093	1 679 003	87,1	87,1
4.	Náklady na péči v ozdravovnách	42 340	42 340	30 075	71,0	71,0
5.	Náklady na dopravu (zahrnuje dopravní zdravotní službu včetně individuální dopravy, nezahrnuje se doprava z ř. 2 a z ř. 1)	978 097	1 021 000	937 817	95,9	91,9
6.	Náklady na zdravotnickou záchranou službu (odbornost 709, zdravotnická zařízení nevyskazující žádný kód ošetřovacího dne)	622 625	755 000	812 505	130,5	107,6
7.	Náklady na léky vydané na recepty celkem:	24 737 355	26 718 000	22 851 398	92,4	85,5
	v tom:					
7.1	předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních (samostatná ambulantní zdravotnická zařízení)	16 303 165	16 988 000	14 691 420	90,1	86,5
7.1.1	z toho: u praktických lékařů					
7.1.2	u specializované ambulantní péče					
7.2	předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních	8 434 190	9 730 000	8 159 978	96,7	83,9
8.	Náklady na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem	3 316 204	3 451 000	3 271 505	98,7	94,8
	v tom:					
8.1	předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních (samostatná ambulantní zdravotnická zařízení)	2 428 697	2 531 000	2 335 647	96,2	92,3
8.2	předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních	887 507	920 000	935 858	105,4	101,7
9.	Náklady na léčení v zahraničí	42 476	90 000	90 285	212,6	100,3
10.	Ostatní náklady na zdravotní péči (které nelze zařadit do předchozích bodů - do vysvětlivek uvést, co zahrnují)	1 506 030	35 000	24 232	1,6	69,2
II.	Náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů	409 868	195 471	185 453	45,2	94,9
III.	Náklady na zdravotní péči celkem (součet ř. I. + ř. II.)	111 736 900	117 534 904	113 986 328	102,0	97,0

Poznámka: Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 274/2005 Sb.

VZ 2006-z.n.dle seg-12

Tabulka č. 20: Struktura nákladů na zdravotní péči podle jednotlivých segmentů v přepočtu na 1 pojištěnce

	Ukazatel	Rok 2005 skutečnost Kč	Rok 2006 ZPP Kč	Rok 2006 skutečnost Kč	% 06/05 skutečnost	% 06/06 skut./plán
I.	Náklady na zdravotní péči celkem čerpané z oddílu A základního fondu zdravotního pojištění (součet ř. 1 - 10)	16 737	17 896	17 303	103,4	96,7
	v tom:					
1.	na ambulantní péči celkem (zdravotnická zařízení nevykazující žádný kód ošetřovacího dne, zahrnují se náklady na zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnické prostředky vydané na poukazy)	3 580	3 827	3 716	103,8	97,1
	z toho:					
1.1	na stomatologickou péči (odbornosti 014-015, 019)	816	852	803	98,5	94,3
1.2	na péči praktických lékařů (odbornosti 001, 002)	739	774	787	106,5	101,6
1.3	na gynekologickou péči (odbornosti 603, 604)					
1.4	na rehabilitační péči (odbornost 902 a 918)	144	152	135	93,7	88,6
1.5	na diagnostickou zdravotní péči (odbornosti 222, 801-805, 807, 809, 812-823)	622	636	603	96,9	94,8
1.6	na domácí zdravotní péči (odbornost 925)	106	113	104	97,7	91,9
1.7	na specializovanou ambulantní péči (odbornosti neuvedené v ř. 1.1 - 1.6 a neuvedené v řádku 2.)	1 153	1 300	1 285	111,4	98,8
2.	na ústavní péči celkem (zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne, zahrnují se náklady na zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, paušál na léky i případně nasmmlouvanou péči ambulantní, stomatologickou a dopravu provozovanou v rámci lůžkového zdravotnického zařízení s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnických prostředků vydaných na poukazy)	8 169	8 878	9 072	111,0	102,2
	v tom:					
2.1	nemocnice	7 144	7 740	7 911	110,7	102,2
2.2	odborné léčebné ústavy (odborné léčebné ústavy s výjimkou zdravotnických zařízení uvedených v řádku 2.3 a 2.4)	515	577	589	114,3	102,0
2.3	léčebny dlouhodobě nemocných (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne 00024)	419	464	457	109,0	98,5
2.4	ošetřovatelská lůžka (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne 00005)	91	97	116	126,9	119,2
3.	Náklady na lázeňskou péči	290	294	255	88,1	86,8
4.	Náklady na péči v ozdravovnách	6	6	5	71,8	76,2
5.	Náklady na dopravu (zahrnuje dopravní zdravotní službu včetně individuální dopravy, nezahrnuje se doprava z ř. 2 a z ř. 1)	147	156	143	97,0	91,4
6.	Náklady na zdravotnickou záchranou službu (odbornost 709, zdravotnická zařízení nevykazující žádný kód ošetřovacího dne)	94	115	124	132,0	107,4
7.	Náklady na léky vydané na recepty celkem:	3 719	4 075	3 475	93,4	85,3
	v tom:					
7.1	předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních (samostatná ambulantní zdravotnická zařízení)	2 451	2 591	2 234	91,1	86,2
7.1.1	z toho: u praktických lékařů					
7.1.2	u specializované ambulantní péče					
7.2	předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních	1 268	1 484	1 241	97,9	83,6
8.	Náklady na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem	499	526	497	99,8	94,6
	v tom:					
8.1	předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních (samostatná ambulantní zdravotnická zařízení)	365	386	355	97,3	92,0
8.2	předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních	133	140	142	106,6	101,6
9.	Náklady na léčení v zahraničí	6	14	14	215,0	98,1
10.	Ostatní náklady na zdravotní péči (které nelze zařadit do předchozích bodů - do vysvětlivek uvést, co zahrnují)	226	5	4	1,6	73,7
II.	Náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů	62	30	28	45,8	94,0
III.	Náklady na zdravotní péči celkem (součet ř. I. + ř. II.)	16 798	17 926	17 332	103,2	96,7

Poznámka: Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 274/2005 Sb.

VZ 2006-z.n.dle seg.na 1 poj.-13

5.1.1 STRUKTURA NÁKLADŮ NA ZDRAVOTNÍ PÉČI V ČLENĚNÍ DLE JEDNOTLIVÝCH SEGMENTŮ

1. Ambulantní péče celkem – v roce 2006 došlo k úspoře nákladů oproti ZPP 2006 o 3 %, což je způsobeno zejména tím, že v řadě segmentů poklesl objem poskytované zdravotní péče pojištěncům Pojišťovny vlivem vyhlášek MZ č. 550/2005 Sb. a 101/2006 Sb.

1.1 Stomatologická péče – skutečné náklady byly dokonce o 5 % nižší než plánované náklady v ZPP 2006, tento segment již několik let neroste. Mírný pokles v období roku 2006 byl způsoben obavami zubních lékařů z případných srážek vzhledem k omezení úhrady na 102 % pro konkrétní zdravotnická zařízení v 1. pololetí 2006.

1.2 Praktičtí lékaři – skutečné náklady v období roku 2006 byly oproti ZPP 2006 překročeny o 2 %. Příčiny tohoto stavu i průběžné nespokojenosti praktických lékařů s úhradami byly následující: Dnem 1. 1. 2006 nabyla účinnosti vyhláška č. 550/2005 Sb., která zásadním způsobem změnila celý systém úhrad výkonů nad rámec kapacity zavedením limitů možného nárůstu těchto úhrad i způsobu jejich výpočtu o 3 %, resp. 5 % proti hodnotě těchto úhrad a množství ošetřených pojištěnců v referenčním období. Současně ale nabyla účinnosti vyhláška č. 493/2005 Sb. (SZV), která podstatně navýšila hodnotu práce lékařů a tím i bodové hodnoty výkonů, jejichž nositelem byl lékař, a to v průměru o cca 40 % (při zohlednění struktury těchto výkonů vykazovaných PL o cca 30 %).

Faktury na platby, které praktičtí lékaři předkládali, vycházely z těchto navýšených bodových hodnot (ani jinak nemohly, protože platný SZV byl součástí všech informačních systémů). Pojišťovna zvažovala způsoby zajištění realizace zásadní změny úhrad praktickým lékařům spočívající v nově zavedené celkové limitaci úhrad, která měla předejít jejich prudkému navýšení vlivem změn v SZV. K tomu je dále nutno konstatovat, že vyhláška č. 550/2005 Sb. obsahovala také nejasnosti a působila výkladové problémy. To vedlo k jednáním Pojišťovny s MZ, která vyústila v přijetí opatření částečně eliminujících uvedené negativní faktory mj. stanovením odlišného režimu limitace úhrad pro výkonové hrazené preventivní prohlídky a očkování. Hlavní podstata problému tím však zůstala nezměněna. Všechna tato jednání navíc probíhala již v období, kdy průběžně zdravotnická zařízení fakturovala poskytnutou péči a Pojišťovna ji byla povinna hradit. S ohledem na nemožnost určit předem konkrétní hodnoty předběžných úhrad odpovídajících limitům stanoveným vyhláškou č. 550/2005 Sb. (resp. obsažených v dodatcích smluv s praktickými lékaři, o kterých se také ještě průběžně jednalo), bylo jediným řešením provést limitaci a vyúčtování úhrad až po ukončení 1. pololetí 2006. Tato nutnost vyplývala zejména z vlastností IS, jehož přeprogramování v návaznosti na zásadní změny podmínek, ke kterým došlo, vyžadovala několikaměsíční lhůtu. Kromě toho docházelo v průběhu 1. pololetí 2006 stále ke změnám týkajících se úhrad (změna úhrad výkonů prevence a očkování, která byla v březnu 2006 zahrnuta do vyhlášky č. 101/2006 Sb., vydání dodatku smlouvy s praktickými lékaři pro 1. pololetí 2006 až 4. 7. 2006 apod.), které by vyžadovaly další změny v IS.

Operativní opatření Ústředí Pojišťovny spočívala v informačních akcích zaměřených na praktické lékaře, aby si byli vědomi toho, že jejich měsíčně předkládané fakturace jsou omezeny pro 1. pololetí maximální možnou úhradou stanovenou právním předpisem a že toto vyúčtování bude a může být provedeno až po uplynutí tohoto období. Ve stejném duchu informovala své členy i sdružení praktických lékařů. Doporučení z obou těchto stran směřovalo k tomu, aby praktičtí lékaři buď počítali s tím, že budou část poukázaných plateb vracet, či aby této situaci předešli dobrovolným snížením fakturace. Řada lékařů se takto chovala, mnozí však tato upozornění nebrali na zřetel a pozdější vyúčtování je zaskočilo a vyvolalo protesty.

Situace ve 2. pololetí roku 2006 a komentář k výsledné bilanci:

Pro 2. pololetí roku 2006 nebyla vydána úhradová vyhláška, ani neexistovala s praktickými lékaři dohoda z DŘ. Na základě doporučení MZ, v souladu se ZPP 2006 i s usnesením SR, Pojišťovna lékařům navrhovala, aby se úhrady řídily, stejně jako ve 2. čtvrtletí 2006, vyhláškou č. 550/2005 Sb. ve znění vyhlášky č. 101/2006 Sb. V průběhu 2. pololetí 2006 proběhla jednání, vč. jednání na MZ, která vyústila v dohodu uzavřenou mezi zástupci lékařů a Pojišťovnou o narovnání regulací úhrad 1. pololetí 2006 vyplacením bonifikací do výše ZPP 2006.

1.3 Gynekologická péče – v roce 2007 bude poprvé tato část ambulantní specializované péče vyčleněna. Nejsou proto k dispozici časové řady pro porovnání výše nákladů.

1.4 Rehabilitační péče – relativně vysoká úspora (11 %) oproti ZPP 2006 je dána skutečností, že rehabilitační péče jako vyžádaná péče byla předepisujícími lékaři z obavy před regulacemi významně omezena.

1.5 Diagnostická zdravotní péče – ze stejného důvodu jako v předchozím případě skutečné náklady v tomto segmentu byly o 5 % nižší, než předpokládal ZPP 2006.

1.6 Domácí zdravotní péče – jedná se o péči vyžádanou, k úspoře nákladů ve výši 8 % oproti ZPP 2006 proto došlo z obav předepisujících lékařů z regulací.

1.7 Specializovaná ambulantní péče – v tomto segmentu se potvrdily odhady chování poskytovatelů a prováděné modelace. Částka skutečných nákladů téměř dosáhla plánované výše (nižší o necelé 1 %).

2. Ústavní péče – náklady na ústavní péči oproti předcházejícímu roku významně vzrostly. Příčiny jsou rozebrány v následujících odstavcích.

2.1 Lůžková zdravotnická zařízení – akutní péče

Na nárůstu nákladů se podílely hlavně tyto vlivy:

- Vyhláška MZ č. 550/2005 Sb., resp. vyhláška MZ č. 550/2005 Sb. ve znění vyhlášky MZ č. 101/2006 Sb. stanovila pro 1. pololetí 2006 realizovat úhradu ve výši cca 103,2 % celkové úhrady referenčního období, kterým je 1. pololetí 2005. Toto navýšení prezentovalo za 1. pololetí 2006 nárůst ve výši cca 890 mil. Kč, tj. 1,87 % z celkového nárůstu.

- Pojišťovna byla dle příslušných vyhlášek povinna navýšit paušální úhradu v případě, že došlo k nárůstu nákladné péče. K tomuto zohlednění došlo za 1. pololetí 2006 u 45 nemocnic v celkové výši cca 340 mil. Kč, tj. 0,72 % z celkového nárůstu.
- Pojišťovna v roce 2006 realizovala doplatek za nárůst nákladné péče poskytnuté ve 2. pololetí 2005. Tento doplatek se týkal 66 nemocnic ve výši cca 470 mil. Kč, tj. 0,99 % z celkového nárůstu.
- V důsledku převedení zvlášť účtovaných léčiv nakupovaných v roce 2005 tzv. centrálním nákupem došlo k nárůstu paušálních úhrad o 320 mil. Kč, tj. 0,67 % z celkového nárůstu.
- Pojišťovna teprve v roce 2006 provedla konečné vyúčtování nemocnic, které byly v roce 2004 a 2005 hrazeny kombinovaným způsobem s 10% podílem DRG. Tento doplatek činil cca 80 mil. Kč, tj. 0,17 % z celkového nárůstu.
- Ve 2. pololetí 2006, vzhledem k absenci právního předpisu stanovujícího ve vazbě na DŘ k cenám hodnoty bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění pro 2. pololetí roku 2006, byla úhrada zdravotní péče realizována podle usnesení Správní rady Pojišťovny ze dne 26. června 2006. V důsledku toho vyplatila Pojišťovna na zálohách cca o 4,1 % více oproti 2. pololetí 2005, ve finančním vyjádření se jedná o cca 1 210 mil. Kč, tj. 2,55 % z celkového nárůstu.
- Náklady za nové kapacity nasmlouvané v roce 2006, popř. v roce 2005, které byly finančně vypořádány až v roce 2006, činily cca 380 mil. Kč, tj. 0,8 % z celkového nárůstu.
- Zálohy pro 2. pololetí 2006 byly k 1. 8. 2006 navýšeny v souladu s vyhláškou MZ č. 368/2006 Sb., kterou se měnila vyhláška MZ č. 532/2005 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely, ve znění vyhlášky č. 37/2006 Sb., o úhradě za léčiva poskytnutá od 1. 8. 2006 do 31. 8. 2006, která byla do 31. 7. 2006 předepisována na recepty a od 1. 8. 2006 byla převedena do režimu ZULP, a to:
 - o léčiva, která neměla vazbu na žádné centrum, ve výši cca 550 mil. Kč, tj. 1,16 % z celkového nárůstu
 - o léčiva, která mohla vykazovat pouze vybraná centra jako ZULP, ve výši 510 mil. Kč, tj. 1,07 % z celkového nárůstu.

Navýšení záloh dle posledního bodu pak má hlavní vliv na překročení nákladů oproti ZPP pro rok 2006.

2.2 Odborné léčebné ústavy

Nárůst nákladů v odborných léčebných ústavech byl dán tím, že Pojišťovna:

- v roce 2006 uhradila část zdravotní lůžkové péče poskytnuté v roce 2005, která nebyla uhrazena z titulu nenaplnění předepsaného personálního vybavení (daného platným seznamem zdravotních výkonů) v plném rozsahu. Konkrétně počty OD, které přesáhly Pojišťovnou povolenou toleranci 25 %, byly uhrazeny technickým přepočtem v hodnotě OD 00005 za podmínky, že odborný léčebný ústav splnil podmínky pro takovou úhradu
- v roce 2006 uhradila nasmlouvanou, vykázanou a uznanou zdravotní péči poskytnutou ambulantně ošetřeným pojištěncům a zdravotní dopravu v roce 2005, a to výkonovým způsobem s hodnotou bodu 1,– Kč
- navýšila zálohy pro rok 2006 z titulu realizovaného doplatku za rok 2005
- navýšila zálohy s ohledem na skutečnost, že řada odborných léčebných ústavů si doplnila požadované personální vybavení; základem pro úpravu záloh byly přepočtené úhrady za rok 2005 na aktuální personální vybavení.

2.3 Léčebny dlouhodobě nemocných

Co se týče nárůstu nákladů v léčebnách dlouhodobě nemocných, působily zde stejné faktory jako v případě odborných léčebných ústavů, tj. Pojišťovna:

- v roce 2006 uhradila část zdravotní lůžkové péče poskytnuté v roce 2005, která nebyla uhrazena z titulu nenaplnění předepsaného personálního vybavení (daného platným seznamem zdravotních výkonů) v plném rozsahu. Konkrétně počty OD, které přesáhly Pojišťovnou povolenou toleranci 25 %, byly uhrazeny technickým přepočtem v hodnotě OD 00005, za podmínky, že léčebna dlouhodobě nemocných splnila podmínky pro takovou úhradu
- navýšila zálohy pro rok 2006 z titulu realizovaného doplatku za rok 2005
- navýšila zálohy s ohledem na skutečnost, že řada léčených dlouhodobě nemocných si doplnila požadované personální vybavení; základem pro úpravu záloh byly přepočtené úhrady za rok 2005 na aktuální personální vybavení.

2.4 Ošetrovatelská lůžka

Vyšší čerpání bylo částečně zapříčiněno tím, že na základě nenaplnění předepsaného personálního vybavení (daného platným seznamem zdravotních výkonů) v plném rozsahu část léčených dlouhodobě nemocných přesmlouvala po dohodě s Pojišťovnou kód vykazovaného ošetrovacího dne z 00024 na 00005, a tím se dostala z kategorie léčebny dlouhodobě nemocných do kategorie zdravotnického zařízení vykazujícího kód ošetrovací den určený pro ošetrovatelská lůžka.

Na celkový nárůst má vliv i vznik nového hospice (náklady za zdravotní péči poskytovanou ve zdravotnickém zařízení typu hospic jsou uváděny u ošetrovatelských lůžek).

3. Lázeňská péče – náklady na lázeňskou péči potvrdily trend dosahovaný již několik minulých let – pokles o 13 % oproti předchozímu roku, úspora oproti ZPP 2006. Pokles plateb za lázeňskou péči je dán dlouhodobým poklesem počtu odléčených pojištěnců Pojišťovny v lázeňských zařízeních České republiky. Tento trend je patrný při dlouhodobém sledování již od roku 1997. Průměrný pokles počtu odléčených pojištěnců Pojišťovny činil v letech 1997-2005 ročně 2,8 %, v roce 2006 dosáhl pokles 13 %.

Důvody tohoto sestupného trendu jsou multifaktoriální a v zásadě je lze shrnout do následujících sfér vlivu na počet odléčených klientů:

- pokroky v lékařství – v medicíně jsou průběžně uplatňovány stále nové a moderní léčebné metody, jejichž výsledky nepodmiňují indikaci k návrhu na lázeňskou péči ze strany indikujících lékařů specialistů či praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost
- praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost (navrhující lékař) – mimo výše uvedeného odborného hlediska se zde uplatňují obavy, i když neopodstatněné a neodůvodněné, z vlivů regulačních omezení úhrad daných vyhláškami MZ č. 550/2005

Sb. a č. 101/2006 Sb. Toto hledisko se nejvíce projevilo právě v roce 2006 a dle našeho názoru je hlavním důvodem výsledku v roce 2006

- I revizní lékař – lázeňská péče je poskytována a hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, a prováděcí vyhlášky MZ k tomuto zákonu č. 58/1997 Sb. – Indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost. Důsledným dodržováním díkce těchto právních předpisů dochází ke snížení počtu odléčených pacientů, při dodržování medicínských kritérií. Citovaná vyhláška zároveň určuje i délku ošetrovací doby lázeňské péče
- I vlivy postoje klientů k lázeňské péči – především u střední a mladší generace je patrný spíše odmítavý postoj k lázeňské péči, např. z důvodů obavy ze ztráty zaměstnání, ekonomických a rodinných důvodů.

4. Ozdravenská péče – v segmentu ozdravenské péče je v dlouhodobém vývoji patrný trvalý pokles počtu odléčených dětských pojištěnců, který trvá od roku 1996. V roce 2006 náklady v tomto segmentu oproti ZPP 2006 poklesly. Tento trend je dán mnoha faktory:

- I především pokroky v medicíně, kdy jsou průběžně uplatňovány nové metody, které nepodmiňují indikaci k ozdravenskému pobytu
- I svůj dlouhodobý vliv má i zlepšování životního prostředí, které rovněž snižuje množství indikací
- I ne nepodstatný vliv má i přístup indikujících lékařů, revizních lékařů Pojišťovny
- I v neposlední řadě jsou to i ekonomické a sociální podmínky rodiny
- I svůj podíl má i populační vývoj v ČR
- I dochází k snižování počtu zařízení dětské ozdravenské péče z výše uvedených důvodů, ale i vlivem nastavení úhrad této péče.

5. Doprava – náklady na dopravu v souladu s obecným trendem oproti skutečnosti roku 2005 klesly o 4 % a nedosáhly ani částky předpokládané ZPP 2006 (o 8 %). Nutno ovšem poznamenat, že s ohledem na komplikovanost úhrad v roce 2006 neproběhlo ještě konečné vyúčtování.

6. Zdravotnická záchranná služba – relativně vysoké překročení plánu (o 8 %) je způsobeno přesunem poskytování zdravotní péče lékařskou službou první pomoci na ZZS, dále přesunem z DRNR. Je patrný i vliv nového seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Jedná se o segment, v němž nebyla omezena výše úhrady.

7. Léky a léčivé prostředky – náklady na léky a léčivé prostředky na recepty poklesly proti skutečnosti roku 2005 o 8 % a nedosáhly hodnot předpokládaných ZPP pro rok 2006 (úspora ve výši 14 %).

Pokles byl způsoben především:

- I zavedením snížené marže lékáren a distributorů k 1. 1. 2006 z 32 % na 29 %
- I následnou změnou úhrad léčiv k 1. 4. 2006
- I vyřazením všech neregistrovaných indikací z úhrad (úpravou preskripčních omezení „P“) k 1. 1. 2006
- I snížením maximálních cen k 1. 7. 2006
- I zavedením degresivní marže k 1. 8. 2006 a současně i změnou úhrad léčiv
- I převedením léčivých přípravků s limitem X, Z hrazených na recept do úhrad formou ZULP od 1. 8. 2006
- I regulačními opatřeními obsaženými ve vyhláškách MZ 550/2005 Sb. a 101/2006 Sb. pro rok 2006.

Z největší části ovlivnilo čerpání nákladů za léky na předpis právě převedení značného počtu drahých léčiv s limitem X a Z do režimu ZULP. Podstatnou roli sehrály také fungující regulační mechanismy, které ovlivnily chování poskytovatelů, speciálně v 1. čtvrtletí 2006. Poskytovatelé z obavy před tvrdými regulačními sankcemi výrazně omezili preskripci.

V roce 2007 budou náklady na léky vydané na recepty předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních rozčleněny na léky předepsané praktickými lékaři a specialisty.

8. Náklady za zdravotnické prostředky na poukaz za rok 2006 jsou nižší, než se předpokládalo a zůstávají prakticky na úrovni roku 2005. Důvodem je účelové chování poskytovatelů, kteří především v 1. čtvrtletí 2006 z obavy před tvrdými regulačními sankcemi omezili předepisování nákladných zdravotnických prostředků. Nejvyšší podíl nákladů byl čerpán na prostředky pro inkontinenci, zdravotnické prostředky pro diabetiky a pomůcky stomické. U diabetických zdravotnických prostředků způsobily nárůst nákladů především výdaje za testovací proužky ke glukometrům (proti roku 2005 nárůst o 21 %), které ovlivnila novela zákona č. 48/1997 Sb., umožňující zvýšení počtu předepisovaných testovacích proužků. V sortimentu výrobků zvlášť účtovaného materiálu byly opět vynaloženy největší náklady na skupiny kardiostimulátorů, kardiovertrů a stentů. Pozitivní vliv na úhrady zdravotnických prostředků měla vnitřní kategorizace další skupiny zdravotnických prostředků předepisovaných na Poukaz – 01 Obvazový materiál.

9. Náklady na léčení v zahraničí se zdvojnásobily oproti roku předcházejícímu. Důvodem nárůstu je postupné seznamování občanů České republiky se systémem poskytování zdravotní péče v rámci Evropské unie a postupné zvyšování využívání možností tímto systémem daných.

TVORBA A ČERPÁNÍ FONDŮ POJIŠTOVNY

Tabulka č. 21 (interní): Náklady lázeňské péče dle hlavních indikačních skupin onemocnění a typů lázeňské péče (komplexní, příspěvková) v roce 2006

Indikační skupina		Počet pacientů 2006	Počet pac. v % 2006	Počet pacientů 2005	Index 06/05	Náklady v tis. Kč 2006	Podíl nákl. v % 2006	Náklady v tis. Kč 2005	Index 06/05
A		B	C	D	E	F	G	H	I
Komplexní lázeňská péče - dospělí pacienti									
VII	Nemoci pohybového ústrojí	27 026	47,1	30 668	0,88	622 033	47,3	709 221	0,88
II	Nemoci oběhového ústrojí	9 587	16,7	11 894	0,81	222 646	16,9	274 845	0,81
VI	Nemoci nervové	8 376	14,6	9 484	0,88	203 342	15,5	229 942	0,88
V	Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	4 117	7,2	4 799	0,86	106 784	8,1	123 899	0,86
IV	Nemoci z poruch vým. látkové a žláz s vn. sekr.	1 843	3,2	2 347	0,79	23 907	1,8	30 824	0,78
I	Nemoci onkologické	1 561	2,7	1 626	0,96	31 732	2,4	32 867	0,97
III	Nemoci trávicího ústrojí	1 313	2,3	1 675	0,78	24 154	1,8	30 581	0,79
XI	Nemoci ženské	1 270	2,2	1 730	0,73	29 710	2,3	40 332	0,74
IX	Duševní poruchy	910	1,6	1 003	0,91	19 082	1,5	21 246	0,90
X	Nemoci kožní	805	1,4	956	0,84	19 954	1,5	24 057	0,83
VIII	Nemoci močového ústrojí	554	1,0	710	0,78	10 729	0,8	13 328	0,80
	Celkem	57 362	100,0	66 892	0,86	1 314 073	100,0	1 531 142	0,86

Příspěvková lázeňská péče - dospělí pacienti									
VII	Nemoci pohybového ústrojí	7 628	72,1	8 355	0,91	65 215	70,9	71 885	0,91
II	Nemoci oběhového ústrojí	836	7,9	987	0,85	8 349	9,1	9 861	0,85
VI	Nemoci nervové	783	7,4	727	1,08	7 156	7,8	6 639	1,08
V	Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	484	4,6	516	0,94	4 023	4,4	4 269	0,94
III	Nemoci trávicího ústrojí	286	2,7	374	0,76	2 230	2,4	2 933	0,76
I	Nemoci onkologické	140	1,3	141	0,99	1 304	1,4	1 333	0,98
IV	Nemoci z poruch vým. látkové a žláz s vn. sekr.	134	1,3	148	0,91	1 070	1,2	1 159	0,92
IX	Duševní poruchy	91	0,9	96	0,95	619	0,7	658	0,94
XI	Nemoci ženské	89	0,8	96	0,93	1 007	1,1	1 072	0,94
VIII	Nemoci močového ústrojí	56	0,5	69	0,81	475	0,5	580	0,82
X	Nemoci kožní	48	0,5	55	0,87	506	0,6	606	0,83
	Celkem	10 575	100,0	11 564	0,91	91 954	100,0	100 995	0,91

Komplexní lázeňská péče - děti a dorost									
XXV	Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	2 446	36,4	2 810	0,87	89 152	36,3	100 303	0,89
XXVI	Nemoci nervové	1 261	18,8	1 361	0,93	59 443	24,2	63 597	0,93
XXIV	Nemoci z poruch vým. látkové a žláz s vn. sekr.	804	12,0	1 096	0,73	25 122	10,2	33 974	0,74
XXVII	Nemoci pohybového ústrojí	798	11,9	901	0,89	30 939	12,6	34 400	0,90
XXXI	Nemoci gynekologické	773	11,5	1 024	0,75	20 321	8,3	26 819	0,76
XXVIII	Nemoci ledvin a cest močových	221	3,3	271	0,82	6 805	2,8	8 408	0,81
XXX	Nemoci kožní	219	3,3	289	0,76	8 069	3,3	10 686	0,76
XXIII	Nemoci trávicího ústrojí	114	1,7	156	0,73	2 862	1,2	4 043	0,71
XXII	Nemoci oběhového ústrojí	61	0,9	79	0,77	1 738	0,7	2 286	0,76
XXI	Nemoci onkologické	21	0,3	10	2,10	1 179	0,5	542	2,18
XXIX	Nemoci duševní	5	0,1	1	5,00	167	0,1	34	4,91
	Celkem	6 723	100,0	7 998	0,84	245 797	100,0	285 092	0,86

Příspěvková lázeňská péče - děti a dorost									
XXVII	Nemoci pohybového ústrojí	32	57,1	27	1,19	663	56,6	495	1,34
XXVI	Nemoci nervové	20	35,7	36	0,56	467	39,9	688	0,68
XXV	Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí	3	5,4	4	0,75	32	2,7	36	0,89
XXXI	Nemoci gynekologické	1	1,8	0		9	0,8	0	
XXII	Nemoci oběhového ústrojí	0	0,0	1	0,00	0	0,0	9	0,00
XXX	Nemoci kožní	0	0,0	1	0,00	0	0,0	8	0,00
	Celkem	56	100,0	69	0,81	1 171	100,0	1 236	0,95
	Úhrnem	74 716		86 523	0,86	1 652 995		1 918 465	0,86

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

Přestože náklady v absolutním vyjádření oproti roku 2005 rostly jen velmi mírně, náklady na zdravotní péči vyjádřené na 1 pojištěnce se vyvíjely v závislosti na klesajícím počtu pojištěnců poněkud odlišně. Důvodem jsou zejména úhradové mechanismy, které v některých segmentech poskytovatelů zdravotní péče na počet odléčených pacientů reagují jen velmi zvolna.

Pokles nákladů se projevuje zejména v segmentech léků na recepty a zdravotnických prostředků na poukazy, v ambulantních segmentech vyjma praktických lékařů a specialistů, lůžkové péče (dlouhodobý trend) a dopravy. Naopak relativně strmý růst nákladů na jednoho pojištěnce je patrný v oblasti nákladů na ústavní péči. Zde je to však způsobeno příčinami podrobně vysvětlenými v předchozí kapitole.

5.1.3 VÝVOJ NÁKLADŮ NA LÉČENÍ CIZINCŮ V ČR

Vstup České republiky do Evropské unie a z toho vyplývající možnost volného pohybu osob s sebou přináší i stálý nárůst počtu pojištěnců ze zemí EU, EHP a Švýcarska ošetřených v České republice. Tento trend pokračoval i v roce 2006. Počet ošetřených, a s tím i související náklady, které Pojišťovna výpomocně uhradila českým zdravotnickým zařízením, vzrostl nejen oproti roku 2005, ale překročil i předpoklad dle zdravotně-pojistného plánu. Nárůst nelze ze strany Pojišťovny ovlivnit. K 1. dubnu 2006 přibylo ke státům aplikujícím evropská koordinační nařízení sociálního zabezpečení Švýcarsko. Na uvedeném nárůstu se podílí také skutečnost, že zdravotnická zařízení naprostou většinu případů vykazují Pojišťovně, která je povinna jim tuto péči uhradit a následně ji prostřednictvím CMÚ účtuje do zahraničí. Ostatní české zdravotní pojišťovny se podílejí na výpomocných úhradách minimálně (dle statistiky CMÚ v roce 2006 pouze 19,48 %). Většina zahraničních zdravotních pojišťoven průběžně v rozmezí 1-2 let náklady za péči svých pojištěnců uhradí.

Tabulka č. 22: Vývoj nákladů na léčení cizinců v ČR

	Ukazatel	Měrná jednotka	Rok 2005 skutečnost	Rok 2006 skutečnost	% 2006/2005 skutečnost
1.	Náklady na léčení cizinců v ČR	tis. Kč	174 808	196 963	1,13
2.	Počet ošetřených cizinců	počet	31 969	40 991	1,28
3.	Průměrné náklady na 1 ošetřeného cizince	Kč	5 468	4 805	0,88

Poznámka: Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 274/2005 Sb.

VZ 2006-léč.ciz.-14

5.2 PROVOZNÍ FOND

Tvorba fondu celkem, tj. předpis přidělu ze ZFZP + dodatečné zdroje vztahující se k fondu (viz tabulka fondu, část A.II., řádek 4, 6, 7, 10 a 11) představuje výši 4 180,8 mil. Kč. Tvorba a nakládání s provozním fondem v průběhu roku 2006 respektovaly vyhlášku MF č. 418/2003 Sb.³ v platném znění.

Dosažená skutečnost umožňovala Pojišťovně převést v roce 2006 do fondu 4 136 mil. Kč (základní přiděl). Limit vychází ze skutečných příjmů Pojišťovny v roce 2006, tj. z částky 123 839 mil. Kč násobené koeficientem 0,0334. Pojišťovna tak mohla využít na pokrytí svých provozních nákladů maximálně 3,34 % z přijatého veřejného zdravotního pojištění po přerozdělení, z pokut, penále, přírůžek k pojistnému a náhrad škod. Ve skutečnosti však tato výše nebyla vyčerpána a na krytí provozních potřeb Pojišťovna skutečně vynaložila pouze 2,74 %.

Dodatečné zdroje PF Pojišťovny v roce 2006 dosáhly výše 44,6 mil. Kč, což je oproti plánu o 11,2 mil. Kč méně. Rozhodující vliv na to, že plán nebyl naplněn, mělo posunutí plánovaného prodeje budov v Přešticích, Jičíně, Svitavách a Domažlicích. Z tohoto důvodu dosáhly pohledávky z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku výše pouze 744 tis. Kč. Pohledávky (výnosy) z uplatnění náhrad škod, ze smluvních pokut a úroků z prodlení, storna penalizačních faktur, za zaměstnanci z titulu vyúčtování podílů na závodním stravování a ostatních služeb představovaly výši 14,1 mil. Kč, přičemž se oproti plánu snížily o 6,3 %. Pohledávky za vedení Centrálního registru pojištěnců, Informačního centra zdravotního pojištění a Kapitačního centra a dále za vynaložené prostředky spojené s tvorbou a distribucí metodik, tiskopisů a číselníků vydávaných pro zajištění jednotných postupů zúčtování zdravotní péče, léčiv, zdravotních pomůcek a dalších potřeb se zvýšily oproti plánu celkem o 43,2 % na 29,4 mil. Kč.

Čerpání fondu pro rok 2006 bylo plánováno ve výši 3 729 mil. Kč. Skutečné čerpání fondu dosáhlo pouze 3 389 mil. Kč. Čerpání se oproti původním předpokladům celkově snížilo o 9,1 %.

Čerpání mzdových prostředků, včetně ostatních osobních nákladů roku 2006, představuje proti plánu pokles o 0,1 %. Proti skutečnosti roku 2005 dochází v těchto položkách v roce 2006 k nárůstu celkem o 6,4 %. Odměny SR, DR a Rozhodčímu orgánu Pojišťovny byly čerpány ve výši 87,0 % ročního plánu, a to z důvodu snížení počtu členů DR Pojišťovny v průběhu roku.

Položka pokuty a penále byla oproti plánu čerpána ve výši 91,5 %, avšak v porovnání s předchozím rokem vykazuje nárůst o 53,4 mil. Kč.

Trendy úspor vykazovaly i ostatní položky zahrnuté do snižování zdrojů PF, přičemž u podílu odpisů hmotného a nehmotného majetku vztaheného k PF došlo k poklesu o 10,6 %. Meziročně podíl odpisů hmotného a nehmotného majetku vztaheného k PF klesl o 8,0 %, když hlavním důvodem bylo nižší pořízení majetku (v důsledku nucené správy) než v předchozích letech a rovněž i účetní doodepsání evidovaného dlouhodobého majetku. U položky úhrad za služby Centra mezistátních úhrad došlo oproti ZPP 2006 k nižšímu čerpání o 33,1 % (snížení poplatků z důvodu celkové úspory systému v roce 2005), avšak o 2,1 % více proti skutečnosti roku 2005.

Ostatní závazky, zahrnující širokou škálu různorodých nákladových položek, poklesly oproti plánu o 22,5 %, meziroční pokles čerpání provozního fondu oproti roku 2005 činí 19,1 %. V této položce byly již při tvorbě plánu výrazně utlumeny některé aktivity (časopis Pohoda, reklama a propagace, akce KLIENT, outsourcing vozidel atd.). Nižší čerpání oproti plánu bylo způsobeno úsporným chováním Pojišťovny ve všech organizačních složkách a rovněž plným nečerpáním položky „Škody a sankce“, která byla naplánována v důsledku nákladů vyplývajících z ukončení (nebo utlumení) některých smluvních vztahů nuceným správcem. Příděl do sociálního fondu byl čerpán v plánované výši.

Vzhledem k tomu, že Pojišťovna uspořila na plánovaných provozních nákladech a v důsledku vyšších příjmů se zvýšil základní přiděl do fondu, se současně zvýšilo i nedočerpání limitu (vznikla úspora) z původně plánovaných 453 mil. Kč na 791,6 mil. Kč. Tyto prostředky byly účetně převedeny prostřednictvím rezervního fondu do základního fondu a fakticky posloužily k urychlení splacení závazků po lhůtě splatnosti.

³ Vyhláška MF č. 418/2003 Sb. v platném znění, kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu.

Tabulka č. 23: Provozní fond

A.	Provozní fond (PF)	Rok 2006 ZPP tis. Kč	Rok 2006 skutečnost tis. Kč	% skuteč. 2006/ ZPP 2006
	Tvorba a čerpání ve sledovaném období			
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	0	0	
II.	Tvorba celkem = zdroje:	4 181 914	4 180 842	100,0
1	Předpis přidělu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech ze základního fondu zdravotního pojištění, stanovený podle § 7 odst. 1 a 2 vyhlášky o fondech	4 126 136	4 136 234	100,2
2	Předpis přidělu z fondu reprodukce majetku ve výši schválené Správní radou podle § 3 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
3	Předpis převodu prostředků PF v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 3 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			
4	Pohledávka z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku podle § 3 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech	20 000	744	3,7
5	Předpis mimořádného přidělu Vojenské zdravotní pojišťovny ČR převodem ze základního fondu zdravotního pojištění			
6	Předpis úroků vztahujících se k PF podle § 3 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech	278	236	84,9
7	Předpis smluvních pokut z porušení smluvního vztahu ke zdravotnickým zařízením podle § 3 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech		214	
8	Kladné rozdíly z ocenění cenných papírů pořízených z PF na reálnou hodnotu podle § 3 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech			
9	Kladné kurzové rozdíly související s PF podle § 3 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
10	Ostatní pohledávky vztahující se k PF podle § 3 odst. 2 písm. j) vyhlášky o fondech	15 000	14 053	93,7
11	Pohledávky Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR podle § 3 odst. 3 vyhlášky o fondech	20 500	29 361	143,2
12	Předpis daru určeného výlučně pro PF podle § 3 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
13	Zisk z prodeje cenných papírů PF podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
14	Zisk z držby cenných papírů z PF podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů:	4 181 914	4 180 842	100,0
1	Členění závazků zdravotní pojišťovny v oblasti provozní činnosti - podle § 3 vyhlášky o fondech	3 695 304	3 360 801	90,9
1.1	v tom: mzdy bez ostatních osobních nákladů	1 422 228	1 422 098	100,0
1.2	ostatní osobní náklady	16 774	15 298	91,2
1.3	pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění	129 510	129 451	100,0
1.4	pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení	374 141	374 067	100,0
1.5	odměny členům správní, dozorčí rady a rozhodčímu orgánu	5 387	4 684	87,0
1.6	úroky			
1.7	podíl úhrad za služby Centra mezistátních úhrad	6 400	4 279	66,9
1.8	podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za služby Informačního centra			
1.9	podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za vedení centrálního registru			
1.10	záporné kurzové rozdíly související s PF		28	
1.11	úhrady poplatků	718	613	85,4
1.12	závazky k úhradě pokut a penále podle § 3 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	95 140	87 023	91,5
1.13	úhrada zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora zaměstnanecké zdravotní pojišťovny podle § 3 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech			
1.14	prostředky vynaložené zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou na nákup metodik od VZP ČR podle § 3 odst. 3) vyhlášky o fondech			
1.15	podíl odpisů hmotného a nehmotného majetku vztahený k PF	405 072	362 200	89,4
1.16	ostatní závazky	1 239 934	961 060	77,5
2	Předpis zákonné výše přidělu do sociálního fondu podle § 3 odst. 4 písm. b) a podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	28 445	28 442	100,0
3	Předpis přidělu do základního fondu zdravotního pojištění podle § 3 odst. 4 písm. c) a podle § 2 odst. 5 vyhlášky o fondech		791 598	
4	Předpis přidělu do fondu reprodukce majetku podle § 3 odst. 4 písm. d) vyhlášky o fondech			
5	Předpis přidělu do základního fondu zdravotního pojištění podle rozhodnutí správní rady podle § 3 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech	452 965		
6	Předpis přidělu do fondu reprodukce majetku ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou podle § 3 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech	5 200	1	0,0
7	Záporné rozdíly z ocenění cenných papírů pořízených z prostředků PF na reálnou hodnotu podle § 3 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech			
8	Ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků PF podle § 2 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	0	0	

TVORBA A ČERPÁNÍ FONDŮ POJIŠŤOVNY

B.	Provozní fond (PF)	Rok 2006 ZPP tis. Kč	Rok 2006 skutečnost tis. Kč	% skuteč. 2006/ ZPP 2006
	Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 3 vyhlášky o fondech			
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	21 919	21 919	100,0
II.	Příjmy celkem:	4 213 408	3 368 201	79,9
1	Příděl podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech ze ZFPZ, stanovený podle § 7 odst. 1 a 2 vyhlášky o fondech	4 095 705	3 223 748	78,7
2	Příděl z fondu reprodukce majetku ve výši schválené Správní radou podle § 3 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
3	Převod prostředků PF v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 3 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			
4	Příjmy z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku podle § 3 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech	20 000	759	3,8
5	Mimořádný příděl Vojenské zdravotní pojišťovny ČR převodem ze ZFPZ			
6	Příjem úroků vztahujících se k PF podle § 3 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech	278	236	84,9
7	Příjem smluvních pokut z porušení smluvního vztahu ke zdravotnickým zařízením podle § 3 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech		211	
8	Kladné rozdíly z ocenění cenných papírů pořízených z PF na reálnou hodnotu podle § 3 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech			
9	Kladné kurzové rozdíly související s PF podle § 3 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
10	Ostatní příjmy vztahující se k PF podle § 3 odst. 2 písm. j) vyhlášky o fondech	15 000	18 259	121,7
11	Příjmy Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR podle § 3 odst. 3 vyhlášky o fondech	20 500	29 394	143,4
12	Příjem daru určeného výlučně pro PF podle § 3 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
13	Příjem zálohy včetně konečného zúčtování na úhradu podílu části režijních výdajů a ostatní zdaňované činnosti	61 925	71 988	116,3
14	Zisk z prodeje cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
15	Zisk z držby cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
16	Prodej cenných papírů oceněný účetní hodnotou prodaných cenných papírů interní		23 606	
III.	Výdaje celkem:	4 215 327	3 377 252	80,1
1	Členění výdajů v rámci provozní činnosti podle § 3 vyhlášky o fondech	3 296 970	2 981 722	90,4
1.1	v tom: mzdy bez ostatních osobních nákladů	1 405 704	1 409 092	100,2
1.2	ostatní osobní náklady	16 620	15 661	94,2
1.3	pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění	128 987	128 616	99,7
1.4	pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení	373 249	370 630	99,3
1.5	odměny členům správní, dozorčí rady a rozhodčímu orgánu	5 310	4 363	82,2
1.6	úroky			
1.7	podíl úhrad za služby Centra mezistátních úhrad	6 400	4 279	66,9
1.8	podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za služby Informačního centra			
1.9	podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za vedení centrálního registru			
1.10	záporné kurzové rozdíly související s PF		28	
1.11	úhrady poplatků	718	599	83,4
1.12	úhrady pokut a penále podle § 3 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	95 140	70 901	74,5
1.13	úhrada zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora zaměstnanecké zdravotní pojišťovny podle § 3 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech			
1.14	prostředky vynaložené zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou na nákup metodik od VZP ČR podle § 3 odst. 3) vyhlášky o fondech			
1.15	úhrady prostředků vynaložených VZP ČR podle § 3 odst. 5 vyhlášky o fondech			
1.16	ostatní výdaje	1 264 842	977 553	77,3
2	Příděl do sociálního fondu podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	28 445	25 232	88,7
3	Příděl do základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 5 vyhlášky o fondech			
4	Příděl do fondu reprodukce majetku podle § 3 odst. 4 písm. d) vyhlášky o fondech			
5	Příděl do základního fondu zdravotního pojištění podle rozhodnutí SR podle § 3 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech	452 965		
6	Příděl do fondu reprodukce majetku ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou podle § 3 odst. 4 písm. l) vyhlášky o fondech	5 200		
7	Příděl do fondu reprodukce majetku ve výši celkových odpisů včetně zůstatkové hodnoty podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	369 822	298 310	80,7
8	Zúčtování zálohy Vojenskou zdravotní pojišťovnou ČR na vedení specifických fondů			
9	Zúčtování zálohy na podíl režijních výdajů související s ostatní zdaňovanou činností	61 925	71 988	116,3
10	Ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků PF podle § 2 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
11	Nákup cenných papírů z finančních prostředků PF			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	20 000	12 868	64,3

C	Doplňující informace k oddílu B - podle ustanovení § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech	Rok 2006 ZPP	Rok 2006 skutečnost	% skuteč. 2006/ ZPP 2006
		tis. Kč	tis. Kč	
1	Stav cenných papírů k 1. 1. ve sledovaném období			
2	Stav cenných papírů k 31. 12. sledovaného období			

Pozn.: Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 274/2005 Sb.

VZ 2006-PF-3

Příloha č. 3 k výkazu PF – oddíl B. III., ř. 1.15 (skladba účtovaných nákladů)

Úhrady za vedení CRP, ICZP, KC

Nákladová položka	v tis. Kč
Mzdy	4 552
Pojistné na zdravotní pojištění	410
Pojistné na sociální zabezpečení	1 183
Odpisy	1 840
Ostatní náklady	7 036
Celkem	15 021

Pozn.: jedná se o podíl ZPP na nákladech na vedení center přefakturovaný v roce 2006

Úhrady za číselníky, tiskopisy a metodiky

Nákladová položka	v tis. Kč
Mzdy	22 110
Pojistné na zdravotní pojištění	1 990
Pojistné na sociální zabezpečení	5 749
Odpisy	8 939
Ostatní náklady	49 761
Celkem	88 549

Pozn.: jedná se o celkové náklady na tvorbu a distribuci číselníků, tiskopisů a metodik v roce 2006, přičemž jsou prodávány převážně SZP Pojišťovny (tiskopisy a číselníky v papírové formě), číselníky na magnetických médiích jsou poskytovány zdarma

Komentář k přehledu o provozním fondu

Část A. II. – Tvorba celkem = zdroje

- I řádek 4 zahrnuje pohledávky z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku, konkrétně z prodeje automobilů, frankovacích strojů, kopírek, faxů, datových rozvodů, telefonních ústředěn a zabezpečovacích zařízení; tyto prostředky byly ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného majetku převedeny do fondu reprodukce majetku
- I do řádku 10 je zahrnut předpis tržeb ze smluvních pokut a úroky z prodlení, výnosy z prodeje materiálu (neupotřebitelného evidovaného majetku), předpis nároku na náhradu škod z pojistných událostí, předpis pohledávky za zaměstnanci z titulu vyúčtování podílu na závodním stravování
- I řádek 11 obsahuje předpis tržeb od smluvních zdravotnických zařízení za prodané tiskopisy, metodiky a číselníky, za vedení registrů (Centrální registr pojištěnců, Informační centrum zdravotního pojištění, Kapitační centrum)

Část A. III. – Čerpání celkem = snížení zdrojů

- I řádek 1.12 zahrnuje předpis pokut a penále za pozdní úhradu faktur předkládaných smluvními zdravotnickými zařízeními za poskytnutou zdravotní péči
- I řádek 6 vykazuje výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného dlouhodobého hmotného majetku

Část B. II. – Příjmy celkem

- I v řádku „Ostatní příjmy“ vztahujícím se k PF (řádek 10) jsou zahrnuty mimořádné výnosy (storna penalizačních faktur, opravy minulých účetních období atd.)
- I řádek 11 zahrnuje příjmy za prodané tiskopisy, metodiky a číselníky a příjmy za vedení registrů

Část B. III. – Výdaje celkem

- I v řádku 1.12 jsou uvedeny zaplacené smluvní pokuty a penále (úroky z prodlení) za pozdní úhradu faktur předložených zdravotnickými zařízeními za poskytování zdravotní péče
- I v řádku ostatní výdaje jsou zahrnuty např. nákupy standardního provozního materiálu (formuláře k výběru pojistného, k vyúčtování zdravotní péče, pro návrhové činnosti lékařů a podávání povinných hlášení atp., magnetické nosiče dat, xerografický a tabulační papír a tonery do kopírovacích strojů, kancelářské potřeby a hmotný majetek), dále pak výdaje na spotřebu energií, pohonných hmot, výdaje na nájemné, na udržování a opravy vlastních a pronajatých provozních prostor, na opravy a údržbu technických zařízení, výdaje na provozní zabezpečení Základního informačního systému a rovněž výdaje na výkony spojů, cestovné, propagaci, dodavatelský úklid, ostrahu objektů, inzerci, poradenské služby, audit, výdaje na odbornou průpravu pracovníků Pojišťovny. V ostatních výdajích jsou rovněž zahrnuty výdaje vynaložené v rámci projektu zaměřeného na zastavení odlivu pojištěnců Pojišťovny.

I v řádku 7 je uveden převod finančních prostředků na bankovní účet FRM ve výši celkových odpisů včetně zůstatkové ceny vyřazeného majetku

Pojišťovna vykonávala i v roce 2006 činnosti podléhající dani z příjmů právnických osob (dále jen **zdaňovaná činnost**). Rozhodující činností byly pronájmy nebytových prostor a zprostředkovatelská činnost dle zákona č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a likvidátorech pojistných událostí. V souladu s § 3 odst. 11 vyhlášky č. 418/2003 Sb., v platném znění, **Pojišťovna zajišťovala oddělené sledování a účtování veškerých nákladů na tuto činnost a výnosů z této činnosti**. Pokud byl v průběhu běžného roku hrazen z finančních prostředků provozního fondu podíl nákladů souvisejících se zdaňovanou činností, včetně podílu odpisů dlouhodobého majetku, byly převáděny na bankovní účet provozního fondu zálohy z finančních prostředků zdaňované činnosti. Pojišťovna zdaňované činnosti financovala výhradně z prostředků plynoucích z těchto zdaňovaných činností, nepodnikala s prostředky plynoucími z veřejného zdravotního pojištění v souladu s ustanovením § 7 odst. 6 zákona č. 551/1991 Sb., o všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, v platném znění. Obdobně se postupuje i u jiných činností, např. při zajištění agendy Česko-německého fondu budoucnosti.

Náklady, které se týkají pouze zdaňované činnosti, se účtují jako její přímé náklady. Pokud je provozní režie v průběhu běžného roku hrazena z finančních prostředků provozního fondu, účtují se do zdaňovaných činností nepřímé náklady jako zúčtování předem poskytnutých záloh současně se snížením čerpání provozního fondu. U každé zdaňované činnosti je stanovena rozvrhová základna pro výpočet podílu provozní režie. U pronájmů nebytových prostor je provozní režie stanovena zejména dle podílu metrů čtverečních pronajímané plochy, např. u odpisů dlouhodobého majetku, pojištění a daně z nemovitostí, mzdové náklady jsou rozvrhovány dle skutečně odpracované doby. U zprostředkovatelské činnosti je provozní režie stanovena procentem z objemu vybraného pojistného dle jednotlivých pojistitelů na základě odborně zpracované kalkulace. Provozní režie zahrnuje mzdové náklady, sociální pojištění, zdravotní pojištění, odpisy dlouhodobého majetku, spotřebované nákupy a služby. Postup propočtu provozní režie u ostatních zdaňovaných činností je stanoven zejména na základě odborně zpracovaných kalkulací v členění jednotlivých nákladových druhů.

5.3 FOND REPRODUKCE MAJETKU

Fond reprodukce majetku je využíván na pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku.

Při sestavování plánu pořízení investic na rok 2006 byla uplatněna silná restrikce, takže v ZPP 2006 zůstalo pouze zabezpečení Základního informačního systému Pojišťovny, rekonstrukce objektů, provedení sanace sklepních prostor na vytípaných ÚP a odstraňování havarijních stavů.

Ostatní investice v převážné míře směřovaly na obnovu a pořízení technického zařízení, které je nezbytné pro podporu informačního systému Pojišťovny.

Tabulka č. 24: Fond reprodukce majetku

A. Fond reprodukce majetku (FRM)	Rok 2006 ZPP tis. Kč	Rok 2006 skutečnost tis. Kč	% skuteč. 2006/ ZPP 2006
Tvorba a čerpání ve sledovaném období			
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	657 685	657 685	100,0
II. Tvorba celkem = zdroje:	421 480	376 008	89,2
1 Předpis FRM přidělem z provozního fondu ve výši odpisů podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	416 252	376 000	90,3
2 Předpis přidělu z provozního fondu ve výši schválené Správní radou podle § 6 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
3 Úroky z běžného účtu FRM podle § 6 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech	28	7	25,0
4 Dar určený dárce na posílení FRM podle § 6 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech			
5 Příděl ze zisku po zdanění podle § 6 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
6 Zůstatek z FRM sloučené, nebo splynuté zdravotní pojišťovny podle § 6 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			
7 Účelová dotace ze státního rozpočtu podle § 6 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech			
8 Převod z provozního fondu - kladný rozdíl mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku podle § 6 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech	5 200	1	0,0
9 Kladné kurzové rozdíly vztahující se k FRM podle § 6 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech			
III. Čerpání celkem = snížení zdrojů:	357 459	278 953	78,0
1 Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh podle § 6 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech	354 088	275 587	77,8
2 Splátky úroků z úvěrů podle § 6 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech	3 357	3 357	100,0
3 Bankovní a poštovní poplatky podle § 6 odst. 3 písm. d) vyhlášky o fondech	14	9	64,3
4 Příděl do provozního fondu se souhlasem Správní rady podle § 6 odst. 3 písm. c) vyhlášky o fondech			
5 Záporné kurzové rozdíly podle § 6 odst. 3 písm. e) vyhlášky o fondech			
6 Závazky k úhradě zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 6 odst. 3 písm. f) vyhlášky o fondech			
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	721 706	754 740	104,6

B. Fond reprodukce majetku (FRM)		Rok 2006 ZPP tis. Kč	Rok 2006 skutečnost tis. Kč	% skuteč. 2006/ ZPP 2006
Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 6 odst. 4 vyhlášky o fondech				
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	6 461	6 461	100,0
II.	Příjmy celkem:	375 050	298 869	79,7
1	Příděl z běžného účtu provozního fondu ve výši odpisů podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	369 822	298 310	80,7
2	Příděl z běžného účtu provozního fondu ve výši schválené Správní radou podle § 6 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
3	Úroky z běžného účtu FRM podle § 6 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech	28	7	25,0
4	Dar určený dárce na posílení FRM podle § 6 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech			
5	Příděl ze zisku po zdanění podle § 6 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
6	Převod zůstatku běžného účtu FRM v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 6 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			
7	Účelová dotace ze státního rozpočtu podle § 6 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech			
8	Převod z běžného účtu provozního fondu - kladný rozdíl mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku podle § 6 odst. 2 písm. c) (podle § 3 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech)	5 200		
9	Kladné kurzové rozdíly vztahující se k FRM podle § 6 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech			
10	Příjem úvěrů na posílení FRM			
	Ostatní		552	
III.	Výdaje celkem:	381 011	303 057	79,5
1	Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh podle § 6 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech	354 088	275 587	77,8
2	Splátky úroků z úvěrů podle § 6 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech	3 357	3 357	100,0
3	Úhrady bankovních a poštovních poplatků podle § 6 odst. 3 písm. d) vyhlášky o fondech	14	9	64,3
4	Příděl na běžný účet PF se souhlasem správní rady podle § 6 odst. 3 písm. c) vyhlášky o fondech			
5	Záporné kurzové rozdíly podle § 6 odst. 3 písm. e) vyhlášky o fondech			
6	Úhrada zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 6 odst. 3 písm. f) vyhlášky o fondech			
7	Splátky úvěrů vztahujících se k tomuto fondu (s vazbou na § 6 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech)	23 552	23 552	100,0
	Ostatní		552	
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	500	2 273	454,6

Poznámka: Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 274/2005 Sb.

VZ 2006-FRM-4

Komentář k přehledu o tvorbě a čerpání fondu reprodukce majetku

Tvorba FRM v roce 2006 dosáhla 376 mil. Kč (viz tabulka č. 24, sloupec „Rok 2006 skutečnost“, část A.II. Tvorba celkem = zdroje), což představuje 89 % plánu na rok 2006. Nižší tvorba fondu je způsobena nižší než plánovanou tvorbou odpisů.

Skutečné čerpání fondu na pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku, splátek úroků z úvěrů, bankovních a poštovních poplatků dosáhlo výše 279 mil. Kč. Na pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku z této částky připadá 275,6 mil. Kč (viz tabulka č. 24, sloupec „Rok 2006 skutečnost“, část A.III., řádek 1), což představuje 78 % čerpání plánu. Na nižším než plánovaném čerpání fondu se podílelo především prodloužení splatnosti dodavatelských faktur a rovněž i přesun některých plánovaných akcí do roku 2007.

Z částky 275,6 mil. Kč použitých na pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku byly realizovány investice do informačního systému ve výši 174,5 mil. Kč, stavební investice 68,1 mil. Kč, ostatní investice 30,1 mil. Kč a 2,9 mil. Kč představuje odpis pohledávky související s pořízením investic v předchozích obdobích. Největší investicí v oblasti informačního systému byla údržba a rozvoj aplikací pro financování zdravotní péče (64,1 mil. Kč), kde bylo nutné zohlednit úpravy a změny v legislativě. Do výdajů FRM roku 2006 se projeví i investiční akce realizované v závěru roku 2005 se splatností faktur počátkem roku 2006 (nákup licence Oracle 23,4 mil. Kč). Podrobnější komentář je uveden v kapitole 4.2 – Informační systém.

V oblasti stavebních investic byla dle plánu dokončena rekonstrukce objektu KP Pardubice, rekonstrukce podkroví ÚP Louny, dále byla dokončena klimatizace objektu Flora a rekonstrukce sálu serverů pro KP pro Hl. město Prahu. V roce 2006 byla také provedena sanace sklepních prostor ÚP Příbram, ÚP Benešov, ÚP Náchod. Další akce byly zaměřeny na technické zhodnocení stávajících vlastních objektů.

Ostatní investice dosáhly celkové výše 30,1 mil. Kč. Investice do telefonních ústředěn byly v porovnání s plánem roku 2006 přečerpany o 66 % (plán 6,2 mil. Kč) z důvodu centralizace správy. Zabezpečovací technika Pojišťovny byla pořízena ve výši 12 mil. Kč. Zbývající investiční akce byly přesunuty na rok 2007 (obměna frankovacích strojů, zavádění časových trezorů na ÚP/KP) nebo byly realizovány pouze částečně (výměna strukturované kabeláže, rozšiřování zabezpečovací techniky).

Celkové **příjmy** fondu v roce 2006 dosáhly pouze 79,5 % tvorby (v absolutním vyjádření 298,9 mil. Kč – viz tabulka č. 24, sloupec „Rok 2006 skutečnost“, část B.II. Příjmy celkem), a to z důvodu, že prioritou používání disponibilních finančních prostředků Pojišťovny zůstala i v roce 2006 včasná úhrada závazků za poskytnutou zdravotní péči, proto Pojišťovna nepřeváděla finanční prostředky na bankovní účet FRM podle plánu, ale podle skutečné potřeby (splatných závazků). Tato skutečnost je i důvodem, proč příjmy a výdaje fondu (část tabulky B.) plně nekorespondují s tvorbou a čerpáním fondu (část tabulky A.).

Výdaje fondu v roce 2006 dosáhly výše 303,1 mil. Kč (viz tabulka č. 24 sloupec „Rok 2006 skutečnost“, část B.III. Výdaje celkem), což představuje 80 % čerpání plánu na rok 2006. Celkové výdaje byly ovlivněny rozpočtovým provizoriem vyhlášeným MZ a následným usnesením Správní rady Pojišťovny z února 2006 („V oblasti rozvoje informačního systému Pojišťovny a rozdělení investic bude v roce 2006 realizována pouze základní údržba, odstranění havarijních stavů, popř. změny informačních systémů, vyplývající ze změn právních předpisů, které je nezbytné realizovat pro potřeby udržení rutinního provozu Pojišťovny.“). Na pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku Pojišťovna vynaložila 275,6 mil. Kč. Splátky úvěrů vztahující se k FRM byly uhrazeny v plánované výši (23,5 mil. Kč) a splátky úroků z úvěrů činily 3,4 mil. Kč.

Tabulka č. 25 (interní): Rozpis investičních akcí v roce 2006 v tis. Kč

Skupina	Skutečnost 2006
Stavební investice	68 148
Ostatní investice	30 091
Investice HW, SW	174 484
Odpis pohledávky	2 864
Celkem	275 587

Zabezpečení činnosti Pojišťovny hmotným a nehmotným majetkem

Pro zabezpečení činnosti Pojišťovny nebyly v průběhu roku 2006 zakoupeny žádné nemovitosti. V závěru roku byla vrácena městu Plzeň pozemková parcela č. 806 z důvodu změny organizační struktury pracovišť Pojišťovny a změny záměru dostavby ÚP Plzeň-sever. V roce 2006 byla dokončena rekonstrukce objektu KP Pardubice. Dále byla realizována rekonstrukce sálu serverů pro KP pro Hl. město Prahu, rekonstrukce podkrovních kancelářských prostor pro ÚP Louny, dodávka systému posuvných regálů pro ÚP Náchod, ÚP Kolín, ÚP Příbram a rekonstrukce přepážkové haly pro ÚP Kutná Hora.

Přehled územních (krajských) pracovišť Pojišťovny sídlících k 31. 12. 2006 ve vlastních objektech:

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

K 31. 12. 2006 sídlily v pronajatých objektech územní (krajská) pracoviště Pojišťovny:

Česká Lípa	Český Krumlov	Klatovy	Plzeň-jih	Plzeň-město
Praha-západ	Tábor	Tachov		

Poznámka: ÚP Česká Lípa sídlí v pronajatém objektu, spisovna a sklad je umístěn ve vlastním objektu.

5.4 SOCIÁLNÍ FOND

V roce 2006 byl sociální fond, v souladu s vyhláškou č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů, **tvořen** přidělem z objemu nákladů zúčtovaných na mzdy a náhrady mzdy, bez ostatních osobních nákladů, zúčtovaných s provozním fondem ve výši 2 % a přidělem z hospodářského výsledku po zdanění ve výši cca 0,3 % objemu nákladů zúčtovaných s provozním fondem (v souladu s vyhláškou MF a Vyšší kolektivní smlouvou) na mzdy a náhrady mzdy. Dalšími zdroji fondu byly splátky půjček zaměstnanců a přijaté bankovní úroky.

V roce 2006 byl sociální fond **čerpán** podle ustanovení kolektivní smlouvy a souvisejících vnitropodnikových směrnic. Nižší čerpání bylo ovlivněno především tím, že podle vnitřních předpisů Pojišťovny lze sociální fond čerpat z tzv. osobních účtů ve dvouletých cyklech a rok 2006 byl prvním rokem cyklu.

Sociální fond byl čerpán v souladu s vyhláškou na účely specifikované v kolektivní smlouvě, a to na: rekreaci rodin – zimní a letní (tvoří největší část čerpání sociálního fondu), dětskou rekreaci v dětských táborech vodáckých, lyžařských apod., ocenění pracovních a životních jubileí (zaměstnavatel poskytuje z fondu peněžní nebo nepeněžní dar), příspěvky na stravování, regeneraci a péči o zdraví (sportovní aktivity, lázeňská péče), očkování proti chřipce, multivitamíny v době virových epidemií, sociální půjčky a výpomoci (jsou poskytovány samoživitelkám při obtížných životních situacích a ostatním zaměstnancům při dlouhodobé nemoci).

Z účelově vázaného navýšení SF byly poskytovány příspěvky na penzijní připojištění pro všechny zaměstnance, kteří mají uzavřenou smlouvu s penzijním fondem Winterthur a požádají o příspěvek, a životní pojištění nebo zdravotní připojištění pro všechny zaměstnance, kteří mají uzavřenou smlouvu nebo si ji uzavřou u životní pojišťovny dle vlastního výběru a požádají o příspěvek.

Čerpání sociálního fondu je upraveno kolektivní smlouvou – přílohou č. 1 ke kolektivní smlouvě.

Tabulka č. 26: Sociální fond

A. Sociální fond (SF)		Rok 2006 ZPP tis. Kč	Rok 2006 skutečnost tis. Kč	% skuteč. 2006/ ZPP 2006
Tvorba a čerpání ve sledovaném období				
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	16 547	16 547	100,0
II.	Tvorba celkem = zdroje	43 027	32 593	75,8
1	Předpis přídelu z provozního fondu podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	28 445	28 442	100,0
2	Úroky z běžného účtu SF podle § 4 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech	250	70	28,0
3	Předpis ostatních příjmů podle § 4 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech		9	
4	Předpis přídelu ze zisku po zdanění ze zdaňované činnosti podle § 4 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech	14 222	4 000	28,1
5	Převod zůstatku SF, v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny, podle § 4 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech			
6	Splátky z půjček zaměstnancům podle § 4 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech	110	72	65,5
7	Kladné kurzové rozdíly související se SF podle § 4 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech			
8	Dary určené dárce do SF podle § 4 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů podle § 4 odst. 3 písm. a)	42 670	34 528	80,9
1	Předpisy snížení zdrojů podle § 4 odst. 3 vyhlášky o fondech (1.1 + 1.2)	42 500	34 386	80,9
1.1	v tom: půjčky	120	30	25,0
1.2	ostatní čerpání	42 380	34 356	81,1
2	Bankovní (poštovní) poplatky	170	142	83,5
3	Záporné kurzové rozdíly			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	16 904	14 612	86,4

B. Sociální fond (SF)		Rok 2006 ZPP tis. Kč	Rok 2006 skutečnost tis. Kč	% skuteč. 2006/ ZPP 2006
Příjmy a výdaje ve sledovaném období v souladu s § 4 odst. 4 vyhlášky o fondech				
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	15 022	15 022	100,0
II.	Příjmy celkem:	43 177	37 258	86,3
1	Přídel z běžného účtu PF podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	28 445	25 232	88,7
2	Úroky z běžného účtu SF podle § 4 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech	250	70	28,0
3	Ostatních příjmů podle § 4 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech	150	36	24,0
4	Přídel ze zisku po zdanění ze zdaňované činnosti podle § 4 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech	14 222	11 848	83,3
5	Převod zůstatku běžného účtu SF, v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny, podle § 4 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech			
6	Splátky z půjček zaměstnancům podle § 4 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech	110	72	65,5
7	Kladné kurzové rozdíly související se SF podle § 4 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech			
8	Dary určené dárce do SF podle § 4 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech			
III.	Výdaje celkem: podle § 4 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech	39 670	39 330	99,1
1	Výdaje podle § 4 odst. 3 vyhlášky o fondech (1.1 + 1.2)	39 500	34 817	88,1
1.1	v tom: půjčky	110	30	27,3
1.2	ostatní výdaje	39 390	34 787	88,3
2	Bankovní (poštovní) poplatky	170	142	83,5
3	Záporné kurzové rozdíly související se SF			
	interní		4 371	
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	18 529	12 950	69,9

C Doplnující informace k oddílu B				
1	Stav půjček zaměstnancům k 1. 1. sledovaného období	103	103	100,0
2	Stav půjček zaměstnancům k 31. 12. sledovaného období	103	61	59,2

Poznámka: Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 274/2005 Sb.

VZ 2006-SF-5

5.5 REZERVNÍ FOND

Předepisová výše zákonného limitu rezervního fondu v roce 2006 činí 1 609,6 mil. Kč, a to na základě ustanovení § 7 odst. 1 písm. b) zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

Rezervní fond nebyl finančně naplněn ve stanovené výši vzhledem k evidenci závazků vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti. Pojišťovna tak postupuje v souladu s § 2 odst. 5 vyhlášky MF č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

V roce 2006 Pojišťovna, v souladu se záměrem ZPP 2006, posílila rezervní fond částkou ve výši 30 mil. Kč z hospodářského výsledku zdaňovaných činností po zdanění za minulá období. Z důvodu existence závazků vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti byla tato částka převedena z rezervního fondu do ZFZP na jejich úhradu.

Dle § 2 odst. 5 vyhlášky MF č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů, byla do rezervního fondu převedena úspora provozního fondu ve výši 791,6 mil. Kč. Na základě § 2 odst. 2 písm. a) této vyhlášky byla úspora převedena do ZFZP.

Tabulka č. 27: Rezervní fond

A.	Rezervní fond (RF)	Rok 2006 ZPP tis. Kč	Rok 2006 skutečnost tis. Kč	% skuteč. 2006/ ZPP 2006
	Tvorba a čerpání ve sledovaném období			
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	1 518 982	1 518 982	100,0
II.	Tvorba celkem = zdroje:	90 605	912 310	1006,9
1	Převod ze základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	60 605	90 604	149,5
2	Úroky z běžného účtu RF podle § 2 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech		108	
3	Dary určené dárce do RF podle § 2 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech			
4	Zisk z prodeje cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
5	Zisk z držby cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
6	Převod zůstatku RF v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 2 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech			
7	Kauce žadatele podle § 2 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech			
8	Kladné rozdíly z ocenění cenných papírů pořízených z prostředků RF na reálnou hodnotu podle § 2 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech			
	Převod z hospodářského výsledku zdanitelných činností po zdanění	30 000	30 000	100,0
	Převod z PF dle § 2 odst. 5 vyhlášky o fondech		791 598	
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů:	0	821 598	
1	Příděl z RF do základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech		821 598	
2	Poplatky za vedení běžného účtu RF a poplatky za poštovní služby související s RF podle § 2 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
3	Ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků RF podle § 2 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
4	Závazky k úhradě zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 2 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
5	Záporné hodnoty z ocenění cenných papírů pořízených z prostředků RF podle § 2 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	1 609 587	1 609 694	100,0

B. Rezervní fond (RF)		Rok 2006 ZPP tis. Kč	Rok 2006 skutečnost tis. Kč	% skuteč. 2006/ ZPP 2006
Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 2 odst. 3 vyhlášky o fondech				
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	6	6	100,0
II.	Příjmy celkem:	30 000	30 108	100,4
1	Převod z běžného účtu základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech			
2	Úroky z běžného účtu RF podle § 2 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech		108	
3	Dary určené dárce do RF podle § 2 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech			
4	Zisk z prodeje cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
5	Zisk z držby cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech			
6	Převod zůstatku běžného účtu RF v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 2 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech			
7	Kauce žadatele podle § 2 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech			
8	Kladné rozdíly z ocenění cenných papírů pořízených z prostředků RF na reálnou hodnotu podle § 2 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech			
9	Prodej cenných papírů oceněný účetní hodnotou prodaných cenných papírů			
	Převod z hospodářského výsledku zdanitelných činností po zdanění	30 000	30 000	100,0
III.	Výdaje celkem:	0	30 000	
1	Příděl z běžného účtu RF na běžný účet základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech		30 000	
2	Poplatky za vedení běžného účtu RF a poplatky za poštovní služby související s RF podle § 2 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
3	Ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků RF podle § 2 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech			
4	Závazky k úhradě zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 2 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech			
5	Záporné hodnoty z ocenění cenných papírů pořízených z prostředků RF podle § 2 odst. 2 d) vyhlášky o fondech			
6	Nákup cenných papírů z finančních prostředků RF			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni vykazovaného období = I + II - III	30 006	114	0,4

C Doplnující informace k oddílu B				
1	Stav cenných papírů k 1. 1. sledovaného období			
2	Stav cenných papírů k 31. 12. sledovaného období			

Doplňující tabulka: Propočet limitu RF

Rok	Propočtová základna pro výpočet limitu přidělu do RF	tis. Kč
2003		101 295 228
2004		106 112 538
2005		114 508 369
	Průměrné roční výdaje ZFZP za bezprostředně předcházející uzavřené 3 kalendářní roky	107 305 378
	Výpočet limitu = 1,5 % z propočtených průměrných výdajů ZFZP	1 609 581

Poznámka: Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 274/2005 Sb.

VZ 2006-RF-6

5.6 FOND PREVENCE

ZPP 2006 počítal s postupným utlumováním programů hrazených z fondu prevence s cílem snížit náklady fondu na nejnížší možnou míru. Na základě rozhodnutí Správní rady, která oproti předchozím rokům požadovala uskutečnění pouze nezbytných cílených preventivních programů, byl v ZPP 2006 do fondu prevence stanoven nižší příděl ze ZFP, a to ve výši 130 mil. Kč. Zároveň však byla v ZPP 2006 ponechána možnost po odsouhlasení orgány Pojišťovny tvorbu navýšit, pokud v průběhu roku 2006 vznikne právní situace, kdy v důsledku vypovídání smluv vzniknou případné závazky.

Oproti původnímu plánu byl v dubnu 2006 nuceným správcem Pojišťovny schválen ještě program Podpora zdravotně postižených sportovců s limitem ve výši 1 mil. Kč (v rámci původního přídělu – z položky Ostatní projekty). V květnu 2006 byla navýšena tvorba fondu prevence o 21 mil. Kč, určených na projekty primární prevence drogových závislostí, taktéž na základě rozhodnutí nuceného správce Pojišťovny.

Další změny ve fondu prevence se uskutečnily na základě rozhodnutí Správní rady v říjnu 2006, kdy byl program Podpora dárců krve přesunut do provozního fondu a nahrazen programem Dny zdraví. Zároveň byla na jednotlivé programy rozčleněna položka Ostatní projekty. Jedná se o programy Vitaminová prevence pro dárce krve (3 mil. Kč), Rehabilitační prevence pro mnohonásobné dárce krve – držitele Janského medaile a Zlatého kříže ČČK (3 mil. Kč) a Zdravá firma (2,5 mil. Kč).

Záměr ZPP 2006 – snížit náklady fondu prevence – byl splněn. I přes dodatečné navýšení přídělu nuceným správcem Pojišťovny nepřekročily náklady na preventivní programy částku stanovenou v ZPP 2006 a byly výrazně nižší než v předchozích letech (o cca 212 mil. Kč oproti roku 2005).

Tabulka č. 28: Fond prevence

A.	Fond prevence (Fprev)	Rok 2006 ZPP tis. Kč	Rok 2006 skutečnost tis. Kč	% skuteč. 2006/ ZPP 2006
	Tvorba a čerpání ve sledovaném období			
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	34 051	34 051	100,0
II.	Tvorba celkem = zdroje:	166 140	182 821	110,0
1	Zdroje podle zákona č. 551/1991 Sb. a č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů	130 000	148 000	113,8
1.1	V tom: příděl ze zisku po zdanění			
1.2	podíl podle § 19 odst. 1 zákona č. 280 /1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů			
1.3	podíl podle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů	130 000	148 000	113,8
2	Úroky vytvořené na bankovním účtu Fprev	140	36	25,7
3	Ostatní (např. dary)		187	
4	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů	36 000	34 598	96,1
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů:	196 371	185 797	94,6
1	Preventivní programy	195 471	185 453	94,9
2	Úroky z úvěrů na posílení Fprev			
3	Ostatní (bankovní poplatky)	900	344	38,2
4	Odpis penále, přirážek a pokut k pojistnému, které byly zdrojem Fprev			
5	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	3 820	31 075	813,5

B.	Fond prevence (Fprev)	Rok 2006 ZPP tis. Kč	Rok 2006 skutečnost tis. Kč	% skuteč. 2006/ ZPP 2006
	Příjmy a výdaje ve sledovaném období			
I.	Počáteční zůstatek k 1.1. ve sledovaném období	10 184	10 184	100,0
II.	Příjmy celkem:	205 140	179 885	87,7
1	Příjmy finančních prostředků na základě zákona č. 551/1991 Sb. a zák. č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů	169 000	144 468	85,5
1.1	v tom: příděl ze zisku po zdanění			
1.2	podíl podle § 19 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů			
1.3	podíl podle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů	169 000	144 468	85,5
2	Úroky vytvořené na bankovním účtu Fprev	140	36	25,7
3	Ostatní (dary)		651	
4	Příjem úvěru na posílení Fprev			
5	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů	36 000	34 730	96,5
III.	Výdaje celkem:	211 946	186 777	88,1
1	Výdaje na preventivní programy	211 046	179 138	84,9
2	Úroky z úvěrů			
3	Ostatní (bankovní poplatky)	900	344	38,2
4	Splátky úvěru			
5	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů		4 998	
	Interní		2 297	
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	3 378	3 292	97,5

K ZPP 2006

		vazba na Fprev	informativně	Skladba řádku A II 1.3
C	Doplňující údaje k oddílu A a B	sl. 1	sl. 2	sl. 3=1+2
		tis. Kč	převod	celkem
	Struktura přidělu do Fprev za tu část přidělu, která není prováděna převodem ze ZFZP		ze ZFZP	
I.	K odd. A/ II = součet položek 1 až 4		130 000	130 000
1	Předpisy úhrad pokut a penále			
2	Předpisy úhrad přírážek k pojistnému			
3	Předpisy pokut zdravotnickým zařízením			
4	Předpisy úroků ZFZP (pokud je zdravotní pojišťovna účtuje přímo na Fprev)			
		sl. 1	sl. 2	Skladba řádku B II 1.3
		tis. Kč	převod	sl. 3=1+2
II.	K odd. B/ II = součet položek 1 až 4		169 000	169 000
1	Příjmy z pokut a penále			
2	Příjmy z přírážek k pojistnému			
3	Příjmy z pokut zdravotnickým zařízením			
4	Příjmy z úroků ZFZP (pokud je zdravotní pojišťovna účtuje přímo na Fprev)			

K VZ 2006

		vazba na Fprev	informativně	Skladba řádku A II 1.3
D	Doplňující údaje k oddílu A a B	sl. 1	sl. 2	sl. 3=1+2
		tis. Kč	převod	celkem
	Struktura přidělu do Fprev za tu část přidělu, která není prováděna převodem ze ZFZP		ze ZFZP	
I.	K odd. A/ II = součet položek 1 až 4		148 000	148 000
1	Předpisy úhrad pokut a penále			
2	Předpisy úhrad přírážek k pojistnému			
3	Předpisy pokut zdravotnickým zařízením			
4	Předpisy úroků ZFZP (pokud je zdravotní pojišťovna účtuje přímo na Fprev)			
		sl. 1	sl. 2	Skladba řádku B II 1.3
		tis. Kč	převod	sl. 3=1+2
II.	K odd. B/ II = součet položek 1 až 4		144 468	144 468
1	Příjmy z pokut a penále			
2	Příjmy z přírážek k pojistnému			
3	Příjmy z pokut zdravotnickým zařízením			
4	Příjmy z úroků ZFZP (pokud je zdravotní pojišťovna účtuje přímo na Fprev)			

Poznámka: Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 274/2005 Sb.

VZ 2006-Fprev-7

5.7 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). Celkové výnosy zdaňované činnosti v roce 2006 dosáhly 90 530 tis. Kč, celkové náklady činily 64 938 tis. Kč. Po odvodu daně z příjmů ve výši 122 tis. Kč byl vytvořen zisk ve výši 25 470 tis. Kč, který byl dosažen v následujících činnostech: pronájem bytových a nebytových prostor (hospodářský výsledek 5 094 tis. Kč), komerční prodej metodik a číselníků nesmluvním partnerům (hospodářský výsledek 272 tis. Kč), zprostředkovatelská činnost (hospodářský výsledek 3 190 tis. Kč) a ostatní (hospodářský výsledek 16 914 tis. Kč, z toho 15 368 tis. Kč podílů na zisku z majetkové účasti v PVZP).

Pojišťovna je jediným akcionářem obchodní společnosti PVZP, která byla zapsána do obchodního rejstříku dne 16. 1. 2004. PVZP se zabývá smluvním pojištěním pro zahraniční klientelu a cestovním pojištěním pro pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění. Na základě uzavřené smlouvy mezi Pojišťovnou a PVZP je prováděna spolupráce zejména při uzavírání smluv pro výše uvedené druhy pojištění. Zprostředkovatelská činnost pro dceřinou společnost PVZP je sjednávána v souladu s § 23 odst. 7 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, v platném znění, v ceně, která by byla sjednávána mezi nezávislými osobami v běžných obchodních vztazích za stejných nebo obdobných podmínek. Výrok o stanovení ceny mezi spojenými osobami Pojišťovnou a PVZP jako ceny obvyklé je obsažen ve znaleckém posudku č. 83/2005 znalce jmenovaného rozhodnutím Krajského soudu v Ostravě ze dne 22. 4. 1986, č.j. Spr. 2616/86.

Zdaňovanými činnostmi se zabývalo 890 fyzických a 139 přepočtených osob.

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

V roce 2006 Pojišťovna realizovala výnosy ze zdaňované činnosti (viz tabulka OZdČ, část A.I., řádek 1) o cca 20 656 tis. Kč vyšší, než plánovala ve ZPP 2006. Plánovány nebyly výnosy z majetkové účasti v PVZP. Dividendy ve skutečnosti činí 15 368 tis. Kč.

Tabulka č. 29: Ostatní zdaňovaná činnost

A.	Ostatní zdaňovaná činnost ve sledovaném období (OZdČ)	Rok 2006 ZPP tis. Kč	Rok 2006 skutečnost tis. Kč	% skuteč. 2006/ ZPP 2006
I.	Výnosy celkem:	69 610	90 530	130,1
1	Výnosy ze zdaňované činnosti	69 010	89 666	129,9
2	Úroky	600	864	144,0
3	Výnosy z prodeje finančních investic			
4	Zvýšení hodnoty cenných papírů vlivem reálného ocenění			
II.	Náklady celkem:	61 530	64 938	105,5
1	Provozní náklady související s OZdČ zdravotní pojišťovny	61 530	64 938	105,5
1.1	– mzdy bez ostatních osobních nákladů	24 410	26 337	107,9
1.2	– ostatní osobní náklady			
1.3	– pojistné na zdravotní pojištění	2 200	2 369	107,7
1.4	– pojistné na sociální zabezpečení	6 350	6 848	107,8
1.5	– odpisy hmotného a nehmotného majetku - podíl vztahující se k této činnosti	11 180	13 172	117,8
1.6	– úroky			
1.7	– pokuty a penále			
1.8	– finanční náklady spojené s prodejem finančních investic			
1.9	– ostatní provozní náklady	17 390	16 212	93,2
2	Snížení hodnoty cenných papírů vlivem reálného ocenění			
III.	Hospodářský výsledek = I. - II.	8 080	25 592	316,7
IV.	Daň z příjmů	2 180	122	5,6
V.	Zisk z OZdČ po zdanění = III. - IV.	5 900	25 470	431,7

B Doplňující informace o cenných papírech pořízených z finančních zdrojů OZdČ

1	Stav cenných papírů k 1. 1. sledovaného období	100 000	100 000	100,0
2	Stav cenných papírů k 31. 12. sledovaného období	100 000	100 000	100,0
	Z toho cenné papíry vztahující se k dceřiné společnosti provozující komerční pojištění			
z 1	Stav cenných papírů k 1. 1. sledovaného období	100 000	100 000	100,0
z 2	Stav cenných papírů k 31. 12. sledovaného období	100 000	100 000	100,0

Poznámka: Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 274/2005 Sb.

VZ 2006-OZdČ-8

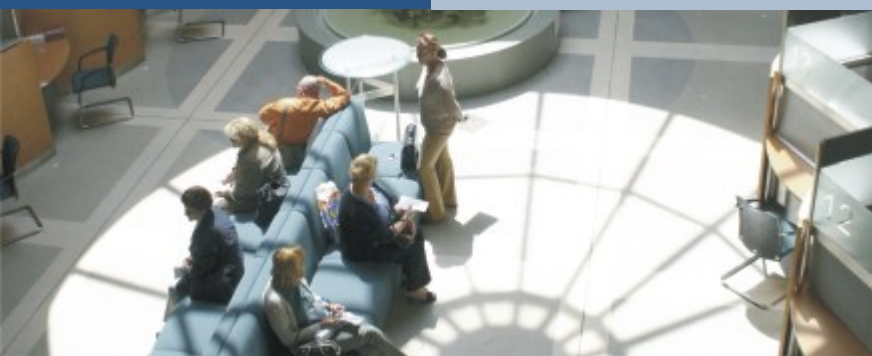
5.8 DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE

Také v roce 2006 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 cca 81,4 mil. Kč. Náklady Pojišťovny spojené s realizací sociální pomoci jsou plně refundovány.

Další agendou svěřenou Pojišťovně bylo **provádění přerozdělování pojistného a správa bankovního účtu pro přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami**. Přerozdělování vybraného pojistného je agenda vykonávaná pro všechny zdravotní pojišťovny v ČR, která byla Pojišťovně přidělena zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Na základě zákona č. 438/2004 Sb. byl postupně od roku 2005 zaváděn nový způsob přerozdělování, vyžadující složitější a náročnější agendu s výrazně širším spektrem činností. Zákonem č. 117/2006 Sb. bylo zkráceno přechodné období zavádění nového způsobu přerozdělování. Od dubna 2006 bylo nové přerozdělování plně realizováno.

Nový způsob přerozdělování používá dva různé mechanismy, řízené samostatnými a oddělenými kritérii. První mechanismus provádí přerozdělování pojistného podle indexů nákladovosti věkových skupin a pohlaví pojištěnců, druhý mechanismus provádí přerozdělování podle počtu nákladných pojištěnců ve smyslu zákona č. 592/1992 Sb. Pojišťovna je pověřena přerozdělováním pojistného podle obou těchto kritérií a dále kontrolou správnosti a oprávněnosti vyúčtování nákladných pojištěnců vykázaných zdravotními pojišťovnami.

V roce 2006 Pojišťovna, jako správce zvláštního účtu určeného k financování zdravotní péče na území ČR, koordinovala a realizovala plynulý přechod zásadních změn mechanismu přerozdělování vybraného pojistného mezi zdravotními pojišťovnami v ČR. Jednotlivé kroky realizace nového přerozdělování a nastavení zaváděného mechanismu přerozdělování na kalendářní rok byly odsouhlaseny bez námitek dozorčím orgánem, který dohlíží na dodržování pravidel hospodaření se zvláštním účtem.



Souhrnný přehled vybraných ukazatelů o činnosti zdravotní pojišťovny

6.1 STAV POHLEDÁVEK A ZÁVAZKŮ POJIŠŤOVNY

K 31. 12. 2006 evidovala Pojišťovna **celkové pohledávky** ve výši 37 995 mil. Kč, tzn. že oproti stavu k 31. 12. 2005 vzrostly o 4 286 mil. Kč (meziroční růst o 12,7 %) – viz tabulka č. 30 část III, ř. 24. **Pohledávky za plátcí pojistného** činily 34 973 mil. Kč, z toho pohledávky ve lhůtě splatnosti 8 091 mil. Kč a pohledávky po lhůtě splatnosti 26 882 mil. Kč. Pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti dosáhly lepšího výsledku, než bylo plánováno v ZPP 2006. Meziročně tyto pohledávky vzrostly o 3,008 mld. Kč, tj. o 12,6 %. Pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti se vyvíjely v souladu se ZPP 2006. **Pohledávky za zdravotnickými zařízeními** dosáhly celkové výše 1 130 mil. Kč. Z toho pohledávky po splatnosti činí 298 mil. Kč (jedná se o pohledávky z uplatnění regulace na maximální cenu bodu dle Cenového výměru MF) a pohledávky ve splatnosti 832 mil. Kč. **Ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti** činí 1 808 mil. Kč (meziroční nárůst o 1 152 mil. Kč) a jsou tvořeny pohledávkou základního fondu vůči zvláštnímu účtu (přerozdělování pojistného) ve výši 645,7 mil. Kč, pohledávkou zvláštního účtu (přerozdělování pojistného) za zdravotními pojišťovnami ve výši 475,8 mil. Kč (tyto pohledávky nebyly k 31. 12. 2005 evidovány). Dále položka „Ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti“ obsahuje pohledávku základního fondu z plnění mezinárodních smluv ve výši 331,2 mil. Kč, pohledávky z náhrad škod 278,9 mil. Kč a pohledávky ostatních fondů Pojišťovny ve výši 76,4 mil. Kč. **Ostatní pohledávky po lhůtě splatnosti** ve výši cca 84 mil. Kč tvoří pohledávky za zaměstnaneckými zdravotními pojišťovnami z přerozdělení.

Celkové závazky Pojišťovny klesly ve srovnání s rokem 2005 o 5 927 mil. Kč a dosáhly celkové výše 16 658 mil. Kč. **Závazky vůči poskytovatelům zdravotní péče** činily 15 383 mil. Kč, z toho závazky vůči ZZ ve lhůtě splatnosti činily 12 955 mil. Kč (meziroční nárůst o 1 684 mil. Kč) a závazky vůči ZZ po lhůtě splatnosti činily 2 428 mil. Kč, což znamená pokles o 8 185 mil. Kč oproti stavu k 31. 12. 2005. Pokles závazků vůči ZZ po lhůtě splatnosti byl způsoben velmi výrazným meziročním růstem příjmů o 9 465 mil. Kč (tabulka ZFZP, oddíl B. II.), tj. o 8,3 %, a pouze minimálním meziročním růstem celkových nákladů o 2 606 mil. Kč (tabulka ZFZP, oddíl A. III.), tj. o 2,2 %. Mezi další vlivy, které pozitivně ovlivnily výši závazků vůči ZZ po lhůtě splatnosti, patří dosažení vyšší než plánované úspory provozního fondu a některé ostatní vlivy (zpoždění fakturace, změna splatnosti faktur a další). **Ostatní závazky ve lhůtě splatnosti** (nejsou zde zahrnuty závazky z přijatých úvěrů) pak činily 1 275 mil. Kč a oproti stavu k 31. 12. 2005 zaznamenaly nárůst o 574,4 mil. Kč. Jedná se o závazky z přerozdělení pojistného za ZP (784,7 mil. Kč), závazky z plnění mezinárodních smluv o zdravotní péči a závazky ostatních fondů Pojišťovny. K 31. 12. 2005 nebyly evidovány závazky z přerozdělení pojistného, proto nárůst této položky.

6.2 PLNĚNÍ PODMÍNEK SPLÁTKOVÝCH KALENDÁŘŮ ÚVĚŘŮ

V průběhu roku 2006 Pojišťovna řádně splácela úvěry přijaté pro fond reprodukce majetku, roční splátky činily 23,5 mil. Kč. Zůstatek přijatých úvěrů koncem roku činil 59,2 mil. Kč.

Tabulka č. 30: Přehled základních ukazatelů o činnosti zdravotní pojišťovny v roce 2006

Ř.	Ukazatel	Měr. jedn.	Rok 2006 ZPP	Rok 2006 skutečnost	% skuteč. 2006/ ZPP 2006
I. Pojištěnci					
1	Počet pojištěnců celkem k poslednímu dni sledovaného období	osob	6 512 000	6 567 687	100,9
1.1	z toho: státem hrazení	osob	3 805 000	3 772 054	99,1
2	Průměrný počet pojištěnců za sledované období	osob	6 556 642	6 576 805	100,3
2.1	z toho: státem hrazení	osob	3 820 101	3 813 447	99,8
	v tom: do 60 let	osob	2 301 031	2 280 987	99,1
	nad 60 let	osob	1 519 070	1 532 460	100,9
II. Ostatní ukazatele					
3	Stav dlouhodobého majetku včetně poskytovaných záloh pořízený k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	4 052 226	3 961 747	97,8
4	Stav dlouhodobého majetku, včetně poskytovaných záloh pořízený za sledované období	tis. Kč	354 088	229 814	64,9
4.1	v tom: majetek na vlastní činnost	tis. Kč	354 088	229 814	64,9
4.2	ostatní majetek	tis. Kč			
5	Stav finančních investic k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	100 000	100 000	100,0
5.1	z toho vázáno v dceřině společnosti		100 000	100 000	100,0
6	Finanční investice pořízené za sledované období	tis. Kč			
6.1	z toho: vázáno v dceřině společnosti				
7	Přijaté bankovní úvěry celkem (tj. bez údajů na řádcích 10 a 13)	tis. Kč			
7.1	v tom: dlouhodobé	tis. Kč			
7.2	krátkodobé	tis. Kč			
8	Splátky bankovních úvěrů krátkodobých i dlouhodobých celkem	tis. Kč	23 552	23 552	100,0
9	Nesplacený zůstatek bankovních úvěrů k poslednímu dni sledovaného období celkem	tis. Kč	59 184	59 185	100,0
10	Přijaté bezúročné půjčky ve sledovaném období	tis. Kč			
11	Splácení bezúročných půjček ve sledovaném období	tis. Kč			
12	Nesplacený zůstatek bezúročných půjček k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč			
13	Přijaté návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu ve sledovaném období	tis. Kč			
14	Splácení návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu ve sledovaném období	tis. Kč			
15	Nesplacený zůstatek návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč			
16	Přijaté finanční dary a nenávratné dotace	tis. Kč			
17	Přepočtený počet zaměstnanců k poslednímu dni sledovaného období	osob	5 200	4 788	92,1
18	Průměrný přepočtený počet zaměstnanců	osob	4 970	4 818	96,9
19	Výpočet limitu nákladů na činnost podle vyhlášky č. 418/2003 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, ve znění vyhlášky č. 656/2004 Sb., (dále jen „vyhláška o fondech“)	%	3,34	3,34	100,0
20	Rozvrhová základna pro propočet přidělu do provozního fondu	tis. Kč	123 537 000	123 839 353	100,2
21	Maximální limit nákladů na činnost propočtený z dosažené rozvrhové základny	tis. Kč	4 126 136	4 136 234	100,2
22	Skutečný přiděl ze ZFZP do provozního fondu	tis. Kč	4 126 136	4 136 234	100,2
III. Závazky a pohledávky					
23	Závazky celkem k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	21 123 000	16 658 215	78,9
23.1	v tom: závazky vůči zdravotnickým zařízením ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	11 880 000	12 955 395	109,1
23.2	závazky vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti	tis. Kč	8 507 000	2 427 780	28,5
23.3	ostatní závazky ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	736 000	1 275 040	173,2
23.4	ostatní závazky po lhůtě splatnosti	tis. Kč			
24	Pohledávky celkem k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	39 334 816	37 994 692	96,6
24.1	v tom: pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	8 123 000	8 090 568	99,6
24.2	pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti	tis. Kč	29 409 000	26 882 101	91,4
24.3	pohledávky za zdravotnickými zařízeními ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	700 000	832 108	118,9
24.4	pohledávky za zdravotnickými zařízeními po lhůtě splatnosti	tis. Kč	330 162	298 077	90,3
24.5	ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	688 922	1 808 106	262,5
24.6	ostatní pohledávky po lhůtě splatnosti	tis. Kč	83 732	83 732	100,0
Doplňující údaje k řádkům 1, 2, 5 a 6.					
k 1.1	z toho pojištěnci ze zemí Evropské unie	osob	5 877	6 573	111,8
k 2.1	z toho pojištěnci ze zemí Evropské unie	osob	5 597	5 816	103,9
k 5	z toho ve Fondu majetku (FM)	tis. Kč			
k 6	z toho ve Fondu majetku (FM)	tis. Kč			

Poznámka: Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 274/2005 Sb.

VZ 2006-Zuk-1

6.3 POJIŠTĚNCI POJIŠŤOVNY A JEJICH POHYB V ROCE 2006

6.3.1 POJIŠTĚNCI

V souladu s vymezením daným platným zněním zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, byli v roce 2006 účastníky veřejného zdravotního pojištění:

- osoby, které měly na území České republiky trvalý pobyt (bez ohledu na státní občanství)
- 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
- rodinní příslušníci pojištěnců ze zemí EU, vykonávajících v ČR výdělečnou činnost
- cizinci s přiznaným statutem azylant a děti narozené azylantkám na území ČR
- cizinci s oprávněním pobytu za účelem dočasné ochrany.

Od 1. 9. 2006 se dále stali účastníky veřejného zdravotního pojištění:

- cizinci s vízem za účelem strpění pobytu a jejich děti narozené na území ČR
- cizinci požívající doplňkovou ochranu a jejich děti narozené na území ČR
- žadatelé o udělení mezinárodní ochrany a jejich děti narozené na území ČR.

Z celkového počtu 10 323 341 osob (z čehož bylo 10 065 321 občanů České republiky a 258 020 cizích státních příslušníků), které byly **ke dni 31. prosince 2006** účastníky veřejného zdravotního pojištění v České republice, bylo u **Pojišťovny pojištěno celkem**

6 567 687 osob,
což je 63,6 % ze všech účastníků.

Z uvedeného počtu pojištěnců Pojišťovny k 31. 12. 2006 bylo

- 6 346 260 osob občany České republiky a 221 427 osob cizími státními příslušníky
- 3 247 607 mužů a 3 320 080 žen.

Počty pojištěnců i jejich věková skladba se v průběhu roku 2006 měnily, **v průměru bylo u Pojišťovny v roce 2006 pojištěno:**

- 6 576 805 pojištěnců, to je 63,8 % ze všech pojištěnců veřejného zdravotního pojištění, z toho bylo v průměru:
 - 3 249 437 mužů, to je 64,3 % ze všech mužů pojištěných v celém systému veřejného zdravotního pojištění
 - 3 327 368 žen, to je 63,4 % ze všech žen pojištěných v celém systému veřejného zdravotního pojištění.

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

- **ve věku do 20 let** 1 255 719 osob, to je 58,3 % ze všech pojištěnců v uvedeném věku v celém systému veřejného zdravotního pojištění, z toho 646 715 mužů, to je 58,5 % ze všech mužů uvedeného věku, a 608 464 žen, což je 58,0 % ze všech žen uvedeného věku
- **ve věku od 20 let do 60 let** 3 745 798 osob, to je 61,9 % ze všech pojištěnců uvedeného věku, z toho 1 963 806 mužů (63,7 % ze všech mužů v daném věku) a 1 781 992 žen (59,9 % ze všech žen v daném věku)
- **ve věku nad 60 let** 1 575 828 osob, to je 75,3 % ze všech pojištěnců tohoto věku, z toho 638 916 mužů (73,5 % ze všech mužů daného věku) a 936 912 žen (76,6 % ze všech žen tohoto věku).

6.3.2 POHYB POJIŠTĚNCŮ

Evidenční počet všech osob v České republice, které byly pojištěnci systému v. z. p., se mezi 31. prosincem 2005, kdy bylo evidováno 10 292 662 osob, a 31. prosincem 2006, kdy bylo evidováno **10 323 341 osob**, zvýšil o 30 679 osob. V tomtéž období **počet pojištěnců Pojišťovny klesl** z 6 617 714 osob na 6 567 687 pojištěnců, takže v rozmezí jednoho kalendářního roku došlo ke snížení evidenčního počtu pojištěnců Pojišťovny o **50 027 osob**, tj. o 0,76 %.

Celkový počet pojištěnců se v roce 2006 ve srovnání s rokem 2005:

- výrazněji snížil (o více než o 3 procenta) u 17 územních pracovišť
- středně snížil (o 1 až 3 procenta) u 32 územních pracovišť
- mírně snížil (nejvýše o 1 procento) u 16 územních pracovišť
- zvýšil u 12 územních pracovišť.

Vnitřní pohyb pojištěnců, vyjádřený absolutními počty osob náležejících k věkovým skupinám pojištěnců, v roce 2006 naznačil pokračování již dlouhodobého trendu, při kterém se podíl pojištěnců Pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách, ve vztahu ke všem pojištěncům v. z. p. v ČR, v nižších věkových skupinách snižuje, u vyšších věkových skupin zvyšuje. To svědčí o celkovém stárnutí

pojištěnců Pojišťovny. K pohybu pojištěnců docházelo také mezi jednotlivými kategoriemi plátců pojistného. Stejně jako v roce 2005 se snížil počet OSVČ, naopak navzdory předpokladu a trendům z minulých let vzrostl počet zaměstnaných pojištěnců. Vývoj počtu OBZP lze hodnotit jako v zásadě stejný. Snížil se však celkový počet osob, za které byl plátcem pojistného stát.

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 pojištěnců, kteří k Pojišťovně v jednotlivých čtvrtletích roku 2006 „přišli od jiných ZP“ (17 896 pojištěnců) a kteří od ní „odešli k jiné ZP“ (72 125 pojištěnců).

Ke skupinám osob, které k Pojišťovně v roce 2006 přicházely bez přestupu od jiných ZP (tj. které dosud nebyly pojištěny), patřili opět např. novorozenci nebo cizinci (pokud splnili podmínky účasti ve zdravotním pojištění např. přijetím do zaměstnání u zaměstnavatele se sídlem na území ČR, ve kterém byli nemocensky pojištěni). K osobám, které od Pojišťovny odcházely bez přestupu k jiným ZP (tj. které nadále nejsou pojištěny), pak patřily např. osoby, které odešly do ciziny (nepřetržitě nejméně na dobu půl roku), zemřely, nebo se jednalo o nezaopatřené rodinné příslušníky českých občanů vykonávajících výdělečnou činnost (zaměstnání, samostatnou výdělečnou činnost) v některé zemi EU.

Tabulky:

Věková struktura pojištěnců v roce 2006 – stav k 31. 12. 2006 je uveden v tabulce č. 31 a v grafu č. 1.

Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od ostatních zdravotních pojišťoven k Pojišťovně – v členění podle jednotlivých čtvrtletí roku 2006 a věkových skupin je uveden v tabulce č. 32 a v grafu č. 2.

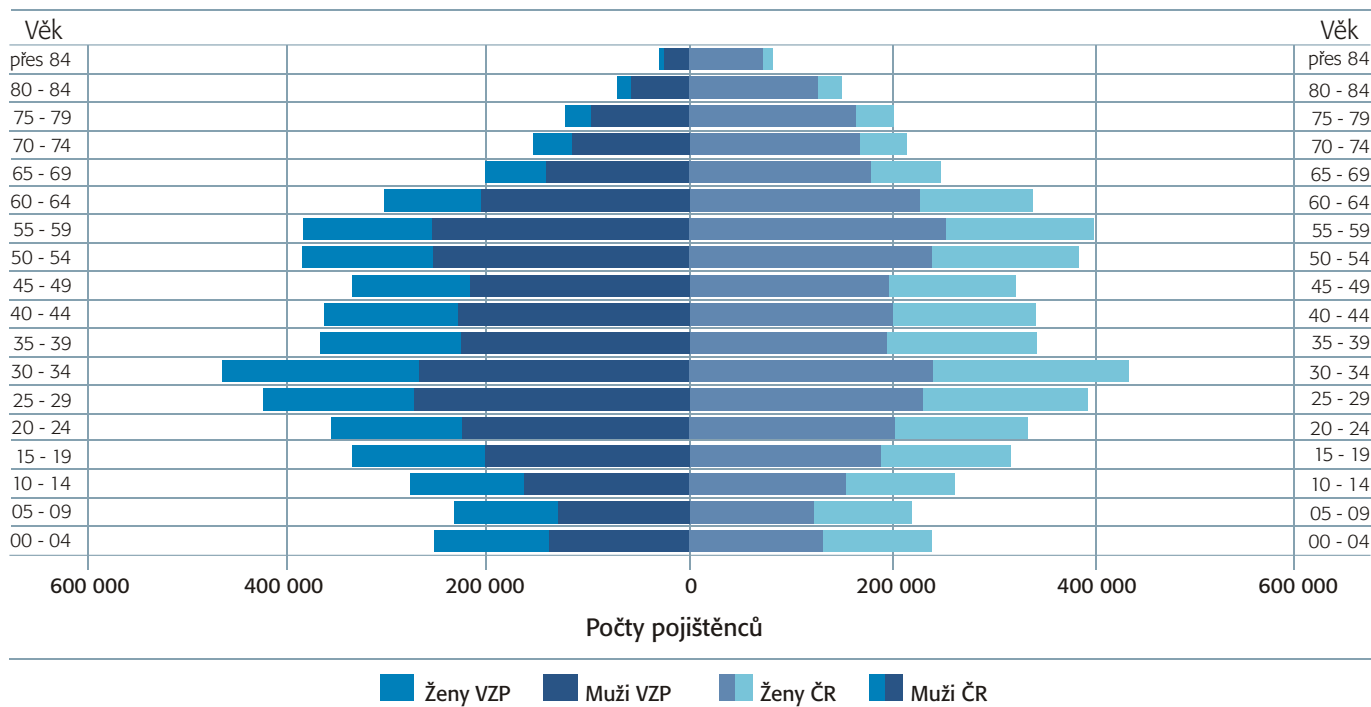
Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od Pojišťovny k ostatním zdravotním pojišťovnám – v členění podle jednotlivých čtvrtletí roku 2006 a věkových skupin je uveden v tabulce č. 33 a v grafu č. 2.

Vývoj počtu pojištěnců Pojišťovny v roce 2006 v členění podle územních pracovišť a krajů – stav vždy k poslednímu dni roku je uveden v tabulce č. 34.

Tabulka č. 31 (interní): Věková struktura pojištěnců Pojišťovny v roce 2006 v porovnání s vývojem věkových struktur a celkovým počtem pojištěnců, na které se vztahuje systém veřejného zdravotního pojištění v rámci ČR

Věková skupina	Muži			Ženy			Občané ČR		
	Celkem	z toho VZP		Celkem	z toho VZP		Celkem	z toho VZP	
		počet	%		počet	%		počet	%
0 - 4 roky	254 206	140 672	55,3	240 193	132 717	55,3	494 399	273 389	55,3
5 - 9 let	234 100	130 945	55,9	221 343	124 019	56,0	455 443	254 964	56,0
10 - 14 let	277 642	164 891	59,4	263 301	155 338	59,0	540 943	320 229	59,2
15 - 19 let	335 236	203 662	60,8	319 408	190 598	59,7	654 644	394 260	60,2
20 - 24 let	355 767	225 949	63,5	335 414	203 958	60,8	691 181	429 907	62,2
25 - 29 let	423 361	273 738	64,7	395 505	232 392	58,8	818 866	506 130	61,8
30 - 34 let	464 193	269 419	58,0	436 395	242 629	55,6	900 588	512 048	56,9
35 - 39 let	367 109	227 373	61,9	345 163	196 469	56,9	712 272	423 842	59,5
40 - 44 let	363 527	230 700	63,5	344 080	202 541	58,9	707 607	433 241	61,2
45 - 49 let	335 422	219 000	65,3	323 860	198 431	61,3	659 282	417 431	63,3
50 - 54 let	385 430	255 857	66,4	386 390	240 899	62,3	771 820	496 756	64,4
55 - 59 let	383 358	256 211	66,8	401 603	255 407	63,6	784 961	511 618	65,2
60 - 64 let	303 256	206 884	68,2	340 409	228 210	67,0	643 665	435 094	67,6
65 - 69 let	203 362	142 942	70,3	249 110	180 074	72,3	452 472	323 016	71,4
70 - 74 let	155 540	116 872	75,1	216 379	169 822	78,5	371 919	286 694	77,1
75 - 79 let	123 525	97 679	79,1	202 863	165 299	81,5	326 388	262 978	80,6
80 - 84 let	72 399	58 864	81,3	151 062	128 219	84,9	223 461	187 083	83,7
přes 85 let	30 668	25 949	84,6	82 762	73 058	88,3	113 430	99 007	87,3
Celkem	5 068 101	3 247 607	64,1	5 255 240	3 320 080	63,2	10 323 341	6 567 687	63,6

Graf č. 1: Věková struktura pojištěnců v roce 2006

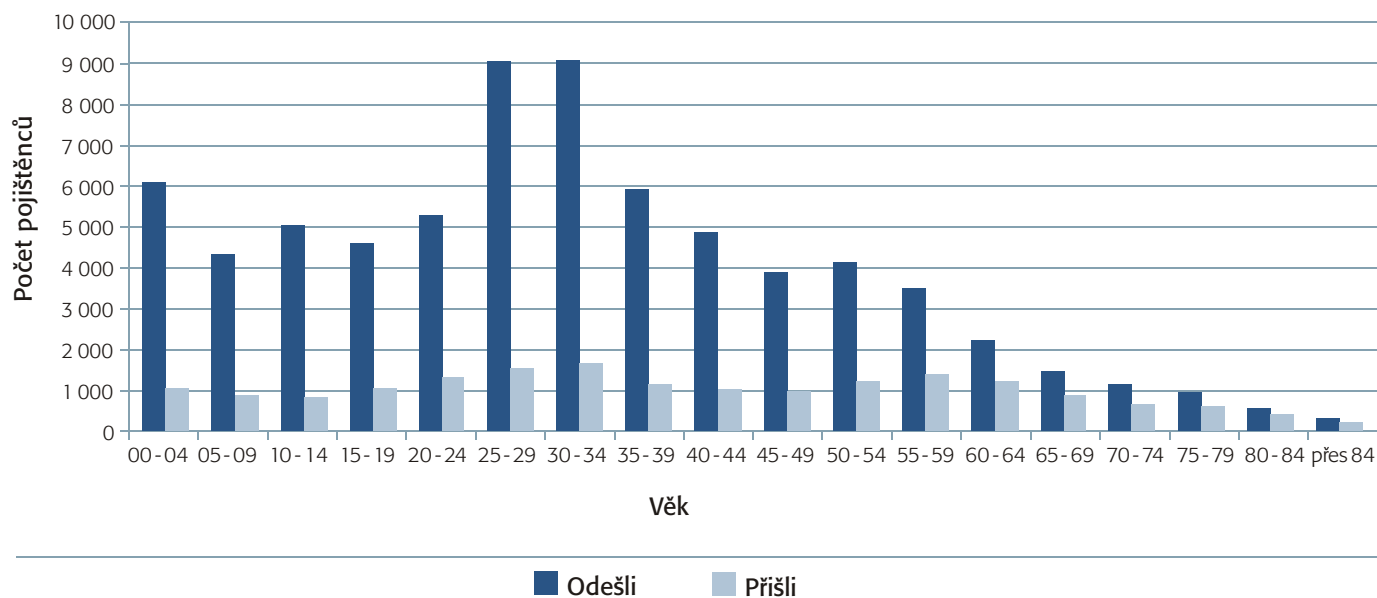


Tabulka č. 32 (interní): Přehled o pojištěncích, kteří se přihlásili od ostatních zdravotních pojišťoven k Pojišťovně

Věková skupina	I/06	II/06	III/06	IV/06	r. 2006
0 - 4 roky	218	239	280	315	1 052
5 - 9 let	163	225	220	252	860
10 - 14 let	159	208	176	258	801
15 - 19 let	175	247	260	359	1 041
20 - 24 let	268	319	329	390	1 306
25 - 29 let	298	425	370	417	1 510
30 - 34 let	315	487	414	437	1 653
35 - 39 let	217	284	309	321	1 131
40 - 44 let	198	271	266	278	1 013
45 - 49 let	163	246	279	290	978
50 - 54 let	245	327	310	329	1 211
55 - 59 let	258	334	405	394	1 391
60 - 64 let	205	310	342	352	1 209
65 - 69 let	165	207	278	233	883
70 - 74 let	128	143	188	182	641
75 - 79 let	109	151	178	164	602
80 - 84 let	80	116	124	100	420
přes 84 let	39	64	47	44	194
Celkem	3 403	4 603	4 775	5 115	17 896

Tabulka č. 33 (interní): Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od Pojišťovny k ostatním zdravotním pojišťovnám

Věková skupina	I/06	II/06	III/06	IV/06	r. 2006
0 - 4 roky	2 428	1 587	1 034	1 019	6 068
5 - 9 let	1 845	1 090	641	742	4 318
10 - 14 let	2 182	1 146	846	858	5 032
15 - 19 let	2 003	1 034	814	713	4 564
20 - 24 let	2 172	1 348	864	879	5 263
25 - 29 let	3 818	2 338	1 439	1 439	9 034
30 - 34 let	3 927	2 258	1 494	1 384	9 063
35 - 39 let	2 672	1 394	954	868	5 888
40 - 44 let	2 318	1 168	699	673	4 858
45 - 49 let	1 929	890	518	532	3 869
50 - 54 let	2 028	919	593	560	4 100
55 - 59 let	1 725	774	485	480	3 464
60 - 64 let	1 095	480	342	322	2 239
65 - 69 let	672	283	244	246	1 445
70 - 74 let	516	229	173	216	1 134
75 - 79 let	408	212	173	144	937
80 - 84 let	233	111	104	103	551
přes 84 let	137	63	43	55	298
Celkem	32 108	17 324	11 460	11 233	72 125

Graf č. 2: Věková struktura příšlých a odešlých pojištěnců


Tabulka č. 34 (interní): Vývoj počtu pojištěnců Pojišťovny v roce 2006 v členění podle územních pracovišť a krajů

Okres a kraj	Počet pojištěnců VZP		Index 06/05
	stav k 31. 12. 2005	stav k 31. 12. 2006	
1 KRAJ HL. M. PRAHA	759 840	756 471	1,00
2 Benešov	66 043	65 310	0,99
3 Beroun	40 666	40 242	0,99
4 Kladno	80 316	77 692	0,97
5 Kolín	79 287	79 082	1,00
6 Kutná Hora	38 996	38 727	0,99
7 Mělník	71 985	71 558	0,99
8 Ml. Boleslav	29 941	31 118	1,04
9 Nymburk	62 837	62 260	0,99
10 Praha-východ	68 300	68 946	1,01
11 Praha-západ	64 414	65 755	1,02
12 Příbram	84 841	84 246	0,99
13 Rakovník	39 024	38 326	0,98
14 STŘEDOČESKÝ KRAJ	726 650	723 262	1,00
15 Č. Budějovice	113 622	113 131	1,00
16 Čes. Krumlov	42 486	42 412	1,00
17 Jindř. Hradec	69 230	68 786	0,99
18 Písek	52 848	52 141	0,99
19 Prachatice	35 248	34 322	0,97
20 Strakonice	50 215	50 017	1,00
21 Tábor	58 525	57 558	0,98
22 JIHOČESKÝ KRAJ	422 174	418 367	0,99
23 Pelhřimov	60 339	60 086	1,00
24 Havl. Brod	65 721	65 847	1,00
25 Jihlava	95 599	95 822	1,00
26 Třebíč	91 911	90 938	0,99
27 Žďár n. Sáz.	83 230	82 269	0,99
28 KRAJ VYSOČINA	396 800	394 962	1,00
29 Domažlice	47 503	47 579	1,00
30 Klatovy	62 033	61 138	0,99
31 Plzeň-město	92 260	91 784	0,99
32 Plzeň-jih	48 000	47 953	1,00
33 Plzeň-sever	47 186	47 051	1,00
34 Rokycany	29 488	29 006	0,98
35 Tachov	37 479	37 420	1,00
36 PLZEŇSKÝ KRAJ	363 949	361 931	0,99
37 Cheb	63 798	64 431	1,01
38 Karlovy Vary	93 732	93 546	1,00
39 Sokolov	64 494	64 131	0,99
40 KARLOVARSKÝ KRAJ	222 024	222 108	1,00
41 Česká Lípa	77 495	77 272	1,00
42 Jablonec n. N.	73 344	73 676	1,00
43 Liberec	126 133	126 790	1,01
44 Semily	61 967	61 641	0,99
45 LIBERECKÝ KRAJ	338 939	339 379	1,00
46 Děčín	95 325	94 630	0,99
47 Chomutov	100 203	99 785	1,00
48 Litoměřice	90 004	89 672	1,00
49 Louny	71 532	71 525	1,00
50 Most	102 733	102 326	1,00
51 Teplice	98 998	98 368	0,99
52 Ústí n. Labem	53 005	51 358	0,97
53 ÚSTECKÝ KRAJ	611 800	607 664	0,99
54 Chrudim	83 292	83 020	1,00
55 Pardubice	124 616	123 556	0,99
56 Svitavy	88 350	88 029	1,00
57 Ústí n. Orlicí	85 823	85 284	0,99
58 PARDUBICKÝ KRAJ	382 081	379 889	0,99
59 Hr. Králové	95 324	94 434	0,99
60 Jičín	59 100	58 556	0,99
61 Náchod	86 671	86 216	0,99
62 Rychnov n. Kn.	53 995	53 928	1,00
63 Trutnov	62 668	61 993	0,99
64 KRÁLOVÉHRADEC. KR.	357 758	355 127	0,99
65 Blansko	79 178	78 662	0,99
66 Brno-město	236 621	237 612	1,00
67 Brno-venkov	115 283	116 584	1,01
68 Břeclav	85 406	84 115	0,98
69 Hodonín	86 639	84 961	0,98
70 Vyškov	56 491	56 107	0,99
71 Znojmo	71 450	70 975	0,99
72 JIHMORAVSKÝ KRAJ	731 068	729 016	1,00
73 Kroměříž	58 165	57 605	0,99
74 Uh. Hradiště	95 709	94 682	0,99
75 Zlín	163 312	161 910	0,99
76 Vsetín	108 697	106 102	0,98
77 ZLÍNSKÝ KRAJ	425 883	420 299	0,99
78 Prostějov	51 948	50 761	0,98
79 Olomouc	76 757	74 313	0,97
80 Přerov	95 651	94 387	0,99
81 Šumperk	82 920	80 990	0,98
82 Jeseník	25 869	25 342	0,98
83 OLOMOUCKÝ KRAJ	333 145	325 793	0,98
84 Bruntál	56 292	54 980	0,98
85 Frýdek-Místek	94 017	93 123	0,99
86 Karviná	109 236	105 987	0,97
87 Nový Jičín	85 673	83 607	0,98
88 Opava	95 806	93 077	0,97
89 Ostrava	104 579	102 645	0,98
90 MORAVSKOSLEZS. KR.	545 603	533 419	0,98
91 Česká republika	6 617 714	6 567 687	0,99

6.3.3 POROVNÁNÍ POČTŮ POJIŠTĚNCŮ S PŘEDPOKLADY VE ZPP 2006

Schválený ZPP 2006 počítal v 1. čtvrtletí roku 2006 s úbytkem 40 tis. pojištěnců, v dalších čtvrtletích pak již jen 25 tis. Ve skutečnosti v 1. čtvrtletí ubylo cca 42 tis. pojištěnců, v dalších čtvrtletích však již byly úbytky nižší, než předpokládal ZPP 2006. Ve 2. čtvrtletí se snížil počet pojištěnců Pojišťovny o cca 11 tis. pojištěnců, ve 3. čtvrtletí o necelých 3,7 tis. pojištěnců a ve 4. čtvrtletí již jen o 1,5 tis. osob. To způsobilo, že v prosinci 2006 bylo u Pojišťovny pojištěno o cca 56 tis. pojištěnců více, než předpokládal ZPP. Průměrný počet pojištěnců Pojišťovny v roce 2006 byl o více než 20 tis. osob vyšší, než předpokládal ZPP 2006.



**Plnění podmínek
ustanovení § 18 zákona
č. 106/1999 Sb., ve znění
pozdějších předpisů**

Pojišťovna se od roku 2000 zabývá agendou o poskytování informací podle zákona č. 106/1999, o svobodném přístupu k informacím. Při soudním výkladu pojmu „veřejná instituce hospodařící s veřejnými prostředky“ bylo určeno, že Pojišťovna naplňuje definiční znaky tohoto pojmu a je tedy subjektem s tzv. úplnou informační povinností. V roce 2006 obdržela Pojišťovna 19 žádostí, které vyřídila ve stanovené lhůtě. Žádná žádost nebyla odmítnuta.

Tabulka č. 35 (interní): Poskytování informací dle zákona č. 106/1999 Sb. za všechny kraje a oddělení informací a asistence Ústředí v roce 2006

Počet podaných žádostí o informace	19
Počet vydaných rozhodnutí o odmítnutí žádosti	0
Počet podaných odvolání proti rozhodnutí	0
Počet stížností podaných podle § 16a zákona	0

Opis podstatných částí rozsudku Městského soudu v Praze

Městský soud v Praze rozhodl rozsudkem ze dne 11. ledna 2006 ve věci žalobce MUDr. P. V. proti žalované Pojišťovně o žalobě proti rozhodnutí žalované tak, že žaloba se zamítá.

„Soud je toho názoru, že ustanovení § 10 zákona, které upravuje ochranu důvěrnosti majetkových poměrů, je právě tím ustanovením, které omezuje takzvanou úplnou informační povinnost subjektů, které jsou vyjmenované v 1. odstavci ustanovení § 2 zákona, kdy tyto subjekty mohou odmítnout poskytnutí této úplné informační povinnosti právě z důvodů v zákoně stanovených. Z citovaného ustanovení § 24a zákona č. 551/1991 Sb. vyplývá, že cílem tohoto ustanovení je chránit veškeré údaje informačního systému VZP ČR, tedy nejenom údaje o pojištěncích a plátcích pojistného, ale i údaje týkající se vykazování a úhrady zdravotní péče. Protože podle názoru soudu údaje o platbách od VZP ČR je třeba chápat jako údaje o majetkových poměrech osob a tyto údaje byly získány v rámci provozování systému veřejného zdravotního pojištění, tak tyto údaje jsou podle názoru soudu z informační povinnosti podle zákona o svobodném přístupu k informacím vyňaty a nelze je tedy poskytnout s ohledem na ustanovení § 10 zákona.“

„...podle ustanovení zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a ve smyslu vyhlášky č. 457/2000 Sb. jsou uzavírány individuální smlouvy VZP ČR se zdravotnickými zařízeními. Jde o speciální smlouvy s výraznými veřejnoprávními prvky a podle těchto rámcových smluv se vztahy upravené ve smlouvě nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy podle citované vyhlášky, pokud to rámcová smlouva sama neumožňuje. Podle článku 12 odst. 1 zajišťují smluvní strany trvale přístupné a jasné informace o existenci smluvního vztahu a právech vyplývajících z něho pro pojištěnce. Z tohoto ustanovení vyplývá, že zdravotní pojišťovna je povinna informovat pouze o samotné existenci smluvního vztahu, rozsahu nasmlouvané poskytované zdravotní péče a podobně. Jiné informace o smluvním vztahu, tedy způsob a výši úhrady za poskytnutou zdravotní péči není VZP ČR oprávněna poskytovat, neboť je vázána rámcovými smlouvami a zákonem uloženou povinností zachovávat mlčenlivost podle ustanovení § 24a zákona č. 551/1991 Sb. Kromě toho je v rámcových smlouvách zakotveno, že smluvní strany své zaměstnance zaváží s ohledem na ochranu práv pojištěnců a zájmu zdravotnického zařízení i pojišťovny k zachování povinné mlčenlivosti o skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání a nebo při zpracování údajů z informačního systému na základě smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi (článek 3 odst. 1 rámcových smluv).“

„Na základě shora citovaných ustanovení rámcových smluv a ustanovení § 10 zákona o informacích jde o ochranu důvěrnosti majetkových poměrů a žalovaná byla povinna odmítnout poskytnutí informace požadované žalobcem...“

„Protože poskytnutí těchto informací brání důvod stanovený v § 10 cit. zákona, to je ochrana důvěrnosti majetkových poměrů, nebylo třeba zkoumat, zda lze na požadované informace vztáhnout ust. § 9 odst. 2 zák. 106/1999 Sb.“

„Lze rovněž přisvědčit žalované, že i v případě existence takto zpracovávaných údajů (struktura úhrady nemocnice v IR DRG) by nemohly být žalobci poskytnuty s ohledem na ustanovení § 11 odst. 1 písm. b) zák. o informacích, protože by se jednalo o novou informaci vzniklou při přípravě rozhodnutí povinného subjektu nebo by podle ust. § 11 odst. 1 písm. a) cit. zák. šlo o výsledky analytické a metodické činnosti, které slouží jako východisko pro rozhodování a řízení (vnitřní pokyny) povinného subjektu.“



Závěr

Vyhodnocení roku dle Metodiky MZ

Metodika zpracování a předkládání výročních zpráv činných zdravotních pojišťoven za rok 2006 vydaná MZ ve spolupráci s MF stanoví kritéria, která má každá zdravotní pojišťovna v závěrech své výroční zprávy za rok 2006 zhodnotit. V následujících bodech je uveden výsledek hospodaření dle stanovených kritérií.

8.1 POROVNÁNÍ VÝŠE PŘÍJMŮ A VÝDAJŮ

Výše příjmů z pojistného po přerozdělování (tabulka ZFZP, oddíl B. II. ř. 1 + ř. 2) dosáhla 122 474 mil. Kč. Věcné dávky zdravotní péče dosáhly výše 113 801 mil. Kč a předpis převodu do provozního fondu 4 136 mil. Kč. Příjmy z pojistného po přerozdělování tak převýšily součet těchto dvou položek o 4 537 mil. Kč.

8.2 STAV ZÁVAZKŮ VŮČI ZZ

Stav závazků Pojišťovny vůči ZZ k 31. 12. 2006 ve lhůtě splatnosti vzrostl ve srovnání se stavem k 31. 12. 2005 v absolutní výši o 1,684 mld. Kč, v relativní výši o 15 %, stav závazků po lhůtě splatnosti vůči ZZ za stejné období poklesl o 8,185 mld. Kč.

Stav závazků Pojišťovny vůči ZZ k 31. 12. 2006 ve lhůtě splatnosti vzrostl ve srovnání s plánovaným stavem v ZPP 2006 v absolutní výši o 1,075 mld. Kč, v relativní výši o 9 %, stav závazků po lhůtě splatnosti vůči ZZ v porovnání se ZPP 2006 poklesl o 6,079 mld. Kč.

8.2.1

Průměrný denní výdaj Pojišťovny za zdravotní péči v roce 2006 byl 329 mil. Kč.

8.2.2

Závazky Pojišťovny ve lhůtě splatnosti vůči ZZ k 31. 12. 2006 v porovnání s průměrným denním výdajem (počet dnů reprezentujících závazky ve lhůtě splatnosti) představují 39,4 kalendářních dnů.

8.2.3

Závazky Pojišťovny po lhůtě splatnosti vůči ZZ k 31. 12. 2006 v porovnání s průměrným denním výdajem (počet dnů reprezentujících závazky po lhůtě splatnosti) představují 7,4 kalendářních dnů.

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

8.2.4 VLIV VYHLÁŠKY Č. 290/2006 SB., O RÁMCOVÝCH SMLOUVÁCH

Na základě vyhlášky č. 290/2006 Sb., o rámcových smlouvách, se doba splatnosti faktur za zdravotní péči, předložených ZZ, prodloužila o 10 kalendářních dnů. Prodloužení lhůt splatnosti tedy mělo mít vliv na lepší finanční bilanci Pojišťovny. Pojišťovna však již dříve měla poměrně velkou část smluv se ZZ uzavřenou s prodlouženou lhůtou splatnosti (většina těchto smluv byla uzavřena se splatností prvních 50 % do 20 kalendářních dnů a druhých 50 % se splatností do 40 kalendářních dnů), což vliv této vyhlášky zmenšilo. K vlastnímu působení vyhlášky tedy docházelo postupně až na přelomu roku.

Kvalifikovaným odhadem stanovuje Pojišťovna snížení závazků po lhůtě splatnosti k 31. 12. 2006 způsobené vlivem vyhlášky č. 290/2006 Sb. (prodloužení lhůt splatnosti na 30 dnů) na 30 mil. Kč.

8.3 POROVNÁNÍ ZŮSTATKU BANKOVNÍHO ÚČTU ZFZP SE ZŮSTATKY NESPLACENÝCH ÚVĚŘŮ

Pojišťovna nečerpala pro potřeby základního fondu zdravotního pojištění v roce 2006 úvěr ani jinou návratnou finanční výpomoc a neevidovala zůstatek úvěru z minulých let. K 31. 12. 2006 činil zůstatek bankovního účtu 243,2 mil. Kč.

8.4 NAPLNĚNÍ BANKOVNÍHO ÚČTU REZERVNÍHO FONDU

V souladu s ustanovením § 2 odst. 5 vyhlášky č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů, nebyl bankovní účet rezervního fondu naplněn. Důvodem byla existence závazků vůči ZZ po lhůtě splatnosti.

8.5 PLNĚNÍ PŘÍDĚLŮ DO OSTATNÍCH FONDŮ

Účetně byly fondy v průběhu roku 2006 naplňovány přídělými tvořenými předpisy vzájemných pohledávek jednotlivých fondů v souladu s vyhláškou MF č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Finančně byly fondy v průběhu roku 2006 průběžně naplňovány přídělými realizovanými až v době vzniku finanční potřeby fondu, nikoliv pravidelnými kalendářními finančními přídělými.

8.6 POROVNÁNÍ STAVU FINANČNÍCH PROSTŘEDKŮ ZFZP ODDÍL B

Konečný zůstatek finančních prostředků na běžných účtech ZFZP činil k 31. 12. 2006 částku 243,2 mil. Kč a byl oproti ZPP 2006 vyšší o částku 183,2 mil. Kč. Uvedený rozdíl stavu finančních prostředků ZFZP oddíl B byl způsoben technickou poruchou v systému využívaného elektronického bankovníctví u ČSOB a. s. na Ústředí Pojišťovny v závěru roku, kdy z uvedeného důvodu nemohly být včas zoslané finanční prostředky k úhradě závazků vůči ZZ.

8.7 STAV POHLEDÁVEK PO LHŮTĚ SPLATNOSTI ZA PLÁTCI POJISTNÉHO

Výše pohledávek po lhůtě splatnosti k 31. 12. 2006 činila 26 882 mil. Kč. V průběhu roku 2006 došlo k nárůstu pohledávek po lhůtě splatnosti oproti stavu k 31. 12. 2005 o 3 008 mil. Kč.

Hodnocení vychází z absolutního nárůstu očištěného o vliv úhrad z ČKA. Úhrady z ČKA jsou v plné výši pohledávkami po lhůtě splatnosti, které byly odkoupeny, proto je nutno v příslušném roce k meziročnímu rozdílu tuto částku přičíst. Ukazatel je růstovou veličinou (v každém následujícím roce se tak relativní vliv snižuje). Při porovnání vycházíme z následujících dat platných pro výši pohledávek po lhůtě splatnosti (PPS) v jednotlivých letech:

Tabulka č. 36 (interní): Meziroční porovnání výše pohledávek za plátcí pojistného po splatnosti v mil. Kč

rok	PPS	ČKA	meziroční nárůst
2002	17 656	0	
2003	21 212	0	3 556
2004	22 028	2 356	3 172
2005	23 874	3 022	4 868
2006	26 882	-3	3 005

V absolutní výši vychází meziroční nárůst pohledávek po lhůtě splatnosti v průběhu roku 2006 nejlépe.

8.8 STAV POHLEDÁVEK PO LHŮTĚ SPLATNOSTI ZA ZZ

Pohledávky po lhůtě splatnosti za smluvními zdravotnickými zařízeními evidovala Pojišťovna na konci roku ve výši 298 mil. Kč. Meziroční pokles těchto pohledávek činil 32 mil. Kč. Jedná se o pohledávky z uplatnění cenové regulace stanovené zákonem č. 526/1990 Sb., o cenách.

8.9 STAV ZÁVAZKŮ PO LHŮTĚ SPLATNOSTI ZA ZZ

Závazky Pojišťovny po lhůtě splatnosti vůči ZZ vztahující se k základnímu fondu zdravotního pojištění se oproti roku 2005 snížily o 8 185 mil. Kč na 2 428 mil. Kč.

8.10 VNITŘNÍ OPATŘENÍ KE KONSOLIDACI HOSPODAŘENÍ PŘIJÍMANÁ V PRŮBĚHU ROKU 2006

Do roku 2006 vstupovala Pojišťovna s rekordně vysokými dluhy vůči poskytovatelům zdravotní péče. Nutnost konsolidace hospodaření vyplynula z nahromaděných dluhů posledních let. Zlepšení hospodaření Pojišťovny bylo provedeno kombinací vnějších zásahů a vnitřních opatření. Bylo nutné posílit příjmovou stranu bilance a naopak utlumit výši nákladů.

Důležitým parametrem pro výši výběru pojistného je počet a skladba pojištěnců. ZPP 2006 předpokládal úbytek průměrného počtu pojištěnců v roce 2006 o 95 tis. osob. Ve skutečnosti odešlo od Pojišťovny 74,9 tis. osob. Pojišťovně se podařilo zpomalit tempo odchodu pojištěnců, u nejdůležitější skupiny z hlediska příjmů – zaměstnanců – dokonce počet vzrostl.

Na straně nákladů se podařilo Pojišťovně utlumit jejich růst ve větší míře, než předpokládal ZPP 2006. Nejmarkantněji se tento útlum projevil zejména u nákladů na zdravotní péči, kde meziročně tyto náklady stouply pouze o 2,2 % a oproti ZPP 2006 byly nižší o 3 539 mil. Kč. Dále Pojišťovna ušetřila finanční prostředky i v nákladech na vlastní činnost. Původně plánovaná úspora provozního fondu ve výši 453 mil. Kč byla překročena o 339 mil. Kč a dosáhla celkové výše 792 mil. Kč.

Dobrých výsledků hospodaření bylo dosaženo v roce 2006 vlivem činnosti Pojišťovny jak na příjmové, tak na nákladové straně bilance především zavedením zásad vnitřního finančního plánování v Pojišťovně, včetně stanovení odpovědnosti jednotlivých organizačních složek.

8.11 DALŠÍ SPECIFICKÉ POSTUPY, KTERÉ OVLIVNILY HOSPODAŘENÍ SE ZFZP V ROCE 2006

Hospodaření Pojišťovny hodnoceno z hlediska příjmů a nákladů (bez odpisu pohledávek a převodu do rezervního fondu) se vůči ZPP 2006 zlepšilo oproti plánu o 3 424 mil. Kč. Zlepšení ekonomických výsledků nastalo hlavně ve druhém pololetí roku 2006.

Pozitivní vývoj byl způsoben jednak skutečnostmi nezávislými na činnosti Pojišťovny (vývoj makroekonomických ukazatelů a změny legislativy v oblasti příjmů a výdajů Pojišťovny) a zároveň opatřeními přijatými vedením Pojišťovny (změna vnitřní organizační struktury, posílení významu krajských poboček a kontroly klíčových procesů Pojišťovny).



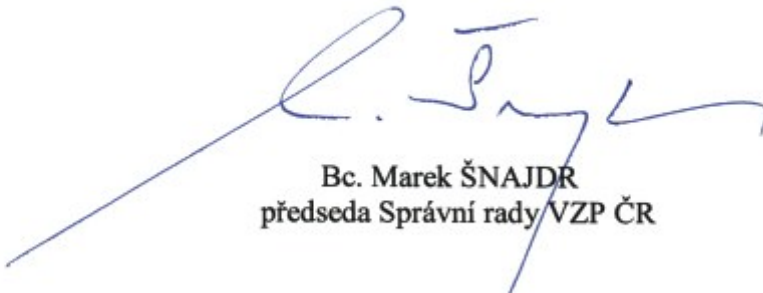
Přílohy

**USNESENÍ SPRÁVNÍ RADY VZP ČR
K VÝROČNÍ ZPRÁVĚ VZP ČR ZA ROK 2006
ze dne 23. dubna 2007**

Správní rada VZP ČR schvaluje Výroční zprávu VZP ČR za rok 2006 ve znění po zapracování následujících připomínek :

- a) vypuštění části posledního odstavce na str. 103, která se týká úhrad roku 2007,**
- b) zakomponování dopadů legislativních opatření do příjmů pojišťovny.**

V Praze dne 23. dubna 2007



Bc. Marek ŠNAJDR
předseda Správní rady VZP ČR

**USNESENÍ DOZORČÍ RADY VZP ČR
K VÝROČNÍ ZPRÁVĚ VZP ČR ZA ROK 2006
ze dne 17. dubna 2007**

Dozorčí rada VZP ČR projednala předloženou Výroční zprávu VZP ČR za rok 2006.

Dozorčí rada VZP ČR přijala dílčí připomínky svých členů k Výroční zprávě VZP ČR za rok 2006.

Dozorčí rada VZP ČR doporučuje Správní radě VZP ČR Výroční zprávu VZP ČR za rok 2006 se zapracovanými připomínkami schválit.

V Praze dne 17. dubna 2007

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

**Praha, spol. s r. o.**auditorské, daňové a poradenské služby
člen Pannell Kerr Forster International

ZPRÁVA NEZÁVISLÉHO AUDITORA

pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu ČR

Ověřili jsme přiloženou účetní závěrku **Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR** se sídlem: Praha 3, Orlická 4/2020, IČ: 41197518, tj. rozvahu k 31.12.2006, výkaz zisku a ztráty za období od 1.1.2006 do 31.12.2006 a přílohu této účetní závěrky, včetně popisu použitých významných účetních metod. Údaje o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR jsou uvedeny v příloze této účetní závěrky.

Odpovědnost statutárního orgánu účetní jednotky za účetní závěrku

Za sestavení a věrné zobrazení účetní závěrky v souladu s českými účetními předpisy odpovídá statutární orgán Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR. Součástí této odpovědnosti je navrhnout, zavést a zajistit vnitřní kontroly nad sestavováním a věrným zobrazením účetní závěrky tak, aby neobsahovala významné nesprávnosti způsobené podvodem nebo chybou, zvolit a uplatňovat vhodné účetní metody a provádět dané situaci přiměřené účetní odhady.

Odpovědnost auditora

Naší úlohou je vydat na základě provedení auditu výrok k této účetní závěrce. Audit jsme provedli v souladu se zákonem o auditorech a Mezinárodními auditorskými standardy a souvisejícími aplikačními doložkami Komory auditorů České republiky. V souladu s těmito předpisy jsme povinni dodržovat etické normy a naplánovat a provést audit tak, abychom získali přiměřenou jistotu, že účetní závěrka neobsahuje významné nesprávnosti.

Audit zahrnuje provedení auditorských postupů, jejichž cílem je získat důkazní informace o částkách a skutečnostech uvedených v účetní závěrce. Výběr auditorských postupů závisí na úsudku auditora, včetně posouzení rizik, že účetní závěrka obsahuje významné nesprávnosti způsobené podvodem nebo chybou. Při posuzování těchto rizik auditor přihlédne k vnitřním kontrolám, které jsou relevantní pro sestavení a věrné zobrazení účetní závěrky. Cílem posouzení vnitřních kontrol je navrhnout vhodné auditorské postupy, nikoliv vyjádřit se k účinnosti vnitřních kontrol. Audit též zahrnuje posouzení vhodnosti použitých účetních metod, přiměřenosti účetních odhadů provedených vedením i posouzení celkové prezentace účetní závěrky.

HZ Praha, spol. s r. o.
Kodářská 1441/46
100 10 Praha 10

zapsána u Měst. soudu v Praze
spis. zn. C 1908
IČ: 170 49 644
DIČ: CZ 170 49 644

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

Komerční banka
Na Kovárně 10, Praha 10
IBAN No. CZ320100000000712949011
Swift Code KOMECZPPXXX

Domníváme se, že získané důkazní informace tvoří dostatečný a vhodný základ pro vyjádření našeho výroku.

Výrok auditora

Podle našeho názoru, účetní závěrka podává věrný a poctivý obraz aktiv, pasiv a finanční situace Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR k 31. 12. 2006 a nákladů, výnosů a výsledku hospodaření za rok 2006 v souladu s českými účetními předpisy.

Ověřili jsme soulad výroční zprávy Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR k 31. 12. 2006 s účetní závěrkou, která je obsažena v této výroční zprávě. Za správnost výroční zprávy je zodpovědný statutární orgán Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR. Naším úkolem je vydat na základě provedeného ověření výrok o souladu výroční zprávy s účetní závěrkou.

Podle našeho názoru jsou informace uvedené ve výroční zprávě Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR k 31. 12. 2006 ve všech významných ohledech v souladu s výše uvedenou účetní závěrkou.


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




HZ Praha, spol. s r. o.
člen Pannell Kerr Forster INTERNATIONAL
Kodaňská 1441/46
100 10 Praha 10
osvědčení o zápisu do seznamu
auditorských společností KAČR č. 31

V Praze, dne 30. března 2007

Výkaz Úč Zp 1-01

Název a sídlo účetní jednotky

ROZVAHA

k 31.12.2006

(v tis. Kč)

VZP ČR

Orlická 4/2020

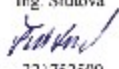
Praha 3



Číslo účtu	IKF	Rok	Měsíc	IC
01	850098	2006	12	41197518

a	b	Minulé období	Hrubá výše	Uprava	Čistá výše
1	2	3	4		
AKTIVA					
A. Dlouhodobý nehmotný majetek	1	337 537	1 603 636	1 320 290	283 346
B. Finanční umístění (investice)	2				0
C. Dlouhodobý hmotný majetek	3	3 776 854	5 458 636	1 780 235	3 678 401
I. Pozemky a stavby (nemovitosti)	4	3 259 313	4 205 828	751 387	3 454 441
II. Věci movité, v tom:	5	245 815	1 200 942	1 028 848	172 094
1. odepisované	6	244 958	1 200 085	1 028 848	171 237
2. neodpisované	7	857	857		857
III. Náklady na pořízení DHM a poskytnuté zálohy	8	271 726	51 866		51 866
D. Dlouhodobý finanční majetek	9	100 000	100 000		100 000
I. Podíly	10	100 000	100 000		100 000
1. Podíly v ovládaných osobách	11	100 000	100 000		100 000
2. Dluhopisy vydané ovládanými osobami a půjčky těmto osobám	12				0
3. Podíly s podstatným vlivem	13				0
4. Dluhopisy vydané osobami, ve kterých má ÚJ podst. vliv a půjčky	14				0
II. Jiný dlouhodobý finanční majetek	15	0	0		0
1. Akcie a ostatní cenné papíry s proměnlivým výnosem, ost. podíly	16				0
2. Dluhové cenné papíry	17				0
3. Depozita u finančních institucí	18				0
4. Ostatní dlouhodobý finanční majetek	19				0
E. Dlužníci	20	33 708 575	37 994 692		37 994 692
I. Pohledávky z veřejného zdravotního pojištění, v tom:	21	33 634 788	37 932 802		37 932 802
1. za plátců pojistného	22	31 537 593	34 972 669		34 972 669
2. za poskytovatele zdravotní péče	23	1 431 154	1 130 185		1 130 185
3. z přerozdělení pojistného	24	83 732	729 469		729 469
4. z náhrad škod veřej. zdravot. pojištění	25	272 085	278 952		278 952
5. z příspěvků do zajišťovacího fondu	26				0
6. z plnění mezinárodních smluv o zdravotní péči	27	210 700	331 243		331 243
7. ostatní pohledávky, z toho:	28	99 544	490 284		490 284
a) pohledávky zvláštního účtu přerozdělení	29	83 732	475 798		475 798
II. Ostatní pohledávky, z toho:	30	73 787	61 890		61 890
1. Pohledávky Fondu budoucnosti	31				0
2. Pohledávky z operací přímého pojištění, v tom:	32	0	0		0
a) pohledávky za pojistníky	33				0
b) pohledávky za zprostředkovateli	34				0
3. Pohledávky z operací zajištění	35				0
F. Ostatní aktiva	36	203 091	646 879		646 879
I. Zásoby	37	4 984	5 552		5 552
II. Hotovost na účtech u fin. institucí a hotovost v pokladně, z toho:	38	193 628	618 089		618 089
1. Pokladna a jiné pokladní hodnoty	39	9 756	8 905		8 905
2. Peníze na cestě	40	-11	292		292
3. Šeky	41				0
4. Zvláštní bankovní účty, v tom:	42	104 838	270 161		270 161
a) základního fondu	43	53 980	240 155		240 155
b) rezervního fondu	44	6	114		114
c) provozního fondu	45	21 050	12 083		12 083
d) sociálního fondu	46	14 973	12 935		12 935
e) fondu reprodukce investičního majetku	47	6 461	2 273		2 273
f) fondu prevence	48	8 468	2 601		2 601
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	79 045	338 731		338 731
a) zvláštní účet přerozdělení	53	60 242	310 044		310 044
b) účet Fondu budoucnosti	54	3 993	201		201
III. Jiná aktiva	55	4 479	23 238		23 238
G. Přejícné účty aktiv	56	19	490		490
I. Ostatní přejícné účty aktiv, z toho:	57	19	490		490
1. Dohadné položky aktivní	58	19	490		490
AKTIVA CELKEM	59	38 126 076	45 804 333	3 100 525	42 703 808

a		č. ř.	Minulé období	Hrubá výše	Úprava	Čistá výše
b		1	2	3	4	
PASIVA						
A. Vlastní jmění						
I. Základní kapitál	60	15 457 852				25 985 078
II. Rezervní fond na nové ocenění	61					
III. Ostatní kapitálové fondy, z toho:	62					
1. provozní fond	63	4 752 059				4 752 649
2. sociální fond	64					
3. fond investičního majetku	65	16 347				14 612
4. fond reprodukce investičního majetku	66	4 039 343				3 947 118
5. fond prevence	67	657 685				754 740
6. fond pro úhradu preventivní péče	68	34 051				31 075
7. fond pro zprostředkování úhrady zdravotní péče	69					
8. fond pro úhradu zř.v. prev. péče z prostředků zaměstnavatele	70					
9. jiné, v tom:	71					
a) fond přerozdělení	72	4 431				5 104
b) Fond budoucnosti	73	439				1 076
IV. Ostatní fondy ze zisku, z toho:	74	3 992				4 028
1. fond smluvního zdravotního pojištění	75	0				0
V. Fondy veřejného zdravotního pojištění, v tom:	76					
1. základní fond	77	10 548 353				21 085 519
2. rezervní fond	78	9 029 370				19 475 824
VI. Nerozdělený zisk min. úč. období nebo neuhrazená ztráta min. úč. období	79	1 518 983				1 609 695
VII. Zisk nebo ztráta běžného účetního období	80	59 711				22 440
VIII. Kapitálové krytí - podíly v ovládaných osobách	81	-2 271				25 470
B. Rezervy na ostatní rizika a ztráty	82	100 000				100 000
1. Zákonné rezervy	83	0	0	0	0	0
2. Technické rezervy, z toho:	84					
a) rezerva na nezaskouzené pojistné	85	0	0	0	0	0
b) rezerva na pojistná plnění	86					
c) vyrovnávací rezerva	87					
C. Věřitelé	88					
I. Závazky z veřejného zdravotního pojištění, v tom:	89	22 667 843				16 717 399
1. za plátců pojistného	90	22 158 805				16 300 418
2. k poskytovatelům zdravotní péče	91					
3. z přerozdělení pojistného	92	21 990 875				15 428 109
4. k zajišťovacímu fondu	93	83 732				784 766
5. z plnění mezinárodních smluv o zdravotní péči	94					
6. ostatní závazky	95	71 653				72 196
II. Výpůjčky zaručené dluhopisem, z toho:	96	12 545				15 347
a) směnitélné (konvertibilní) výpůjčky	97					
III. Závazky vůči finančním institucím	98					
IV. Ostatní závazky, z toho:	99	82 776				59 185
a) daňové závazky	100	426 302				357 796
b) závazky ze sociálního zabezpečení a veřejného zdravotního pojištění	101	21 785				22 681
c) závazky zvláštního účtu přerozdělení	102	63 947				67 485
d) závazky Fondu budoucnosti	103					
e) závazky z operací přímého pojištění	104					
ea) pojištníci	105	0				0
eb) zprostředkovatelé	106					
f) závazky při operacích zajištění	107					
g) interní převody	108					
D. Ostatní pasiva	109					
E. Přejícné účty pasiv	110					
I. Výdaje příštích období a výnosy příštích období	111	381				331
II. Ostatní přejícné účty pasiv, z toho:	112	352				331
a) dohadné položky pasivní, v tom:	113	29				
	114	29				
PASIVA CELKEM	115	38 126 076	0	0	0	42 703 808

Odesláno dne:	Razítko:	Podpis vedoucího účetní jednotky:	Odpovídající za údaje:
27.3.2007	Orlická 4/2020 130 00 Praha 3		Ing. Štůrova 
	Ústředí		Telefon: 221732500

Výkaz Úč ZP 2 - 01

Název a sídlo úč. jednotky

VZP ČR

Orlická 4/2020

Praha 3

VÝKAZ ZISKU A ZTRÁT

k 31.12.2006

(v tis. Kč)



Čís. ř.	IKF	Rok	Měsíc	IC
01	851098	2006	12	41197518

Legenda	Číslo řádku	Minulé období	Základna	Mezisoučet	Výsledek
a	b	1	2	3	4
I. Technický účet k neživotnímu pojištění					
1. Zasloužené pojistné, očištěné od zajištění	1				
a) předepsané hrubé pojistné	2			x	x
b) pojistné postoupené zajišťovatelům	3				x
c) změna stavu hrubé výše rezervy na nezasloužené pojistné (+/-)	4			x	x
d) změna stavu rezervy na nezasl. pojistné-podíl zajišťovatelů	5				
2. Převedené výnosy z finančního umístění z netechnického účtu	6		x	x	
3. Ostatní technické výnosy, očištěné od zajištění	7		x	x	
4. Náklady na pojistná plnění, očištěné od zajištění:	8				
a) náklady na pojistná plnění:	9				
aa) hrubá výše	10			x	x
ab) podíl zajišťovatelů	11				x
b) změna stavu rezervy na pojistná plnění:	12				
ba) hrubá výše	13			x	x
bb) podíl zajišťovatelů (-)	14				
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) pojišťovací náklady na pojistné smlouvy	18		x		x
b) změna stavu časově rozlišených pojišťovacích nákladů (+/-)	19		x		x
c) správní režie	20		x		x
d) provize od zajišťovatelů a podíly na ziscích (-)	21		x		
8. Ostatní technické náklady, očištěné od zajištění	22		x	x	
9. Změna stavu vyrovnávací rezervy (+/-)	23		x	x	
10. Mezisoučet, zůstatek Technického účtu k neživ. pojištění	24		x	x	
II. Netechnický účet					
1. Výsledek technického účtu k neživotnímu pojištění	25		x	x	
2. Výsledek technického účtu k životnímu pojištění	26		x	x	
3. Výnosy z finančního umístění	27				15 368
a) výnosy z podílů se zvláštním uvedením těch, které pocházejí z ovládaných osob	28		x		15 368
b) výnosy z ust. fin. umístění, se zvlášť uved. těch, které poch. z ovládaných osob, v tom:	29				
ba) výnosy z pozemků a staveb	30			x	x
bb) výnosy z ostatních investic	31				x
c) změny hodnoty finančního umístění	32		x		x
d) výnosy z realizace finančního umístění	33				
4. Převedené výnosy z finančního umístění na tech. účet k živ. poj.	34				
5. Náklady na finanční umístění	35				
a) náklady na správu finančního umístění, včetně úroků	36		x		x
b) změny hodnoty finančního umístění	37		x		x
c) náklady spojené s realizací finančního umístění	38		x		
6. Převod výnosů z finančního umístění na technický účet k neživ. pojištění	39		x	x	
7. Ostatní výnosy	40	77 633			76 230
8. Ostatní náklady	41	68 548			64 937
9. Daň z příjmů z běžné činnosti	42	667	x	x	122
10. Zisk nebo ztráta z běžné činnosti po zdanění	43	8 418	x	x	26 539
11. Mimořádné náklady	44	1 943	x	x	0
12. Mimořádné výnosy	45	-8 734	x	x	-1 059
13. Mimořádný zisk nebo ztráta	46	-10 677	x	x	-1 059
14. Daň z příjmů z mimořádné činnosti	47				
15. Ostatní daně neuvedené v přecházejících položkách	48	12			
16. Zisk nebo ztráta za účetní období	49	-2 271	x	x	25 470
Kontrolní číslo	999	135 539	0	0	221 896

Odesláno dne: 27.2.2007	Razítko: Orlická 4/2020 130 00 Praha 3	Podpis vedoucího účetní jednotky:	Odpovídající za údaje:	Ing. Šrůtová
			Telefon:	221752500

PŘÍLOHA K ÚČETNÍ ZÁVĚRCE ZA ROK 2006

**Informace o Pojišťovně:**

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

IČO: 41197518

b) předmět činnosti:

Pojišťovna provádí:

1. veřejné zdravotní pojištění – stanoveno v § 2, odst. 1 zákona č. 551/1991 Sb. v pl. z.
2. další činnosti – realizované na základě živnostenského listu:
 - 2.1. 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.
 - 2.2. 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.
 - 2.3. pronájmy bytových a nebytových prostor včetně poskytování služeb jiných než základních – dle živnostenského listu ev. č. 310002-0094496 vydaného Obvodním úřadem městské části Praha 2 dne 6. 3. 1996 a dle živnostenského listu ev. č. 310002-943396-01 vydaného Úřadem městské části Praha 3 dne 18. 9. 2003. Vznik oprávnění provozovat živnost 13. 9. 1995.
 - 2.4. 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.
 - 2.5. 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.
3. zprostředkovatelskou činnost a likvidaci pojistných událostí – dle ustanovení § 12, odst. 7 zákona č. 38/2004 Sb., o pojišťovacích zprostředkovatelích a samostatných likvidátorech pojistných událostí, zveřejněno MF ČR v seznamu nově registrovaných pojišťovacích zprostředkovatelů a samostatných likvidátorů pojistných událostí č.j.:32/71 966/2005-325 pod registračními čísly 019419PA a 019420SLPU



c) statutární orgány:

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

- ředitel Pojišťovny: MUDr. Pavel Horák, CSc., MBA

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

Obchodní firma, v níž má Pojišťovna podíl na základním kapitálu

a) obchodní jméno a sídlo:

Pojišťovna VZP, akciová společnost,
Jankovcova 1566/2b, Praha 7
IČO 27116913

b) předmět podnikání:

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

c) statutární orgány:

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

d) jediným akcionářem společnosti je Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR.

e) základní kapitál: 100 mil. Kč splaceno: 100 %

Akcie: 1 000 ks akcií na jméno ve jmenovité hodnotě 100 000 Kč vydané v zaknihované podobě.

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

g) stav vlastního kapitálu k 31.12.2005 činil 149 585 623,59 Kč. Výsledky roku 2006 ještě nebyly k datu sestavení účetní závěrky Pojišťovny ověřeny auditorem.



Postupy účtování

Účetnictví Pojišťovny v roce 2006 bylo vedeno v souladu s níže uvedenými předpisy:

- zákonem č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, vyhláškou č. 503/2002 Sb. v platném znění, kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro zdravotní pojišťovny
- českými účetními standardy pro zdravotní pojišťovny
- vyhláškou č. 418/2003 Sb. v platném znění, kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu.

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

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 představující majetkovou účast s rozhodujícím vlivem pořizovací cenou,
- 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 včetně nákladů s jeho pořízením souvisejících.

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

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



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

Pořízení dlouhodobého majetku je v okamžiku úhrady závazku vykázáno jako čerpání fondu reprodukce majetku a nárůst fondu 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 v platném znění o dohadných položkách a o časovém rozlišení, neúčtovala o odložené dani z příjmů, o tvorbě a použití opravných položek a tvorbě a užití rezerv.

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. 2006 činil nesplacený zůstatek jistiny úvěru 48 037 897,36 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 k Příloze k účetní závěrce za rok 2006.

Stavy a změny stavů fondů veřejného zdravotního pojištění a jednotlivých kapitálových fondů veřejného zdravotního pojištění s doložením jejich tvorby a čerpání v rozsahu vyžadovaném MZd ČR jsou uvedeny v kapitole č. 5 Výroční zprávy za rok 2006.

K 31.12.2006 Pojišťovna eviduje závazky z titulu pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti ve výši 47 863 129,- Kč, závazky z titulu pojistného na veřejné zdravotní pojištění ve výši 19 621 645,- Kč a závazky vůči místně příslušnému finančnímu orgánu ve výši 22 680 845,- Kč. Uvedené závazky jsou splatné v následujícím účetním období.

Za období od 1.1.2007 do data sestavení účetní závěrky nenastaly významné události, které by významně ovlivnily hospodaření Pojišťovny. V průběhu roku 2007 bude průčtován obvyklý přesah nevyúčtovaných regulací zdravotní péče.

Příloha

k Příloze k účetní závěrce za rok 2006

**Výkaz ZFZP**

Stav fondu k 31. 12. 2006	19 475 824 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2006	243 208 tis.
rozdíl	19 232 616 tis.
z toho: saldo pohledávek a závazků	19 232 616 tis.

Pohledávky k 31. 12. 2006

- za plátcí pojistného	34 972 638 tis.
- za smluvními zdrav. zařízeními	1 129 994 tis.
- z přerozdělení	729 468 tis.
- z náhrad škod	278 952 tis.
- ostatní	345 729 tis.
- interní	26 883 tis.
celkem	37 483 664 tis.

Závazky k 31. 12. 2006

- vůči smluvním zdrav. zařízením	15 113 056 tis.
- ostatní	285 194 tis.
- interní	2 852 798 tis.
celkem	18 251 048 tis.

Výkaz FRM

Stav fondu k 31. 12. 2006	754 740 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2006	2 273 tis.
Rozdíl	752 467 tis.
z toho: saldo pohledávek a závazků	811 652 tis.
zůstatek nesplaceného úvěru	59 185 tis.

Pohledávky k 31. 12. 2006

- interní	811 652 tis.
celkem	811 652 tis.

Závazky k 31. 12. 2006

- investiční úvěr	59 185 tis.
celkem	59 185 tis.



Výkaz Sociální fond

Stav fondu k 31. 12. 2006	14 612 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2006	12 950 tis.
rozdíl	1 662 tis.

z toho: saldo pohledávek a závazků 1 662 tis.

Pohledávky k 31. 12. 2006

- externí	0 tis.
- za zaměstnanci	3 tis.
- interní	5 242 tis.
celkem	5 245 tis.

Závazky k 31. 12. 2006

- externí (faktury)	1 681 tis.
- vůči zaměstnancům	26 tis.
- interní	1 876 tis.
celkem	3 583 tis.

Výkaz Rezervní fond

Stav fondu k 31. 12. 2006	1 609 694 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2006	114 tis.
rozdíl	1 609 580 tis.

z toho: saldo pohledávek a závazků 1 609 580 tis.

Pohledávky k 31. 12. 2006

- interní	1 609 580 tis.
celkem	1 609 580 tis.

Závazky k 31. 12. 2006

	0 tis.
celkem	0 tis.

Výkaz Fond prevence

Stav fondu k 31. 12. 2006	31 075 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2006	3 292 tis.
rozdíl	27 783 tis.

z toho: saldo pohledávek a závazků 27 783 tis.

Pohledávky k 31. 12. 2006

- externí	269 tis.
- interní	32 177 tis.
celkem	32 446 tis.

**Závazky k 31. 12. 2006**

- externí	4 663 tis.
- interní	0 tis.
- celkem	4 663 tis.

Výkaz Provozní fond

Stav fondu k 31. 12. 2006	0 tis.
Stav fin. prostředků k 31. 12. 2006	12 868 tis.
rozdíl	- 12 868 tis.

z toho: saldo pohledávek a závazků	-21 474 tis.
stav zásob a cenin k 31. 12. 2006	8 606 tis.

Pohledávky k 31. 12. 2006

- odběr. faktury	8 450 tis.
- provoz. zálohy	2 356 tis.
- za zaměstnanci	315 tis.
- ostatní	46 180 tis.
- interní	1 211 049 tis.
celkem	1 268 350 tis.

Závazky k 31. 12. 2006

- pokuty, penále	117 402 tis.
- dodav. faktury	107 528 tis.
- přijaté provoz. zálohy	0 tis.
- vůči zaměstnancům	108 764 tis.
- vůči org. zdr. poj. a soc. zab.	67 485 tis.
- ostatní	47 683 tis.
- interní	840 962 tis.
celkem	1 289 824 tis.

Za údaje odpovídá: Ing. Šrůtová
27.3.2007



PŘEHLED O STAVU AKTIV A PASIV

k 31.12.2006

(v tis. Kč)

Upravená příloha z vyhlášky č. 274/2005 Sb.

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

	č.ř.	Minulé období	Hrubá výše	Úprava	Čistá výše
	1	2	3	4	
I. AKTIVA					
A. Dlouhodobý nehmotný majetek					
1. Dlouhodobý nehmotný majetek	1	337 537	1 603 636	1 320 290	283 346
2. Nedokončený dlouhodobý nehmotný majetek	2	268 588	1 576 874	1 320 290	256 584
3. Použitelné zálohové pořízení nehmotného majetku	3	38 938	26 752		29 762
B. Finanční umístění (investice)					
1. Pozemky a stavby (nemovitosti)	4	0	0		0
2. Pozemky a stavby	5				
3. Depozita u bank	6				
C. Dlouhodobý hmotný majetek					
1. Pozemky a stavby	7	3 778 854	5 458 836	1 780 235	3 678 601
1.1 Pozemky	8	3 259 313	4 205 828	751 387	3 454 441
1.2 Stavby	9	321 943	321 317		321 317
2. Movitý majetek	10	2 857 370	3 884 511	751 387	3 133 124
2.1 Movitý majetek - neprovozovaný	11	245 815	1 200 842	1 028 848	172 094
2.2 Movitý majetek - provozovaný	12	244 358	1 200 085	1 028 848	171 237
3. Nedokončený dlouhodobý hmotný majetek	13	957	857		857
4. Poskytnuté zálohy na pořízení hmotného majetku	14	220 308	48 752		48 752
D. Dlouhodobý finanční majetek					
1. Podíly v podnikatelských skupinách	15	51 718	3 114		3 114
1.1 Podíly v přidružených osobách	16	100 000	100 000		100 000
1.2 Úhrady vydané přidruženým osobám a účty k nim	17	100 000	100 000		100 000
1.3 Podíly s podstatným vlivem	18				
1.4 Ostatní	19				
2. Jiný dlouhodobý finanční majetek	20	0	0		0
2.1 Akcie a ostatní cenné papíry a proměnlivým výnosem, ostatní podíly	21				
2.2 Dluhové cenné papíry	22				
2.3 Depozita u finančních institucí	23				
2.4 Ostatní dlouhodobý finanční majetek	24				
E. Dlužníci					
1. Pohledávky z veřejného zdravotního pojištění	25	33 708 575	37 994 892		37 994 892
1.1 Pohledávky za účasti pojištěného	26	33 634 788	37 932 802		37 932 802
1.2 Pohledávky na poskytnutí zdravotní péče	27	31 537 503	34 872 669		34 872 669
1.3 Pohledávky z přerozdělení poj. složky	28	1 431 134	1 130 185		1 130 185
1.4 Pohledávky z náhrad škod veřejného zdravotního pojištění	29	83 782	729 489		729 489
1.5 Pohledávky z přechodu do záložního fondu	30	272 088	278 952		278 952
1.6 Pohledávky z plnění mezinárodních smluv o zdravotní péči	31	210 700	331 243		331 243
1.7 Ostatní pohledávky	32	99 543	490 284		490 284
2. Ostatní pohledávky	33	73 787	81 890		81 890
2.1 Krátkodobé	34	61 431	51 042		51 042
2.2 Dlouhodobé	35	12 356	10 848		10 848
F. Ostatní aktiva					
1. Zásoby	36	203 091	646 879		646 879
1.1 Zásoby na účtech u finančních institucí a hotovost v pokladně	37	4 984	5 552		5 552
1.2 Hotovost na účtech u finančních institucí a hotovost v pokladně	38	193 828	618 088		618 088
2. Zvýšení bankovní úroky	39	163 663	608 892		608 892
2.1 Základního fondu	40	53 800	240 155		240 155
2.2 Rozvojového fondu	41	8	114		114
2.3 Provozního fondu	42	21 030	12 083		12 083
2.4 Sociálního fondu	43	14 973	12 635		12 635
2.5 Fondu reprodukce majetku	44	6 461	2 273		2 273
2.6 Fondu provázení	45	8 488	2 601		2 601
2.7 Fondu pro úhradu preventivní péče	46				
2.8 Fondu pro zprostředkování úhrady zdravotní péče	47				
2.9 Fondu pro úhradu zdravotní preventivní péče z prostředků zaměstnavatele	48				
2.10 Ostatní bankovní účty	49	79 045	338 731		338 731
3. Pohledávky a jiné pohledávkové hodnoty	50	9 745	9 197		9 197
4. Jiná aktiva	51	4 479	23 238		23 238
G. Přechodné účty aktiv					
1. Ostatní přechodné účty aktiv, z toho	52	19	490		490
1.1 náklady předešlých období a příjmy předešlých období	53	19	490		490
2. dočasné pohledávky aktiv	54				
AKTIVA CELKEM	55	38 126 076	45 804 333	3 100 525	42 703 808
Kontrolní číslo aktiv	56	152 068 461	182 141 932	11 081 810	171 060 122

		a. p.	Minulé období	Hrubá výše	Úprava	Čistá výše
		b.	1	2	3	4
II. PASIVA						
A. Vlastní kapitál		x				
I. Základní kapitál		91	15 487 862			25 986 078
II. Rezervní fond na nově ocenění		92				
III. Ostatní kapitálové fondy		93				
		94	4 752 059			4 752 059
1. Průběžný fond		95				
2. Sociální fond		96	16 547			16 547
3. Fond majetku		97	4 030 345			3 947 117
4. Fond reprodukce majetku		98	857 885			754 740
5. Fond prevence		99	34 051			31 075
6. Fond pro úhradu preventivní péče		100				
7. Fond pro zprůvodňovací úhrady zdravotní péče		101				
8. Fond pro úhradu základní preventivní péče z prostředků zaměstnavatele		102				
9. Jiné			4 431			5 105
IV. Ostatní fondy ze zisku		103				
V. Fondy veřejného zdravotního pojištění		104	10 548 353			21 085 519
1. Základní fond		105	9 029 370			18 475 824
2. Rezervní fond		106	1 518 983			1 609 695
VI. Vyrozdělený zisk min. účetních období nebo neutrazená ztráta min. účetních období		107	59 711			22 440
VII. Zisk nebo ztráta běžného účetního období		108	2 271			26 470
VIII. Kapitálové lož - podíly v ovládaných osobách			100 000			100 000
B. Rezervy		109	0			0
1. Rezervy na ostatní nároky a ztráty		110				
2. Technické rezervy		111				
C. Věřitelé		112	22 667 843			16 717 399
I. Závazky z veřejného zdravotního pojištění		113	22 158 805			16 300 418
1. Závazky ze plnění pojistného		114				
2. Závazky k poskytnutí zdravotní péče		115	21 990 875			15 478 109
3. Závazky z přerozdělení pojistného		116	83 732			784 766
4. Závazky k zajišťovacímu fondu		117				
5. Závazky z plnění mezinárodních smluv o zdravotní péči		118	71 653			72 198
6. Ostatní závazky		119	12 545			13 347
II. Vypůjčky zaručené dluhopskem		120				
1. Směnné (convertibilní) výpůjčky		121				
III. Závazky vůči finančním institucím		122	82 736			59 185
IV. Ostatní závazky		123	426 302			357 796
1. Závazky účtovné		124	21 785			22 561
2. Závazky ze mezinárodních zabezpečení a veřejného zdravotního pojištění		125	63 847			67 465
3. Ostatní závazky		126	340 670			267 650
D. Ostatní pasiva		127				
E. Přechodné účty pasiv		128	381			331
1. Výdaje minulých období a výnosy minulých období		129	352			351
II. Ostatní přechodné účty pasiv, z toho:		130	29			
a) dočasně přijaté peníze		131	29			
PASIVA CELKEM		132	38 126 076	0	0	42 703 808
Kontrolní číslo pasiv		133	152 263 776	0	0	170 607 806

Odesláno dne: 27.3.2007	Razítko: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	Podpis vedoucího účetní jednotky: [Podpis]	Odpovídající za údaje: Ing. Srutová
	Orlická 4/2020 130 00 Praha 3		Telefon: 221752500
	Ústředí		

ZPŮSOB A FORMA ZVEŘEJNĚNÍ VÝROČNÍ ZPRÁVY 2006

Výroční zpráva je k dispozici k nahlédnutí v sídle Pojišťovny, v oddělení informací a asistence, na všech krajských pobočkách a územních pracovištích. Výroční zpráva je zveřejněna na internetu na adrese www.vzp.cz.

ZKRATKY SOUVISEJÍCÍ S TEXTOVOU ČÁSTÍ A TABULKOVÝMI PŘÍLOHAMI VZ 2006

AČMN	Asociace českých a moravských nemocnic	IS	Informační systém Pojišťovny
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení	IT	Informační technologie
ATC	Anatomicko-terapeuticko-chemická skupina dle mezinárodní klasifikace	ITIL	Information Technologies Infrastructure Library (metoda procesního řízení IT služeb)
AZZ	Ambulantní zdravotnické zařízení	IVLP	Individuálně vyráběný léčivý přípravek
BRM	Bonifikačně-regulační mechanismy	Izc	Index meziročních změn cen
BÚ	Běžný účet	IZIP	Internetový přístup ke zdravotním informacím pacienta
CB	Cena bodu	Izr	Index dopadu změn minutové režijní sazby na ceny
CDS	Centrální datový sklad	JIP	Jednotka intenzivní péče
CMÚ	Centrum mezistátních úhrad	K	Koeficient zohledňující objem poskytnuté péče
CP	Cenné papíry	K 1/06	Koeficient změny výkonnosti (K) zohledňující objem poskytnuté péče
CRP	Centrální registr pojištěnců	KC	Kapitační centrum
CSR	Centrální stomatologický registr	KKVP	Kombinovaná kapitačně-výkonová platba
CÚref	Celková úhrada v referenčním období	KP Pojišťovny	Krajská pobočka VZP ČR
ČČK	Český červený kříž	LDN	Léčebna pro dlouhodobě nemocné
ČKA	Česká konsolidační agentura	LSPP	Lékařská služba první pomoci
ČLK	Česká lékařská komora	LZZ	Lůžkové zdravotnické zařízení
ČLS	Česká lékařská společnost	MAXU	Maximální úhrada
ČNB	Česká národní banka	MAXU_ODB	Maximální úhrada za příslušnou odbornost
ČNZP	Česká národní zdravotní pojišťovna	MAXU_ZZ	Maximální úhrada pro zdravotnické zařízení
ČSK	Česká stomatologická komora	MF	Ministerstvo financí
DNC	Dohodnutá nejvyšší cena	MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
DPH	Daň z přidané hodnoty	MV	Ministerstvo vnitra
DR	Dozorčí rada	MZ	Ministerstvo zdravotnictví
DRG	Platba za diagnostické skupiny (Diagnosis Related Group)	NKÚ	Nejvyšší kontrolní úřad
DRNR	Doprava raněných, nemocných a rodiček	OBZP	Osoby bez zdanitelných příjmů
DŘ	Dohodovací řízení	OD	Ošetřovací den
EHIC	Evropský průkaz zdravotního pojištění	OCHRP	Oddělení chronické resuscitační intenzivní péče
EHP	Evropský hospodářský prostor	OKRZP	Odbor kontroly a revize zdravotní péče
EU	Evropská unie	OL	Ošetřovatelské lůžko
FM	Fond majetku	OLÚ	Odborné léčebné ústavy
Fprev	Fond prevence	ORZP	Odbor revize zdravotní péče
FRM	Fond reprodukce majetku	OSVČ	Osoby samostatně výdělečně činné
GIP	Globální informace praktickým lékařům	OZdČ	Ostatní zdaňovaná činnost
HVLP	Hromadně vyráběné léčivé přípravky	PB_ODBref	Průměrný počet bodů na jednoho ošetřeného pojištěnce v dané odbornosti za referenční období
HW	Hardware	PB_ref	Průměrný počet bodů v referenčním období
ICT	Informační a komunikační technologie	PČR	Policie České republiky
ICZP	Informační centrum zdravotního pojištění	PF	Provozní fond
IČ	Identifikační číslo	PKČ	Poměrné kapacitní číslo
IČP	Identifikační číslo pracoviště	PL	Praktický lékař
IČZ	Identifikační číslo zdravotnického zařízení	PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost
IDVPZ	Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví	Pojišťovna	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
IHB	Index hodnoty bodu	POP_ODBakt	Počet unikátních pojištěnců za odbornost v aktuálním období
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny	POPakt	Počet unikátních pojištěnců v aktuálním období
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví	POPref	Počet unikátních pojištěnců v referenčním období

POÚ	Porovnávací objem úhrady
PPS	Pohledávka po lhůtě splatnosti
PS	Paušální sazba
PSP ČR	Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR
PV	Platební výměr
PVZP	Pojišťovna VZP, a. s. - dceřiná společnost VZP ČR
PUZULP_ODBref	Průměrná úhrada za zvlášť účtovaná léčiva na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti v referenčním období
PUZUM_ODBref	Průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti v referenčním období
RF	Rezervní fond
RO	Rozhodčí orgán
RPB	Referenční počet bodů
RTG	Radiodiagnostika
SF	Sociální fond
SR	Správní rada
SW	Software
SZÚ	Státní závěrečný účet
SZV	Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

SZZ	Smluvní zdravotnické zařízení
TRN	Tuberkulóza a respirační nemoci
UOP	Unikátní ošetřený pojištěnec
ÚP Pojišťovny	Územní pracoviště VZP ČR
ÚZÚLMref	Objem úhrady veškerých zvlášť účtovaných léčivých přípravků
v. z. p.	Veřejné zdravotní pojištění
VN	Výkaz nedoplatků
VZ	Veřejná zakázka
VZ 2006	Výroční zpráva 2006
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
VZT	Vybraná zdravotnická technika
ZFZP	Základní fond zdravotního pojištění
ZP	Zdravotní pojišťovny
ZPP 2006	Zdravotně-pojistný plán na rok 2006
ZULP	Zvlášť účtovaný léčivý přípravek
ZUM	Zvlášť účtovaný zdravotnický materiál
ZZ	Zdravotnická zařízení
ZZP	Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny
ZZS	Záchranná zdravotní služba



VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY