



VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

ZDRAVOTNĚ POJISTNÝ PLÁN VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ČESKÉ REPUBLIKY PRO ROK 2007

Předkladatel:
Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
kód pojišťovny: 111

říjen 2006

OBSAH:

	strana
1. ÚVOD	3
2. OBECNÁ ČÁST	8
2.1 Název, sídlo, statutární orgán	9
2.2 Současná organizační struktura a předpokládaná úprava organizační struktury v roce 2007	10
2.3 Dceřiné společnosti a jejich zaměření.....	10
2.4 Způsob zajištění služeb Pojišťovny ve vztahu k plátcům, poskytovatelům zdravotní péče a pojištěncům	11
2.5 Záměry rozvoje informačního systému Pojišťovny a rozdělení investic	12
3. POJIŠTĚNCI	15
4. ZÁKLADNÍ FOND ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	19
4.1 Záměry vývoje hospodaření ZFZP v roce 2007	20
4.2 Tvorba, příjmy ZFZP	25
4.3 Čerpání, výdaje ZFZP	28
4.3.1 Smluvní politika ve vztahu k zdravotnickým zařízením	28
4.3.2 Zdravotní politika	31
4.3.3 Revizní a kontrolní činnost.....	31
4.3.4 Struktura nákladů na zdravotní péči v členění dle jednotlivých segmentů	33
5. OSTATNÍ FONDY	41
5.1 Zdravotní péče hrazená z fondu prevence	42
5.2 Provozní fond	48
5.3 Majetek pojišťovny a investice	54
5.4 Sociální fond	58
5.5 Rezervní fond	60
5.6 Ostatní zdaňovaná činnost	62
6. PŘEHLED ZÁKLADNÍCH EKONOMICKÝCH UKAZATELŮ	64
7. ZÁVĚR	68



Seznam použitých zkratk:

BÚ	Bankovní účet
CMS	Content Management System
CMÚ	centrum mezistátních úhrad
DMS	Document Management System
DPH	daň z přidané hodnoty
DRG	diagnoses related groups
EHP	evropský hospodářský trh
EI	elektronický identifikátor
EKIS	ekonomický informační systém
EU	Evropská unie
FOA	Fixní ortodontické aparátky
FRM	fond reprodukce majetku
HW	hardware
IS	informační systém Pojišťovny
IT	informační technologie
ITIL	Information Technology Infrastructure Library
ITSM	IT Service Managemeng
IZIP	internetový přístup ke zdravotním informacím pacienta
KIS	krajské informační systémy
KP	krajské pobočky
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
LZ	lůžkové zařízení
MF	Ministerstvo financí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
OBZP	osoba bez zdanitelných příjmů
OLÚ	odborný léčebný ústav
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
PF	provozní fond
PSYCH	psychiatrická péče
REH	rehabilitační péče
SW	software
SZZ	smluvní zdravotnické zařízení
TRN	tuberkulóza a respirační nemoci
ÚICT	Úsek informačních a komunikačních technologií
ÚP	Územní pracoviště
ZFZP	základní fond zdravotního pojištění
ZPP	Zdravotně pojistný plán
ZULP	zvlášť účtované léčivé přípravky
ZZ	zdravotnické zařízení



1. ÚVOD



Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále jen „Pojišťovna“) vstoupila do roku 2006 pod nucenou správou, která na ni byla uvalena Ministerstvem zdravotnictví dne 10. 11. 2005 dle § 7a odst. 1 písm. b) a § 7a odst. 3 zákona č. 551/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů. K 2. 5. 2006 byla nucená správa Ministerstvem zdravotnictví ukončena.

Hospodaření Pojišťovny bylo v minulých letech negativně ovlivněno velkými tlaky na výdajovou část základního fondu zdravotního pojištění (dále jen „ZFZP“), přičemž příjmová stránka nebyla dostatečná k pokrytí těchto požadavků. Výsledkem bylo nakumulování dluhů vůči zdravotnickým zařízením, projevující se vysokou úrovní závazků po lhůtě splatnosti. Do roku 2006 tak Pojišťovna vstoupila se závazky po lhůtě splatnosti ve výši 10,6 mld. Kč.

Rok 2006 znamená významný zlom zejména z pohledu příjmové stránky. Hlavní přínos pro posílení příjmů Pojišťovny znamená zejména zvýšení platby za pojištěnce, za které je plátcem pojistného na všeobecné zdravotní pojištění stát a zavedení nového způsobu přerozdělování pojistného v plném rozsahu. Oba tyto faktory, tzn. nízká platba státu za své pojištěnce a nízká eliminace rizik souvisejících se strukturou pojištěnců, se významnou mírou v minulosti podílely na negativním hospodaření Pojišťovny.

Nákladová strana ZFZP bude v roce 2006 ovlivněna zejména vyhláškou MZ ČR č. 550/2005 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, vyhláškou MZ ČR č. 101/2006 Sb., kterou se mění vyhláška č. 550/2005 Sb. a vyhláškou MZ ČR č. 290/2006 Sb., o rámcových smlouvách. Vyhláška je konstruovaná s ohledem na tvorbu zdrojů.

Současně Pojišťovna přijala organizační opatření ke zlepšení řízení, zejména pak krajských poboček a posílila úlohu plánování a controllingu. **Výsledkem** výše uvedených opatření **je očekávané zlepšení hospodaření Pojišťovny v roce 2006, kdy ke konci roku očekáváme** stav závazků vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti ve výši cca 8,5 mld. Kč, tj. **snížení dluhu oproti roku 2005 o cca 2,1 mld. Kč.**

Jako hlavní ekonomický cíl Zdravotně pojistného plánu pro rok 2007 (dále jen „ZPP2007“) si Pojišťovna vytyčuje další postupné snižování dluhů vůči zdravotnickým zařízením. Cílem je snížení závazků po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým zařízením o cca 6,05 mld. Kč.

Hlavní cíl ZPP2007 může být dosažen za předpokladu, že:

- bude pokračovat ekonomický růst české ekonomiky a budou naplněny prognózy makroekonomických ukazatelů rozhodných pro výši příjmů (dle odhadu MF a MPSV),
- **MZ ČR nestanoví v segmentech, kde nedošlo k dohodě o výši úhrad v dohodovacím řízení na rok 2007, úhrady vyšší než jsou možnosti stanovené tímto plánem nebo nezvýší úhrady nad rámec dohod i v ostatních segmentech,**
- bude pokračovat postupná stabilizace pojistného kmene a nedojde tedy k výrazným odchodům pojištěnců.

Protože pro splnění ZPP2007 je bezpodmínečně nutná zainteresovanost všech organizačních složek Pojišťovny, budou za tímto účelem stanoveny plány pro krajské pobočky ve všech hlavních ukazatelích na příjmové i nákladové straně ZFZP.



Hlavní parametry použité pro sestavení ZPP2007

Na příjmové straně ZPP2007 jsou výpočty a předpoklady založeny zejména:

- **na trendech vývoje počtu pojištěnců Pojišťovny v jednotlivých kategoriích plátců pojistného v roce 2007, které vycházejí ze snížení úbytku počtu pojištěnců Pojišťovny,**
- **na trendech vývoje věkové struktury pojištěnců Pojišťovny,** ovlivňované mimo jiné přirozenou natalitou a mortalitou,
- **na předpokládaném vývoji makroekonomických ukazatelů České republiky v roce 2007 korigovaných podle výpočtů Pojišťovny vztahených na portfolio jejích pojištěnců, tj. na:**
 - růstu objemu mezd a platů o 6,4 %,
 - růstu nominálních mezd o 6,0 %,
 - míře inflace 2,8 %,
 - míře nezaměstnanosti v ČR 8,0 %,
 - počtu nezaměstnaných ČR 473 tis. osob,
 - míře nezaměstnanosti v řadách pojištěnců Pojišťovny 9,2 %.
- **na předpokládané výši pojistného na veřejné zdravotní pojištění, která činí 13,5 % z vyměřovacího základu, kterým je u**
 - zaměstnance v pracovním poměru úhrn příjmů zúčtovaných mu zaměstnavatelem v souvislosti s výkonem zaměstnání, které zakládá účast na nemocenském pojištění, s výjimkou nezapočitatelných příjmů.
 - osoby samostatně výdělečně činné 50 % z příjmů z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení. Minimální vyměřovací základ je dvanáctinásobek 50 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství, maximální vyměřovací základ je 486 000 Kč.
 - osoby, která po celý kalendářní měsíc nemá příjmy ze zaměstnání, ze samostatné výdělečné činnosti a není za ní plátcem pojistného stát, minimální mzda.
 - osoby, za které je plátcem pojistného stát, 25 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství.

Na straně nákladů jsou výpočty a předpoklady založeny zejména:

- na předpokladu růstu nákladů na zdravotní péči do výše cca poloviny růstu příjmů v roce 2007,
- na stabilitě velikosti a struktury sítě zdravotnických zařízení,
- na převodu 4 454 mil. Kč ze ZFZP do provozního fondu ve výši max. limitu dle vyhlášky MF ČR č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů,
- na předpokladu nevyčerpání finančních prostředků provozního fondu ve výši 319,6 mil. Kč a využití těchto prostředků v ZFZP pro úhradu závazků vůči zdravotnickým zařízením,



- na převodu 394,6 mil. Kč ze ZFZP do fondu prevence ve výši max. limitu dle zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

Tabulka č. 1: Makroekonomické ukazatele pro sestavení ZPP2007

	měr. jedn.	Extrapolace pro rok 2006			Predikce na rok 2007	
		1. pol.		2. pol.		
Průměrný počet pojištěnců VZP:	osoby	6 574 821			6 536 000	
Nárůst objemu mezd (dle MFČR):	%	7,2			7,5	
Nárůst objemu mezd (dle MPSV):	%	6,5			6,4	
Nárůst objemu mezd (dle VZP):	%	6,5			6,4	
Nárůst průměrné mzdy (index MFČR):	%	6,6			7,4	
Nárůst průměrné mzdy (index MPSV):	%	6,1			6,0	
Nárůst průměrné mzdy (index VZP):	%	6,1			6,0	
Minimální mzda :	Kč	7 570		7 955	8 500	
Minimální pojistné OBZP, zaměstnanci:	Kč	1 022		1 074	1 148	
Průměrná mzda v roce 2004, 2005:	Kč	18 035		18 834	20 139	
Minimální pojistné - z 50% prům. mzdy z roku 2004,5	Kč	1 218		1 272	1 360	
Vyměřovací základ státu *)	Kč	3 798	4 144	4 709	4 709	5 035
Pojistné státu:	Kč	513	560	636	636	680
NEZAMĚSTANOST:						
Počet nezaměstnaných ČR (dle MF - MPSV):	osoby	487 000			473 000	
Míra nezaměstnanosti ČR (dle MF - MPSV):	%	8,3			8,0	
Počet nezaměstnaných VZP	osoby	300 000			291 000	
Míra nezaměstnanosti VZP	%	9,5			9,2	
Míra inflace (dle MF):	%	2,6			2,8	

*) leden 2006 - 513 Kč (Nařízení vlády č. 268/2005 Sb.)
únor, březen 2006 - 560 Kč (Nařízení vlády č. 29/2006 Sb.)
duben - prosinec 2006 - 636 Kč (zákon č. 117/2006 Sb.)

Lze očekávat, že příjmy Pojišťovny stejně jako v minulých letech nebudou v průběhu roku 2007 naplňovány rovnoměrně. Nižší než celoročnímu průměru odpovídající příjmy lze očekávat v první polovině roku 2007, vyšší než průměru odpovídající příjmy lze očekávat ve druhém pololetí roku 2007.

Také čerpání výdajů Pojišťovny na úhradu věcných dávek zdravotní péče poskytnutých pojištěncům Pojišťovny zdravotnickými zařízeními nebude v roce 2007 probíhat úplně rovnoměrně, neboť historicky podléhá sezónním vlivům (tj. k vyššímu než celoročnímu průměru odpovídajícímu čerpání finančních prostředků na úhradu poskytnuté zdravotní péče dochází v první polovině roku, k nižšímu čerpání finančních prostředků dochází ve druhém pololetí roku).

Z těchto důvodů předpokládáme, že Pojišťovna požádá na základě § 12 odst. 2 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, o změnu frekvence plateb pojistného v roce 2007 ze státního rozpočtu na veřejné zdravotní pojištění za osoby, za něž je plátcem pojistného stát.¹

¹ V případě sezónních výkyvů v platbách za poskytovanou zdravotní péči je ministr financí zmocněn v průběhu rozpočtového roku poskytnout návratnou finanční výpomoc splatnou v témže roce a změnit frekvenci a výši plateb státu do systému všeobecného zdravotního pojištění uvnitř rozpočtového roku na základě žádosti správce zvláštního účtu. Správcem účtu je VZP ČR. Obvykle se žádá o jednu předsunutou platbu, pro rok 2007 by se jednalo o cca 3,9 mld. Kč pro celý systém veřejného zdravotního pojištění (předpokládaná částka vychází z měsíčního pojistného za pojištěnce, za které je plátcem pojistného stát v roce 2007 a předpokládaného počtu těchto pojištěnců v systému veřejného zdravotního pojištění).



Naplňování předpokládaných příjmů i výdajů Pojišťovny v roce 2007 může být ovlivněno i případnými legislativními změnami a řadou rizik, z nichž některé lze pouze obtížně predikovat (viz kapitola Závěr).



2. OBECNÁ ČÁST



2.1

Název, sídlo, statutární orgán

Sídlo zdravotní pojišťovny, statutární orgán

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY
(zkráceně VZP ČR)

se sídlem

PRAHA 3, ORLICKÁ 4/2020

zřízená

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

IČ 41197518, DIČ CZ41197518

bankovní spojení

Československá obchodní banka, a.s.

GE Money Bank, a.s.

Komerční banka, a.s.

Ředitelem a statutárním orgánem VZP ČR je

MUDr. Pavel Horák, CSc., MBA

Orgány VZP ČR jsou dle § 17 zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky Správní rada a Dozorčí rada.

2.2



Současná organizační struktura a předpokládaná úprava organizační struktury v roce 2007

Organizační struktura VZP ČR je určena zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, ve znění pozdějších předpisů, zejména pak zákonem č. 438/2004 Sb. Tvoří ji Ústředí, krajské pobočky, územní pracoviště a úřadovny.

Dílčí změny organizační struktury především Ústředí VZP ČR byly provedeny s účinností od 1. 5. 2006 ještě v době, kdy byla ve VZP ČR zavedena nucená správa. Další zásadní změny organizačního uspořádání provedlo nové vedení VZP ČR. Organizační řád VZP ČR byl po schválení Správní radou VZP ČR vydán dne 11. 7. 2006 s účinností od 1. 8. 2006.

Novým organizačním řádem byla provedena reorganizace Ústředí, byl zaveden systém řízení a koordinace jednotlivých oblastí činnosti VZP ČR prostřednictvím náměstků ředitele VZP ČR. Dále byly provedeny změny v organizační struktuře krajských poboček, směřující k posílení jejich role v rámci jednotlivých stupňů organizačního uspořádání VZP ČR.

Stěžejním úkolem Ústředí VZP ČR je zajišťovat řídicí, organizační, koncepční a metodickou činnost Pojišťovny při plnění úkolů souvisejících s prováděním veřejného zdravotního pojištění. Ústředí zabezpečuje součinnost s orgány státní a veřejné správy, ostatními zdravotními pojišťovnami a dalšími institucemi a subjekty působícími v rámci systému veřejného zdravotního pojištění. Orgány Pojišťovny, zajišťující účast pojištěnců, zaměstnavatelů pojištěnců a státu na jejím řízení, jsou Správní rada a Dozorčí rada. Jejich složení a kompetence určuje ustanovení § 17 a násl. zákona č. 551/1991 Sb.

Krajské pobočky a územní pracoviště VZP ČR jsou organizačními složkami VZP ČR, které provádějí veřejné zdravotní pojištění jménem VZP ČR na území příslušného kraje (okresu) v rozsahu pravomocí svěřených jim organizačním řádem Pojišťovny.

Hlavním úkolem při vytváření optimální organizační struktury v roce 2007 bude ověření účelnosti a efektivnosti organizačních změn provedených v roce 2006 a zejména další posilování působnosti krajských poboček jako důležitých organizačních složek VZP ČR zajišťujících zejména jednotný postup při provádění veřejného zdravotního pojištění v rámci celé VZP ČR, a to jednak převzetím důležitých vybraných činností, ať již z územních pracovišť, nebo z Ústředí, jednak důsledným řízením a metodickým vedením územních pracovišť.

2.3

Dceřiné společnosti a jejich zaměření

VZP ČR je jediným akcionářem dceřiné společnosti Pojišťovna VZP, a.s., která byla zapsána do obchodního rejstříku dne 16. 1. 2004. Pojišťovna VZP, a.s. vykonává v souladu s povolením Ministerstva financí ČR pojišťovací činnost v rozsahu pojistného odvětví neživotní pojištění – smluvní zdravotní pojištění.

2.4



Způsob zajištění služeb Pojišťovny ve vztahu k plátcům, poskytovatelům zdravotní péče a pojištěncům

Pro rok 2007 Pojišťovna bude i nadále zajišťovat služby ve vztahu k jednotlivým pojištěncům, plátcům pojistného, ale i poskytovatelům zdravotní péče bez dodavatelského způsobu. Nadále budou služby zajišťovat zaměstnanci Pojišťovny jak v úředních místech Pojišťovny, tak i mimo ně při provádění informačních akcí, přednášek, kontrol výběru pojistného či revizní činnosti na pracovištích poskytovatelů zdravotní péče apod.

Pojištěnci a plátcí pojistného budou o způsobu komunikace s Pojišťovnou i o svých právech a povinnostech informováni prostřednictvím:

- oddělení informací a asistence, kde i nadále budou moci využívat telefonní linky a e-mailové služby, odd. současně odpovídá na běžnou korespondenci běžných dopisů adresovaných na Pojišťovnu,
- osobních konzultací, především na přepážkové síti Pojišťovny,
- webových stránek Pojišťovny,
- informačních letáků a brožur, orientovaných na potřeby cílových skupin,
- lokálních možností (vývěsky, nástěnky, stojany, vlastní akce Pojišťovny) ke zviditelnění a distribuci informačních materiálů, přičemž bude kladen důraz na jejich srozumitelnost s ohledem na typ a určení sdělovaných informací,
- veřejných sdělovacích prostředků, a to jak celostátních, tak regionálních či místních.

V oblasti výběru pojistného se Pojišťovna i v roce 2007 zaměří:

- na další zintenzívnění kontrolní činnosti ve vztahu k plátcům pojistného,
- na zvýšení jejich všeobecné informovanosti o právech a povinnostech pojištěnců v souvislosti s členstvím našeho státu v EU,
- na schopnost zaměstnanců Pojišťovny podávat kvalifikované informace a provádět poradenskou/konzultační činnost v otázkách plateb pojistného,
- na proškolení odpovědných pracovníků hromadných plátců o legislativních změnách v oblasti placení a odvodů pojistného na zdravotní pojištění,
- na včasné informování plátců pojistného o dlužných částkách na pojistném.

V oblasti komunikace s pojištěnci bude v roce 2007 kladen důraz na:

- klientský přístup, vstřícnost a korektnost při vyřizování jejich dotazů, stížností, oznámení a podání,
- pravidelné monitorování a vyhodnocování podnětů a námětů ke zlepšení činnosti Pojišťovny,
- zlepšení informovanosti a komunikačních dovedností přepážkových pracovníků Pojišťovny,
- vysvětlování práv a povinností pojištěnců vyplývajících z mezistátních smluv o poskytování zdravotní péče či smluv o sociálním zabezpečení a z naší účasti v EU,
- spolupráci Pojišťovny s patientskými organizacemi či zájmovými sdruženími,
- přípravu projektu elektronického identifikátoru pojištěnce, se kterým se do budoucna počítá (viz kapitola 2.5),
- elektronickou formu komunikace.



Ve spolupráci s partnerskými organizacemi bude Pojišťovna pokračovat v rozšiřování nabídky svých služeb o další možnosti, jako např. prodej dalších typů pojištění a služeb, zvláště pak takových, které představují výhodu pro klienty Pojišťovny.

V oblasti komunikace s poskytovateli zdravotní péče bude v roce 2007 Pojišťovna:

- zajišťovat komunikaci se smluvními zdravotnickými zařízeními k identifikaci pojištěnce prostřednictvím oddělení informací a asistence,
- v účasti na řádných a mimořádných jednáních dohodovacích řízení a pracovních jednáních v komisích MZ a výběrových řízení zaměřených na vytváření sítě smluvních zařízení,
- v organizování a účasti na pracovních setkáních s představiteli poskytovatelů zdravotní péče, odborných společností a dalších představitelů ovlivňujících kvalitu poskytované zdravotní péče,
- ve využívání institutu smířčího řízení při řešení sporů mezi Pojišťovnou a zdravotnickým zařízením,
- v pilotních projektech ověřujících finanční a praktickou realizovatelnost nových medicínských postupů a nových medicínských technologií,
- podporovat elektronickou formu komunikace.

2.5

Záměry rozvoje informačního systému Pojišťovny a rozdělení investic

Rozvoj informačního systému Pojišťovny (dále jen „IS“) odráží současné trendy rozvoje informačních technologií, čímž plánovaně vytváří pro práci Pojišťovny dokonalejší nástroje a jeho využívání je proto maximálně efektivní. Protože jde o problematiku dlouhodobou, je třeba plánovat rozvoj IS na delší období v dílčích krocích, realizovaných v souladu s disponibilními lidskými a finančními zdroji a zejména se schválenou „Konceptí informačního systému VZP ČR pro roky 2005 až 2008“. V oblasti rozvoje IS Pojišťovny byla z rozhodnutí nuceného správce v roce 2006 realizována pouze základní údržba, odstranění havarijních stavů, popřípadě změny aplikací vyplývající zejména ze změn právních předpisů, které bylo třeba realizovat pro potřeby udržení rutinního provozu Pojišťovny. Vzhledem k této skutečnosti byla většina záměrů plánovaných na rok 2006 převedena do dalšího roku.

Znamená to, že i v tomto roce je nezbytné pro úspěšné fungování Pojišťovny v rámci zdravotního pojištění udržet a rozvíjet orientaci IS zejména na:

- podporu obslužnosti klientů,
- podporu ekonomického řízení,
- připravenost systému na možné změny v systému zdravotního pojištění,
- podporu operativního rozhodování,
- podporu strategického rozhodování,
- podporu elektronické komunikace s partnery,
- udržení každodenního bezproblémového provozu s důrazem na zvyšování bezpečnosti IS,
- zajištění dostupnosti, věrohodnosti a aktuálnosti informací,



- jednotnou podporu řízení organizace,
- podporu usnadnění a zjednodušení práce uživatele,
- vytvoření krajského informačního systému,
- racionalizaci podpůrných procesů (DMS,...),
- zavádění procesního řízení podle zásad ITIL.

Připravované legislativní změny v souvislosti se změnami ve zdravotním pojištění a nové kódy pojištění osob/pojištěnců vyžadují průběžně realizovat potřebné změny v infrastruktuře a funkcích IS tak, aby Pojišťovna následně bez problémů uvedené požadavky dokázala včas plnit. Významnou oblastí je i plnění nařízení a požadavků Evropské unie.

Výše finančních prostředků, které je možno investovat do IT je vždy omezená, což pro rozvoj IS představuje významný limitující faktor. Jejich objem ale musí pokrýt alespoň takový rozvoj IS, jenž by zabránil zastarávání a postupnou ztrátu funkcionality částí SW nebo i HW. Současně je potřeba zajistit zavádění nových technologií, jejichž využívání představuje základní předpoklad pro udržení konkurenceschopnosti Pojišťovny na trhu veřejného zdravotního pojištění. Pojišťovna se proto soustavně snaží trvale posilovat podíl investic do progresivních trendů IT za současné obměny HW a aktualizace SW.

Do plánu investic do IS na rok 2007 jsou proto začleněny zejména ty položky, jejichž absence by mohla způsobit předvídatelné i méně závažné problémy v rutinním provozu IS.

Hlavní záměry rozvoje IS v roce 2007

- Klíčovou podmínkou pro zabezpečení plynulého provozu Pojišťovny je zajištění propustnosti a provozu datových komunikací. Jejich význam vzrůstá v souvislosti s realizací záměrů Pojišťovny jako jsou elektronická pošta, Portál, integrační platforma, elektronický oběh dokladů, Extranet, atd.). Platí to také v návaznosti na rozhodnutí vybudovat krajské informační systémy (KIS) při zabezpečení dostatečných kapacit HW základny na úrovni serverů i koncových stanic.
- Trvalý úkol představuje **realizace a aktualizace úloh pro sledování a hodnocení činností jednotlivých segmentů poskytovatelů zdravotní péče**. Tato významná činnost umožňuje programové působení na konkrétní zdravotní subjekty s cílem urychlení předávání podkladů pro sjednávání financování zdravotní péče.
- I pro segment plátců pojistného a výběru pojistného je trvalým úkolem rozvoj obslužných aplikací. I v této oblasti je třeba rozvíjet možnost působení na konkrétní subjekty s cílem maximalizovat objem vybraného pojistného a penále, minimalizovat nedovýběr a včas lokalizovat problémové plátce.
- Pokračování projektu **Integrační platforma**, který má za cíl implementovat technologické prostředí IS VZP ČR tak, aby bylo dosaženo nejvyšší míry integrace jednotlivých komponent IS, zejména těch, které se podílejí na poskytování služeb klientů a partnerů VZP ČR s cílem zvýšení dostupnosti a komfortu.
- Příprava tzv. „card management system“ projektu plastového průkazu pojištěnce v rámci cílového projektu **elektronického identifikátoru pojištěnce (EI)**.
- Realizace **Komunikační platformy**, která má především zlepšit kvalitu a efektivitu služeb klientům Pojišťovny zejména rozšířením centralizovaných on-line



referenčních údajů o komunikaci s klienty Pojišťovny. Cílem je obsloužit klienta libovolným komunikačním kanálem, z libovolného místa jednotně a ve stejné kvalitě.

- Výběr dodavatele software pro EkIS (ekonomický informační systém) a zahájení implementace jeho programů.
- Trvalé **posilování klientského přístupu** ve všech aplikacích IS v souladu se záměry odborných útvarů Pojišťovny.
- Rozvoj elektronické komunikace Pojišťovny s partnery na bázi **Webových služeb**. Další rozvoj a automatizace úloh, poskytovaných prostřednictvím Portálu VZP ČR v závislosti na míře využití partnery a klienty VZP ČR.
- **Zvyšování spolehlivosti a bezpečnosti IS**. S ohledem na nárůst počtu a rozsahu provozovaných úloh a poskytovaných služeb je třeba dbát o zachování dostatečné kapacity technických prostředků IS.
- **Zvyšování odborné kvalifikace pracovníků ÚICT**, spolupráce při zvyšování kvalifikace uživatelů IS z dalších odborných útvarů pro zajišťování funkcionality současných i nově používaných technologií.
- Posílení diskové kapacity Centrálního datového skladu.
- Vybudování nové organizace IS, zaměřené na poskytování kompletních služeb (IT Service Management – ITSM), jehož základem je kombinace liniového a procesního řízení popsaného v ITIL.
- Vybudování systému akcelerace komunikace, plná implementace clusterového řešení pro podporu významných aplikací v Ústředí Pojišťovny a v KP Praha – město a vývoj a pilotáž aplikace a HW infrastruktury, podporující krajské uspořádání Pojišťovny.



3. POJIŠŤENCI



V roce 2007 bude pokračovat tlak konkurence, Pojišťovna si je tohoto aspektu plně vědoma. Uvědomujeme si, že aktivity ostatních zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven a jejich péče o klienty přináší tvrdé klientské porovnání. Po řadě přísných úsporných opatření roku 2006, která značně utlumila řadu již dříve zavedených programů směřovaných na udržení počtu pojištěnců, chce Pojišťovna v nových podmínkách o své pojištěnce intenzivně pečovat. Cílem Pojišťovny je ukázat pojištěncům, že je spolehlivou institucí schopnou zajistit uhrazení veškeré i vysoce nákladné, moderní a specializované zdravotní péče. Pojišťovna chce stavět na odpovědném přístupu svých klientů k ochraně jejich zdraví a k podpoře zdravého životního stylu. Z dostupných prostředků fondu prevence i provozního fondu nabídne maximum programů směřujících jak k přímé prevenci a diagnostice chorob, tak k propagaci a šíření znalostí o podpoře zdraví.

Ve spolupráci s odbornými společnostmi předpokládá nabídku zdravotně preventivních programů. Programy budou směřovány na různé okruhy portfolia pojištěnců - zejména, děti a mládež, těhotné ženy, matky s malými dětmi, osoby starší apod. v souladu s Národními zdravotními programy (kardiovaskulární, onkologické atd.).

Pojišťovna před několika roky zahájila postupnou přeměnu svého fungování na instituci klientsky orientovanou. Řešení komunikace v průběhu roku 2007 předpokládá realizaci počáteční etapy projektu zavedení platformy do prostředí Pojišťovny. Cílem je na jedné straně profesionálně a jednotně řídit komunikaci s klienty a být veřejnoprávní institucí, která efektivně a na úrovni komunikuje s občanem; na druhé straně ekonomicky a efektivně provádí obslužné procesy tak, aby bylo dosaženo úspory především režijních nákladů. Klientům bude následně usnadněna komunikace s Pojišťovnou, bude sjednocena úroveň služeb poskytovaných jednotlivými komunikačními kanály tak, že projekt Pojišťovně umožní i aktivní práci s pojištěnci.

V rámci komunikace Pojišťovny - jak s klienty, tak i se širokou veřejností - bude stále nabývat na významu využívání Portálu Pojišťovny a webových stránek. V roce 2007 budou již plně v provozu nové internetové stránky Pojišťovny, které byly a jsou budovány se záměrem neustálé komunikace nejen s našimi klienty, ale i s veřejností. Koncepce obsahu internetových stránek umožní publikovat relativně velké množství informací nejrůznějšího charakteru. Návštěvník již nebude jen pasivním příjemcem informací, ale pokud bude mít zájem, i aktivním spoluvůrcem obsahu, případně bude mít možnost ve větší míře komunikovat s Pojišťovnou elektronickou formou. Nově implementovaný CMS (systém řízení publikování informací) umožňuje zjednodušení publikování všech informací, včetně vnitropodnikových (intranet).

Jedním z nejdůležitějších předpokladů pro dosažení stanovených cílů Pojišťovny je kontinuální zveřejňování všech informací důležitých pro pojištěnce. Pojišťovna bude klást důraz na pozitivní informování veřejnosti o svých aktivitách s cílem dosáhnout širšího povědomí veřejnosti o činnosti Pojišťovny. S uvedeným cílem a pro pozitivní image Pojišťovny úzce souvisí i profesionální úroveň pracovníků Pojišťovny a profesionální poskytování jejich služeb. V této souvislosti bude prioritou kladena na průběžné vzdělávání a doškolování zaměstnanců Pojišťovny, kteří zabezpečují výkon jejich vybraných služeb. Osobní odpovědnost zaměstnanců za vytváření dobrého jména Pojišťovny a její prosperity v oblasti vztahů veřejného zdravotního pojištění je předpokladem k dosažení stanovených cílů.



Záměry vývoje struktury pojištěnců, resp. její stabilizace

V roce 2007 bude Pojišťovna nadále, pomocí specializovaných zaměstnanců, pokračovat v činnosti se zaměřením na své pojištěnce s tím, že cílem je stát se pojišťovnou pro celou rodinu a na celý život. V rámci úsporných opatření budou pro klientský program využívány především nabídky spolupracujících partnerů tak, aby náklady na uvedenou činnost byly pro Pojišťovnu minimální. Na podporu propagace prevence a péče o zdraví bude Pojišťovna pokračovat především v činnosti Klubu pevného zdraví, jehož členové ctí zásady zdravého životního stylu a jsou jeho aktivními propagátory. Členům Klubu bude i nadále umožněno čerpat výhody, které jsou jim v plné výši poskytovány obchodními partnery Pojišťovny.

Pro kvalitní vývoj struktury pojištěnců a jejich stabilizaci byl do praxe uveden program péče o matku a dítě, bezpříspěvkové dárce krve, zdravé seniory, program imunizace dětí a další. Realizace těchto programů a jejich pokračování v dalším období je podmíněno minimalizací nákladů. Minimalizace nákladů vede Pojišťovnu také k dalšímu provozování služeb internetové zdravotní knížky včetně využití této služby pro odbornou veřejnost a následnou úsporu nákladů na zdravotní péči. Současně si je Pojišťovna vědoma důležitosti zachovat na regionální úrovni skupinová setkání s lékaři při tematických odborných prezentacích.

Pro zvýšení informovanosti veřejnosti o systému veřejného zdravotního pojištění, evropského pojištění, cestovního pojištění, smluvního pojištění, služeb Pojišťovny i jako pomoc pro řešení jednotlivých problémů vznikajících mezi pojištěncem, lékařem a Pojišťovnou bude sloužit Oddělení informací a asistence, prostřednictvím telefonické, e-mailové a korespondenční služby. Současně bude Pojišťovna realizovat proaktivní otevřenou komunikaci s médii, jež ve svých důsledcích utváří názor veřejnosti na činnost Pojišťovny a stabilizaci jejich pojištěnců.



Tabulka č. 2: Věková struktura pojištěnců zdravotní pojišťovny

Věková skupina 2)	Průměrný počet pojištěnců ¹⁾			
	skutečnost 2005	Oček. skut. 2006	ZPP 2007	% 2007/2006
0-5	264 193	266 694	271 469	101,8
5-10	266 040	256 141	248 599	97,1
10-15	361 878	333 612	308 204	92,4
15-20	403 709	397 137	393 845	99,2
20-25	440 731	431 296	422 721	98,0
25-30	543 867	517 954	493 558	95,3
30-35	487 036	499 883	516 511	103,3
35-40	419 768	419 128	420 826	100,4
40-45	428 841	430 879	432 333	100,3
45-50	449 606	427 328	407 587	95,4
50-55	513 157	501 858	491 307	97,9
55-60	512 253	516 228	525 303	101,8
60-65	407 556	420 104	435 819	103,7
65-70	311 967	317 858	327 011	102,9
70-75	305 784	292 836	281 583	96,2
75-80	263 789	264 165	266 905	101,0
80-85	185 137	187 879	191 336	101,8
85+	86 413	93 841	101 083	107,7
celkem ¹⁾	6 651 725	6 574 821	6 536 000	99,4

Poznámky k tabulce:

1) Údaje o průměrných počtech pojištěnců celkem v kalendářním roce podle tabulky
Přehled základních ukazatelů, řádek 2.

2) Pro zařazení pojištěnců do věkových skupin zdravotní pojišťovny postupují v souladu se zákonem č. 592/1992 Sb., ve znění zákona č. 438/2004 Sb.

Komentář k tabulce č. 2

Vývoj věkové struktury pojištěnců Pojišťovny je zachycen v tabulce č. 2. Ta zobrazuje průměrné počty pojištěnců Pojišťovny členěné do 18 věkových skupin po pěti letech věku. Pro každou věkovou skupinu jsou uvedeny skutečné průměrné počty v roce 2005, odhad pro celý rok 2006 (extrapolace známé skutečnosti za 8 měsíců), a další extrapolací odvozený odhad pro rok 2007.

Vývoj věkové struktury je ovlivněn jednak demografickým vývojem, to je stárnutím populace a také pohybem pojištěnců mezi zaměstnaneckými zdravotními pojišťovnami. Projevuje se zde i konkurenční boj zdravotních pojišťoven, které projevují zájem převážně o zdravé pojištěnce z mladších věkových skupin. Zvýšený počet dětí ve věku do pěti let lze pak přičíst vlivům vstupu ČR do Evropské unie, kdy nezaopatření rodinní příslušníci v České republice zaměstnaných osob ze země Evropské unie, jsou pojištěni podle pravidel EU současně se svými rodiči u Pojišťovny.



4. ZÁKLADNÍ FOND ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ



4.1

Záměry vývoje hospodaření základního fondu zdravotního pojištění v roce 2007

ZFZP je největším a určujícím fondem, ze kterého jsou financovány ostatní fondy Pojišťovny. Dle § 6 odst. 1 zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, je Pojišťovna povinna sestavit rozpočet tak, aby výdaje nepřevýšily příjmy v příslušném rozpočtovém roce. Tato podmínka je splněna, ale jedná se v podstatě o cash-flow ZFZP. Pro to, aby Pojišťovna dostála svým závazkům, je nutné, aby příjmy byly dostatečné na pokrytí všech nároků ZFZP (náklady na zdravotní péči, převody do jiných fondů, bankovní poplatky, atd.).

Hlavním ekonomickým cílem ZFZP pro rok 2007 je snížení stavu závazků vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti o cca 6,05 mld. Kč (včetně započtení metodické změny v souvislosti s novým zněním rámcových smluv). Pojišťovna by tak v roce 2007 zaplatila zdravotnickým zařízením v souhrnu více, než budou činit jejich plánované nároky v části A. III. 1 tabulky ZFZP pro daný rok a významně by tak snížila své dluhy z minulých let.

Výchozím bodem pro splnění hlavního cíle v roce 2007 je naplnění očekávané skutečnosti roku 2006, kdy předpokládáme, že se podaří naplnit základní cíl ZPP2006, tj. postupné snížení závazků po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým zařízením při zachování dostupnosti a kvality zdravotní péče pro pojištěnce VZP ČR.

Dalšími předpoklady je výrazný růst ekonomiky doprovázený růstem platů a mezd a udržení plánovaných nákladů na zdravotní péči. Tento optimistický předpoklad je při jeho nenaplnění i největším rizikem. Udržení plánovaného záměru v nákladech na zdravotní péči při naplnění růstu předpokládaných příjmů umožní cílené snížení závazků vůči ZZ po lhůtě splatnosti, které ZPP2007 předpokládá. Zároveň růst zdrojů Pojišťovny bude odrážet legislativní změny v oblasti veřejného zdravotního pojištění z roku 2006 s přímým vlivem na růst příjmů v roce 2007 (jedná se zejména o zavedení nového způsobu přerozdělování a zvýšení plateb za osoby, za které je plátcem pojistného stát). Výdajová strana bude v roce 2007 odrážet zdravotní a smluvní politiku popsanou v kapitole 4.3.

Růst zdrojů Pojišťovny tak umožní v roce 2007 snížit závazky po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým zařízením, při současném vytvoření prostoru pro navýšení jejich úhrad. Vůči partnerům Pojišťovny se to projeví zejména výrazným snížením průměrných lhůt úhrad.

Hospodaření základního fondu zdravotního pojištění zobrazuje tabulka č. 3², přičemž v části A. jsou znázorněny předpokládané nároky (část A.II. – tvorba) a náklady (část A.III. – čerpání) a v části B. předpokládané příjmy (B.II.) a výdaje (B.III.) fondu.

Část A.II. – tvorba se vztahuje k části B.II. – příjmy, kde nesoulad mezi předepsanými příjmy a skutečně vybranými je dán jednak časovým posunem a hlavně platební morálkou plátců.

Část A.III. - čerpání se vztahuje k části B.III. – výdaje a zde je nesoulad způsoben taktéž časovým posunem, ale hlavně vyššími výdaji za zdravotní péči, kde je předpoklad, že budou částečně splaceny dluhy z minulých období.

² Část A tabulky vyjadřuje předpis, tj. náklady a výnosy. Část B vyjadřuje cash-flow, tj. příjmy a výdaje.



Tabulka č. 3: Základní fond zdravotního pojištění

A. Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP) Tvorba a čerpání ve sledovaném období		Oč. skut. 2006	ZPP 2007	ZPP 2007 /oč.skut. 06
		tis. Kč	tis. Kč	%
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	9 029 370	15 228 193	168,7
II.	Tvorba celkem = zdroje	130 029 498	139 414 487	107,2
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	82 884 062	87 541 000	105,6
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledku přerozdělování +/- podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	41 530 108	45 938 000	110,6
2.1	Pojistné z veř. zdrav. pojištění po přerozdělování (ř. 1 + ř. 2) podle §§ 20,21a zák. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů a § 1 odst. 1 a a b) vyhlášky č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů	124 414 170	133 479 000	107,3
3	Penále, pokuty a přírázky k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	4 440 884	4 900 000	110,3
4	Náhrady škod podle § 1 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech	350 987	387 000	110,3
5	Úroky získané hospodařením se ZFZP podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	1 550	1 904	122,8
6	Ostatní pohledávky podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech	80 079		
7	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech	521 429	320 583	61,5
8	Převod zůstatku ZFZP v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. i) 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 ¹⁾ na základě mezinárodních smluv	220 399	326 000	147,9
10	Kladné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech			
11	Dar určený dárcem pro ZFZP, nebo pokud nebyl dárcem určen účel daru, podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech			
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů:	123 830 675	130 933 182	105,7
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. d) vyhlášky o fondech	117 749 028	122 013 000	103,6
	z toho:			
1.1	závazky za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovnou v cizině podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech ²⁾	82 183	110 000	133,8
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech			
3	Předpis přidělu do jiných fondů (3.1 +3.2 +3.3 +3.4)	4 375 205	4 964 409	113,5
	v tom:			
3.1	- do rezervního fondu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	90 605	115 710	127,7
3.2	- do provozního fondu podle § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech ³⁾	4 136 600	4 454 127	107,7
3.3	- do fondu prevence podle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech ⁴⁾	148 000	394 572	266,6
3.4	Mimořádný převod do provozního fondu - pouze Vojenská zdravotní pojišťovna ČR podle §1 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech			
4	Předpis příspěvku do zajišťovacího fondu podle § 1 odst. 6 vyhlášky o fondech ⁵⁾			
5	Ódpis pohledávek podle § 1 odst. 5 vyhlášky o fondech	1 345 248	3 479 773	258,7
6	Závazky vyplývající z poskytnutí zdravotní péče fakturované tuzemskými zdravotnickými zařízeními za cizince ¹⁾ včetně výsledků revize podle § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech	220 399	326 000	147,9
7	Bankovní poplatky za vedení účtu ZFZP a další poplatky podle § 1 odst. 4 písm. f) vyhlášky o fondech	140 782	150 000	106,5
8	Záporné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech	13		
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	15 228 193	23 709 498	155,7



VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY

B. Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP)		Oč. skut. 2006	ZPP 2007	ZPP 2007 /oč.skut. 06
Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 1 odst. 7 vyhlášky o fondech				
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	56 067	60 000	107,0
II. Příjmy celkem:		124 441 251	133 051 904	106,9
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	80 975 102	85 586 000	105,7
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování +/- podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	41 530 108	45 938 000	110,6
2.1	Pojistné z veř. zdrav. pojištění po přerozdělování (ř. 1 + ř. 2) podle §§ 20,21a zák. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů a § 1 odst. 1 a a b) vyhlášky č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů	122 505 210	131 524 000	107,4
3	Penále, pokuty a přírázky k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	1 018 551	1 080 000	106,0
4	Náhrady škody podle § 1 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech	326 525	355 000	108,7
5	Úroky získané hospodařením podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	1 550	1 904	122,8
6	Ostatní příjmy podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech	1 056		
7	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech	522 859	1 000	0,2
8	Příjem zůstatku v případě sloučení nebo splnutí zdravotní pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. i) 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 ¹⁾ na základě mezinárodních smluv	65 500	90 000	137,4
10	Kladné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech			
11	Dar určený dárce pro ZFZP, nebo pokud nebyl dárce určen účet 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 do Zajišťovacího fondu		x	x
III. Výdaje celkem:		124 437 318	133 051 904	106,9
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. d) vyhlášky o fondech	119 855 038	128 066 981	106,9
	z toho:			
1.1	výdaje za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v cizině podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech ²⁾	82 183	110 000	133,8
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech			
3	Přídíly do jiných fondů (3.1 + 3.2 + 3.3 + 3.4)	4 234 272	4 523 923	106,8
	v tom:			
3.1	- do rezervního fondu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech			
3.2	- do provozního fondu podle § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech ³⁾	4 059 272	4 129 351	101,7
3.3	- do fondu prevence podle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech ⁴⁾	175 000	394 572	225,5
3.4	Mimořádný převod do provozního fondu - pouze Vojenská zdravotní pojišťovna ČR podle § 1 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech			
4	Příspěvek do zajišťovacího fondu podle § 1 odst. 6 vyhlášky o fondech ⁵⁾			
5	Výdaje za poskytnutou zdravotní péči fakturovanou tuzemským zdravotnickým zařízením za cizince ¹⁾ , včetně výsledků revize podle § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech	205 339	311 000	151,5
6	Bankovní poplatky za vedení účtu základního fondu a další poplatky podle § 1 odst. 4 písm. f) vyhlášky o fondech	142 656	150 000	105,1
7	Záporné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech	13		0,0
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	60 000	100,0

C. Specifikace ukazatele B II 1)		tis. Kč	tis. Kč	%
		Oč. skut. 2006	ZPP 2007	ZPP 2007 /oč.skut. 06
1	Příjmy z pojistného od zaměstnavatelů	72 407 642	76 666 083	105,9
2	Příjmy z pojistného od osob samostatně výdělečně činných	7 158 956	7 382 515	103,1
3	Příjmy z pojistného od ostatních plátců (osob bez zdanitelných příjmů + případně další platby)	1 408 505	1 537 402	109,2
4	Neidentifikovatelné platby od různých typů plátců			
5	Součet řádků C ř. 1 až C ř. 4	80 975 102	85 586 000	105,7

Poznámky k tabulce:

- 1) Pojem "cizinec" se vztahuje i na pojištěnce ČR, jehož úhrada poskytnuté zdravotní péče se provádí nebo je kryta finančními zdroji některé zahraniční pojišťovny, v souladu s platnými nařízeními rady EHS 1408/71 a 574/72 a na základě mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení se kterými vystavil souhlas Parlament.
- 2) Řádky 1.1 v oddílech A III a B III obsahují výdaje na zdravotní péči za pojištěnce podle § 14 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
- 3) Propočet limitu přídelu podle § 7 vyhlášky je vázán na údaje rozhrnové základny propočtené z oddílu B II ZFZP.
- 4) Pokud zdravotní pojišťovna účtuje úroky, penále a přírázky do ZFZP a následně provádí převod ze ZFZP do fondu prevence, bude k tomu účelu využívat jak oddíl A III ř. 3.3, tak i oddíl B III ř. 3.3.
- 5) Propočet příspěvku do ZF za rok 2006 a 2007 se neprovádí - viz zákon č. 117/2006 Sb.
- 6) Tabulku vyplní informativně pouze ZP, jejichž hospodaření v roce 2006 ovlivnilo vrácení finančních prostředků získaných do 31. 12. 2005 z ČKA

		Oč. skut. 2006
Hodnoty jsou zahrnuty na příslušných řádcích ZFZP části B v oddílu B II případně promítnuty i na Fprev.		tis. Kč
1	Vrácení prostředků za postoupení pohledávek za plátcí pojistného na ČKA - vazba na usnesení vlády č. 1080/2005 a usnesení PSP ČR č. 1872 /2005	-2 976
	z toho :	
1.a	za postoupené pohledávky za pojistným	-1 620
1.b	za postoupené pohledávky za příslušenstvím	-1 356
1.b.1	z toho : vráceno z BÚ ZFZP	
1.b.2	vráceno z BÚ Fprev	



Tabulka ZFZP, část A. II. – Tvorba

V řádku 1 a 2 je uveden předpokládaný nárok Pojišťovny na pojistné a na příjmy z přerozdělení pojistného.

V řádku 3 a 4 je uvedena kvalifikovaná predikce vývoje v předepsaných penále, pokutách, přírážkách k pojistnému a náhradách škod (dle vývoje v minulých letech).

V řádku 5 je uvedena předpokládaná výše získaných úroků z hospodaření se ZFZP. V odhadu na rok 2007 je zahrnut předpoklad vývoje úrokových sazeb uvedený v makroekonomické predikci MF ČR a průměrných zůstatků na BÚ ZFZP.

V řádku 6 je pro rok 2006 uveden výnos z promlčeného přeplatku pojistného.

V řádku 7 je pro rok 2006 uveden předpis ve výši 521,4 mil. Kč, z toho je 490,4 mil. Kč nevyčerpaných finančních prostředků provozního fondu za rok 2006, 1 mil. Kč z hospodářského výsledku zdanitelných činností po zdanění a 30 mil. Kč převod z rezervního fondu. Předpis převodu 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, je plánován i pro rok 2007. V roce 2007 je rovněž plánován převod nevyčerpaných finančních prostředků provozního fondu a to ve výši 319,6 mil. Kč.

V řádku 9 je uvedena částka nárokováná u zahraničních zdravotních pojišťoven za uhrazenou zdravotní péči tuzemským zdravotnickým zařízením za cizince na základě mezinárodních smluv a aplikace práva EU.

Tabulka A. III. – Čerpání

V řádku 1 jsou uvedené závazky za zdravotní péči představující očekávanou výši nároků (fakturaci) zdravotnických zařízení za poskytnutou zdravotní péči v příslušném roce, a to při očekávaných cenách, objemech a regulacích.

V řádku 1.1 je uvedena předpokládaná nároková částka za poskytnutou péči pojištěncům Pojišťovny v cizině.

V řádku 3 jsou zahrnuty převody do jiných fondů Pojišťovny (komentáře jsou připojeny k jednotlivým fondům). Převod do provozního fondu je pro rok 2006 a rok 2007 ve výši max. limitu. Vzhledem k plánovanému nižšímu čerpání provozního fondu o 490,4 mil. Kč, resp. 319,6 mil. Kč je plánován převod zpět z provozního fondu do ZFZP (viz řádek A. II. 7 ZFZP).

V řádku 5 je obsažen očekávaný objem odepisovaných pohledávek vzniklých z titulu pojistného na veřejné zdravotní pojištění, pokut, penále, přírážek k pojistnému, pohledávek za ZZ z neoprávněné fakturace a ostatních pohledávek v případech, kdy splňují podmínky pro odpis.

V řádku 6 je uvedena předpokládaná částka nárokováná poskytovateli zdravotní péče za ošetření cizinců podle mezinárodních smluv a aplikace práva EU.

V řádku 7 jsou uvedeny předpokládané náklady související se správou základního fondu, tj. bankovní poplatky za vedení účtů základního fondu, poplatky za poštovní služby a poplatky za použití veřejných datových sítí při úhradách zdravotní péče, výběru pojistného, pokut, penále a přírážek k pojistnému.



Řádek IV zahrnuje předpokládaný zůstatek ZFZP k 31. 12. Tento zůstatek však bude kryt pouze obtížně vymahatelnými pohledávkami Pojišťovny za plátcí pojistného, zároveň je mj. determinován úrovní odepisování pohledávek za plátcí pojistného.

Tabulka B. II. – Příjmy

V řádku 1 a 2 jsou uvedeny předpokládané příjmy z pojistného a ze zúčtování se zvláštním účtem pro přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami; odhad vychází z údajů uvedených v úvodu ZPP2007 a v kapitole 4.2.

V řádku 3 a 4 uvedené položky byly stanoveny kvalifikovaným odhadem.

V řádku 7 jsou v roce 2006 převody (viz řádek A. II. 7) a navíc příjem ve výši 1,4 mil. Kč (odpuštěné penále z ostatní zdaňované činnosti). Pro rok 2007 je převod 1 mil. Kč z hospodářského výsledku zdanitelných činností po zdanění.

V řádku 9 je uvedena plánovaná úhrada od zahraniční zdravotní pojišťovny, vyplývající z mezinárodních smluv a aplikace práva EU.

Tabulka B. III. – Výdaje

V řádku 1 jsou zobrazeny výdaje z běžných účtů na úhradu nároků (fakturace) zdravotnických zařízení za poskytnutou zdravotní péči.

V řádku 3 jsou uvedeny předpokládané finanční příděly (převody) do jiných fondů Pojišťovny.

Řádek 5 vyjadřuje předpokládané výdaje za zdravotní péči poskytnutou cizincům a proplacenou českým zdravotnickým zařízením.

V řádku 6 jsou uvedeny ostatní plánované výdaje související se správou ZFZP.

Řádek IV představuje zůstatek finančních prostředků na běžných účtech ZFZP, peněz na cestě a hotovosti v pokladnách k 31.12.

Tabulka č. 4: **Náklady na léčení cizinců v ČR**

Ř.	Ukazatel	Měrná jednotka	Oč. skut. 2006	ZPP 2007	% ZPP 2007/ oč. skut. 2006
1.	Náklady na léčení cizinců v ČR celkem: ¹⁾	tis. Kč	220 399	326 000	147,9
2.	Počet ošetřených cizinců ²⁾	počet	37 860	50 000	132,1
3.	Průměrné náklady na 1 ošetřeného cizince	Kč	5 821	6 520	112,0

Poznámky k tabulce:

- 1) Údaje vychází z oddílu A III ř. 6 tabulky ZFZP
- 2) Vyjádřeno počtem výkazů CMÚ.

Komentář k tabulce č. 4



V řádku 1 jsou uvedeny předpokládané náklady na léčení cizinců v ČR (pojištěnci ze zemí EU a EHP, kteří mají nárok na zdravotní péči v ČR na základě aplikace Nařízení Rady EEC 1408/71 a dále pojištěnci ze zemí, s nimiž uzavřela ČR smlouvu o sociálním zabezpečení, jejíž součástí je i poskytování věcných dávek, tj. zdravotní péče, a kteří si vybrali Pojišťovnu jako svoji výpomocnou instituci). Modelace nákladů vychází z odhadovaného počtu ošetřených cizinců v ČR a podle jejich nároku na druh zdravotní péče.

V řádku 2 je uveden předpokládaný počet ošetřených cizinců.

V řádku 3 je uvedena předpokládaná suma nákladů na jednoho ošetřeného pojištěnce.

4.2

Tvorba, příjmy ZFZP

Tvorba, resp. příjmy ZFZP jsou závislé na velikosti a struktuře pojistného kmene, na vývoji ekonomiky a na stavu legislativy týkající se dané oblasti. Predikce předpokládaných příjmů Pojišťovny v roce 2007 z výběru a přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami prostřednictvím zvláštního účtu proto vychází zejména z:

- vývoje celkového počtu pojištěnců Pojišťovny v jednotlivých skupinách plátců pojistného,
- průměrných výší vyměřovacích základů jednotlivých skupin plátců pojistného,
- dostupných makroekonomických predikcí, zejména z makroekonomické predikce MFČR a MPSV.

Dlouhodobým cílem Pojišťovny je zastavení úbytku počtu pojištěnců, nicméně pro rok 2007 Pojišťovna předpokládá **snížení meziročního úbytku počtu pojištěnců** na nejvýše 39 tis. osob.

Z hlediska struktury plátců Pojišťovna předpokládá, že v roce 2007 bude mít stabilní počet **osob v zaměstnaneckém poměru**. Jejich **vyměřovací základ dosáhne cca 18 430 Kč** a průměrné měsíční pojistné 2 488 Kč.

Příjmy z pojistného od osob samostatně výdělečně činných budou ovlivněny zvýšením minimálního vyměřovacího základu ve výši dvanáctinásobku 50 % průměrné mzdy stanovené nařízením vlády pro účely důchodového pojištění. Tato částka byla od 1. 1. 2007 stanovena ve výši 10 070 Kč, takže minimální měsíční platba osob samostatně výdělečně činných bude v roce 2007 činit 1 360 Kč (meziroční zvýšení o 6,9 %).³ Pojišťovna očekává mírný úbytek pojištěnců v této kategorii plátců pojistného.

Měsíčním **vyměřovacím základem osob bez zdanitelných příjmů** je minimální mzda. Pojišťovna očekává v této kategorii plátců stabilní počet pojištěnců.

Při výpočtu **příjmů z přerozdělování pojistného** mezi zdravotními pojišťovnami Pojišťovna vychází z:

³ Z celkového počtu OSVČ má samostatnou výdělečnou činnost jako hlavní zdroj příjmů cca 66,4 %. Přičemž 56,2 % OSVČ platí minimální pojistné, 10,2 % platí vyšší než minimální pojistné, zbytek platí méně než minimum nebo neplatí zálohu vůbec.



- odhadnutého počtu pojištěnců Pojišťovny, jejich věkové struktury, pohlaví a nákladových indexů věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění,
- odhadnutých počtů pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát,
- předpokládané platby za osoby, za které hradí pojistné stát ze státního rozpočtu, ve výši 680 Kč,
- předpokládaného vývoje příjmů z výběru pojistného prováděného ostatními pojišťovnami v České republice.

Hlavní složku příjmů Pojišťovny tvoří vybrané pojistné a v něm pojistné přijaté za zaměstnance a příjmy z přerozdělování pojistného. Po sečtení příjmů od jednotlivých skupin plátců Pojišťovna předpokládá, že její příjmy z výběru pojistného na veřejné zdravotní pojištění od plátců pojistného dosáhnou v roce 2007 částky cca 85 586 mil. Kč a částky cca 45 938 mil. Kč z plateb od státu a z přerozdělování pojistného.

Kontrola výběru pojistného, pokut, penále a přírážek k pojistnému ve vztahu k právům a povinnostem vyplývajícím ze zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

V roce 2007 bude Pojišťovna nadále provádět kontroly plátců pojistného na základě zmocnění daného ustanovením § 22 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Kontroly budou prováděny jednak podle **pololetních plánů** pravidelných kontrol a jednak **operativně** při zjištění hrubého porušování platební kázně, při ukončení činnosti plátce, při jeho vstupu do likvidace, při rušení organizace, při konkurzu a u tzv. potenciálních dlužníků, na které upozorní informační systém Pojišťovny.

Kontroly budou, stejně jako dosud, prováděny podle jednotné metodiky Pojišťovny. V roce 2007 se předpokládá provedení cca 91 tisíc kontrol u zaměstnavatelů a OSVČ.

Pro vyhledávání dlužníků budou důsledně využívány nástroje informačního systému Pojišťovny. Kontrola osob samostatně výdělečně činných bude prováděna také na základě informací od správců daní z příjmů o příjmech a výdajích OSVČ.

Plátcům, kteří zaplatili nižší pojistné, než jim stanoví zákon, případně kteří provedli úhrady později než stanovil zákon, bude vystaveno vyúčtování obsahující i vyčíslení dlužného pojistného a penále. **Zaměstnavatelům, kteří nesplní povinnost předat Pojišťovně přehled o platbě pojistného,** bude rozhodnutím stanoveno pravděpodobné pojistné a vyměřeno penále za jeho neuhrazení.

Pohledávky Pojišťovny za OSVČ budou zjišťovány převážně z údajů obsažených v ročních Přehledech o příjmech a výdajích ze samostatné výdělečné činnosti a úhrnu záloh na pojistné, odevzdávaných po podání daňového priznání na základě § 24 odst. 2 zákona č. 592/1992 Sb. V případě, kdy nebude Přehled předán a nepodaří se zjistit údaje o příjmech a výdajích za příslušný rok ani od Finančního úřadu nebo Správy sociálního zabezpečení, bude rozhodnutím stanoveno pravděpodobné pojistné. Plátcům, kteří platili zálohy nebo pojistné v nižší částce, případně je zaplatili později, než ukládá zákon, bude zasláno vyúčtování pojistného, obsahující i vyčíslené dlužné pojistné a penále.

Výše pohledávek Pojišťovny za osobami bez zdanitelných příjmů (OBZP) vyplývá přímo ze zákona.



Nedojde-li ze strany plátce k dobrovolné úhradě dlužného pojistného a penále, vyčísleného na základě provedené kontroly, nebo vyúčtováním pojistného na základě údajů z informačního systému Pojišťovny, budou územní pracoviště v roce 2007 **vystavovat výkazy nedoplatků, případně **zahajovat správní řízení** a na dlužné pojistné a penále **vystavovat platební výměry**. Neuhradí-li plátce výkaz nedoplatků nebo platební výměr na dlužné pojistné, penále, nebo pokutu do stanovené lhůty, budou neuhrazené výkazy nedoplatků a platební výměry postupovány právním útvarům k vymáhání soudní cestou.**

Vymáhání dlužného pojistného a penále soudní cestou je velmi zdlouhavé a mnohdy málo účinné, proto novela zákona o veřejném zdravotním pojištění z roku 2004 (účinnost od 1. 8. 2004) zmocnila zdravotní pojišťovny, tedy i Pojišťovnu, k provádění **správního výkonu rozhodnutí**. S účinností nového správního řádu (zákon č. 500/2004 Sb.) je pak od 1. 1. 2006 vymáhání peněžitého plnění ve správním řízení nahrazeno postupem podle zákona č. 337/1992 Sb., o správě daní a poplatků. Pojišťovna je tedy oprávněna vydávat exekuční příkazy a zajistit si jejich úhradu stejným postupem jako správce daně.

Za nesplnění oznamovací povinnosti, nepředložení Přehledů o příjmech a výdajích osobami samostatně výdělečně činnými, nepředložení přehledů o platbě pojistného zaměstnavateli, nepředložení dokladů ke kontrole, nezaslání záznamů o pracovních úrazech apod., budou územní pracoviště ukládat ve správním řízení platebními výměry pokuty.



4.3

Čerpání, výdaje ZFZP

Vývoj hospodaření na straně čerpání fondu je z největší části ovlivněn úrovní nákladů na zdravotní péči, ostatní převody jsou z hlediska celkového objemu nákladů méně významné. V této části je popsána problematika vztahující se pouze k nákladům na zdravotní péči. Problematika vztahující se k jiným částem převodů ze ZFZP (provozní fond, fond prevence) je uvedena v kapitolách jednotlivých fondů.

4.3.1

Smluvní politika ve vztahu k zdravotnickým zařízením

Platnost převážné části Smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče skončila dnem 30. 6. 2006. Vystala možnost učinit prostřednictvím smluvní politiky kroky, které by vedly k uzavírání smluv pouze s poskytovateli, poskytujícími zdravotní péči kvalitně a efektivně. Tato situace měla přispět i ke zlepšení nepříznivé finanční situace Pojišťovny.

V souvislosti s tím připravila Pojišťovna prodloužení smluv všem poskytovatelům do 31. 12. 2007, resp. do 31. 12. 2006 s podmínkou, že do 31. 12. 2006 budou ve smlouvách některých zdravotnických zařízení provedeny úpravy, které budou odrážet nejen personální, věcné a technické vybavení, ale i spektrum prováděných výkonů a jiné parametry související s kvalitou a dostupností poskytované zdravotní péče.

V červnu 2006 však došlo k vydání legislativních norem, kterými bude smluvní politika zásadně ovlivněna. Jedná se o vyhlášku MZ ČR č. 290/2006 Sb., o rámcových smlouvách a zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních.

Vyhláška o rámcových smlouvách stanovuje povinnost obnovit smluvní vztah se všemi poskytovateli, kteří měli s Pojišťovnou smlouvu do 30. 6. 2006, a s vybranými smluvními partnery nařizuje uzavřít smlouvu na dobu neurčitou.

Rozhodnutím Ústavního soudu v září 2006 byly v zákoně č. 245/2006 Sb. upraveny či vpuštěny některé části, možnost zřízení neziskové nemocnice ale zůstala zachována.

S ohledem na výše uvedené skutečnosti lze očekávat, že počet smluvních partnerů se buď nezmění vůbec nebo pouze minimálně. Vzhledem k nemožnosti administrativního určení počtu smluvních zdravotnických zařízení (dále SZZ) na konci roku 2007 je v tabulce č. 5 ponechán současný počet SZZ jako plánovaný na konec roku 2007.

I přesto, že zmíněné legislativní předpisy vytvářejí náročné prostředí pro záměry Pojišťovny v oblasti smluvní politiky, bude Pojišťovna usilovat o aktivní smluvní politiku a zajistit přístupem ke smluvním vztahům pro své pojištěnce dostupnou kvalitní péči, ve zdravotnických zařízeních s odpovídajícím personálním, věcným i technickým vybavením.



Tabulka č. 5: Soustava smluvních zdravotnických zařízení

R.	Kategorie smluvních zdravotnických zařízení	Počet ZZ oč. skut. k 31. 12. 2006	Počet ZZ ZPP k 31. 12. 2007	% nárůstu poklesu na 1 deset. místo
1.	Ambulantní zdravotnická zařízení ¹⁾	33 907	33 907	100,0
	z toho:			
1.1	Praktický lékař pro dospělé (odbornost 001)	5 489	5 489	100,0
1.2	Praktický lékař pro děti a dorost (odbornost 002)	2 389	2 389	100,0
1.3	Praktický zubní lékař (odbornost 014 - 015, 019)	6 381	6 381	100,0
1.4	Ambulantní specialisté celkem	15 678	15 678	100,0
1.5	Domácí péče (odbornost 925)	527	527	100,0
1.6	Rehabilitační zdravotnická zařízení (odbornosti 902 a 918)	1 467	1 467	100,0
1.7	Zdravotnická zařízení komplementu (odbornosti 222, 801 - 805, 807, 809, 812 - 823)	1 951	1 951	100,0
1.8	Ostatní ambulantní pracoviště	25	25	100,0
2.	Lůžková zdravotnická zařízení celkem ²⁾	269	269	100,0
	z toho:			
2.1	Nemocnice	149	149	100,0
2.2	Odborné léčebné ústavy (kromě léceben pro dlouhodobě nemocné a zdravotnických zařízení vykazující výhradně kód OD 00005)	52	52	100,0
2.2.1	v tom: psychiatrické	14	14	100,0
2.2.2	rehabilitační	7	7	100,0
2.2.3	Tuberkulózně-respirační nemoci	3	3	100,0
2.2.4	ostatní	14	14	100,0
2.2.5	začleněné v rámci jiného zdravotnického zařízení	14	14	100,0
2.3	Léčebny dlouhodobě nemocných celkem (vykazující kód 00024)	122	122	100,0
2.3.1	v tom: samostatná zdravotnická zařízení	41	41	100,0
2.3.2	začleněné v rámci jiného zdravotnického zařízení	81	81	100,0
2.4	Ošetrovatelská lůžka (vykazující kód 00005)	67	67	100,0
2.4.1	v tom: samostatná zdravotnická zařízení	20	20	100,0
2.4.2	začleněná v rámci jiného zdravotnického zařízení	47	47	100,0
2.5	Ostatní lůžková zařízení ²⁾	21	21	100,0
3.	Lázně ²⁾	44	44	100,0
4.	Ozdravovny ²⁾	5	5	100,0
5.	Dopravní zdravotní služba ¹⁾	560	560	100,0
6.	Záchranná služba (odbornost 709) ¹⁾	167	167	100,0
7.	Léčárny a výdejny zdravotnických prostředků ²⁾	2 311	2 311	100,0
8.	OSTATNÍ smluvní zdravotnická zařízení			

Poznámky k tabulce:

- 1) Smluvní zdravotnická zařízení jsou definována identifikačním číslem pracoviště.
- 2) Smluvní zdravotnická zařízení jsou definována identifikačním číslem organizace.

Komentář k tabulce „Soustava smluvních ZZ“

Počet zdravotnických zařízení k 31. 12. 2006 odpovídá skutečnosti k 30. 6. 2006. Vzhledem k nemožnosti administrativně stanovit cílový počet smluvních zdravotnických zařízení je tento počet ponechán v tabulce i jako plánovaný počet ke konci roku 2007.

Ambulantní zdravotnická zařízení

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

Nemocnice:

Zařazena lůžková zařízení akutní péče ve znění vyhlášky MZ ČR 101/2002 Sb., mající odbornost .H. (standardní lůžková péče), .I. (intenzivní a resuscitační lůžková péče), .F. (standardní lůžková péče ve fakultních a dřívějších krajských nemocnicích), .T. (intenzivní a resuscitační lůžková péče 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 ošetrovatelskou 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 ošetrovací den typu 00023, 00028.

OLÚ REH – mající odbornost 2U1 (pracoviště dlouhodobé lůžkové ústavní rehabilitační péče) a ošetrovací 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 alkoholizmu a jiných toxikománií) a ošetrovací den typu 00021, 00026.

OLÚ ostatní – všechna IČO s ošetrovacím dnem typu 00029 nebo 00024 mimo odbornosti 9U7 a IČO s více než jednou odborností vykazující více typů OD následné péče, IČO s jinou odborností .U. než TRN, REH a PSYCH, IČO s více odbornostmi .U., případně i .S.

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

LDN péče

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

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

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

Ošetrovatelská lůžka (00005)

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

Samostatná – jedná se o IČO (subjekt) mající pouze odbornost 9H9 nebo 9F9 (pracoviště ústavní péče na ošetrovatelském lůžku).

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



Lékárny a výdejny zdravotnických prostředků

- Do této skupiny jsou zahrnuty lékárny, výdejny léčiv a oční optici. Nejsou zde zahrnuty výdejny PZT, protože je nelze oddělit od výrobců a distributorů.
- Nejsou zde uvedeny nemocniční lékárny bez veřejné části.

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 ošetrovatelská 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 ošetrovatelské péče).

4.3.2 Zdravotní politika

Cílem zdravotní politiky Pojišťovny v roce 2007 bude zajistit kvalitní a rozsahem a spektrem dostatečnou zdravotní péči o pojištěnce.

Po opakovaných odkladech lze očekávat, že bude s účinností od 1. ledna 2007 vydána novela vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. V době tvorby tohoto materiálu není ale známo v jaké podobě a rozsahu a zda vůbec bude tato novela vydána.

4.3.3 Revizní a kontrolní činnost

Revizní činnost Pojišťovny vyplývá ze zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Zahrnuje nejen činnosti regulačního charakteru (schvalování a povolování úhrad zdravotních výkonů, léčivých přípravků a zdravotnických prostředků), kontrolu výdajové složky veřejného zdravotního pojištění, ale i posuzovací činnost expertního charakteru pro potřebu pojišťovny (i smluvních zdravotnických zařízení či pojištěnců). Provádějí ji revizní lékaři a odborní pracovníci ve zdravotnictví způsobilí k revizní činnosti.

Hlavním cílem revizní a kontrolní činnosti Pojišťovny v roce 2007 bude stejně jako v předcházejících letech snaha o zabránění poskytování, resp. úhrady neúčelné zdravotní péče, tj. aby každý pojištěnec dostal z prostředků veřejného zdravotního pojištění právě takovou zdravotní péči, jakou jeho zdravotní stav vyžaduje, a aby její ekonomická náročnost nebyla při zachování kvality vyšší, než je ze zdravotního hlediska nutné – preventivní charakter, a pokud tato byla již poskytnuta a uhrazena, tak při zjištění neoprávněných, nesprávně vyúčtovaných či neúčelně vynaložených nákladů na zdravotní péči požaduje úhradu zpět - represivní charakter.

Cílené revize vykázané zdravotní péče spojené se šetřením ve smluvních zdravotnických zařízeních (kontrolou zdravotnické dokumentace), popř. se šetřením s pojištěncem budou nadále i v roce 2007 hlavním prvkem v revizní činnosti. Cílené revize



správnosti a oprávněnosti vykázané zdravotní péče budou i nadále zajišťovány jak územními pracovišti a krajskými pobočkami, tak skupinami revizních pracovníků Ústředí. Každé revizi bude vždy předcházet analýza vykázané zdravotní péče zpracovaná pomocí informačního systému.

V roce 2007 bude pokračovat snaha zajistit v maximální možné míře důsledné a systematické uplatňování nástrojů IS pro **automatizované kontroly** správnosti vykázané péče na všech územních pracovištích tak, aby se do jejich archivní databáze dostávaly co „nejčistší“ účty a těžiště revizních a kontrolních aktivit se tím přesunulo nad pracovní databázi. Pro podporu této snahy byl vytvořen program informačního systému Pojišťovny (pod označením CRKVC – kontrola výdajové části) a v průběhu roku 2006 byl uveden do praxe. **Standardním používáním tohoto programu bude výrazně snížen finanční dopad následně prováděných kontrol na ekonomiku zdravotnických zařízení, což může přispět ke zlepšení vztahů mezi Pojišťovnou a zdravotnickými zařízeními.**

V rámci využívání nástrojů IS pro kontrolní a revizní činnost se bude pokračovat ve využívání programu Centrální stomatologický registr, který kontroluje oprávněnost zhotovení protetických výrobků ve vztahu k jejich záruční době, resp. jejich životnosti, a jeho používání se již v praxi osvědčilo.

Dlouhodobě trvajícím a ne snadným úkolem pro rok 2007 (vzhledem k trvalému snižování počtu revizních lékařů) **bude doplňování a zkvalitňování týmu revizních pracovníků.** Také bude již pátým cyklem pokračovat **vnitropodnikové vzdělávání kmenových revizních lékařů Pojišťovny**, které je srovnatelné s atestací a dosud je realizuje pouze Pojišťovna.

Další zkvalitňování úrovně revizních pracovníků a důsledné sjednocování postupů při kontrole a revizi bude zajišťováno pomocí **vnitropodnikového vzdělávání určeného pro nové kmenové revizní lékaře**, ale i **školicími a vzdělávacími akcemi pro stávající revizní pracovníky.**

Jednotný postup při revizních a kontrolních aktivitách všech revizních pracovníků bude zajištěn **přizpůsobením stávající metodiky revizní činnosti** k restrukturalizaci Pojišťovny a ověřením si její funkčnosti. Předpokládá se zřízení funkce **krajského revizního lékaře, krajského technika pro kontrolu** zdravotnických prostředků a zdravotnické techniky, zejména požadavků na úhradu jejich opravy či obměny a **krajského pracovníka pro kontrolu dopravy** s cílem sjednotit a zpřesnit kontrolu efektivity nákladů na tuto oblast úhrad zdravotní péče.



4.3.4

Struktura nákladů na zdravotní péči v členění dle jednotlivých segmentů

S účinností od 1. dubna 2006 byla provedena zákonem č. 117/2006 Sb. změna zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších změn a doplňků. Touto novelou došlo k zásadním změnám oproti původní právní úpravě.

Bylo změněno období, na které se hodnoty bodu, výše úhrad a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče projednává v dohodovacím řízení - z původního pololetního období na celý následující kalendářní rok.

Další změnou je uzákonění a posílení role Ministerstva zdravotnictví jako svolavatele a garanta řádného průběhu dohodovacího řízení. Dojde-li k dohodě mezi zástupci zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů, bude výsledek posuzovat Ministerstvo zdravotnictví, které v případě, že neshledá nesoulad dohody s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá jej jako vyhlášku. Nedojde-li v dohodovacím řízení k výsledku do 90 dnů před skončením příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví, že výsledek není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví nejen výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče, **ale i hodnoty bodu** Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

S ohledem na výše uvedené bude skutečná výše úhrad pro rok 2007 vycházet:

- z výsledků dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezeních objemu poskytnuté zdravotní péče pro rok 2007;
- z vyhlášky Ministerstva zdravotnictví, která stanoví hodnoty bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení poskytnuté zdravotní péče.

V následující části je uveden plán rozdělení finančních prostředků mezi jednotlivé segmenty poskytovatelů zdravotní péče, ze kterého bude Pojišťovna vycházet a bude jej prosazovat. Důraz klade na možnosti úspor ale upozorňuje i na rizika zvyšování nákladů.

Stomatologická péče

Pojišťovna bude i v roce 2007 klást důraz na důsledné provádění preventivní stomatologické péče, zejména u dětí předškolního a školního věku. Snahou bude nadále zajistit kvalitu péče v oblasti stomatologické protetiky i stomatologických výkonů. Využití stomatologického registru by mělo podpořit úsilí o nezvyšování nákladů na stomatologické výrobky a zefektivnit kontrolu vynakládání finančních prostředků.

V roce 2007 bude navrhován modifikovaný stávající systém úhrad - pevnou sazbou za jednotlivé zdravotní výkony stomatologické péče, s jejich stanovenými kalkulacemi. Projednané a odsouhlasené kalkulace výkonů stomatologické péče budou podmínkou pro zachování tohoto způsobu úhrady.

Pojišťovna **reálně** nepředpokládá **výrazný** nárůst nákladů v tomto segmentu, celková úhrada za segment (tj. za stomatologické výkony a stomatologické výrobky) v roce 2007 je plánována **do výše 103 %** roku 2006. Regulační omezení budou realizována



jednak v rámci pravidel pro úhradu výkonů a výrobků a dále budou sledovány náklady v rámci celého segmentu ambulantní stomatologické péče.

Praktičtí lékaři

V tomto segmentu primární ambulantní péče bude Pojišťovna podporovat zachování stávajícího systému úhrady kombinovanou kapitačně-výkonovou platbou, protože tento způsob úhrady umožňuje plánování nákladů s ohledem na skutečný počet pojištěnců. Nadále zůstává cílem Pojišťovny lepší zainteresovanost praktických lékařů na sledování nákladů na vlastní i indukovanou zdravotní péči poskytovanou u nich registrovaným pojištěncům, což posílí i celkovou regulační roli praktických lékařů v systému zdravotní péče.

Celková úhrada za segment v roce 2007 je plánována **do výše 103 %** úhrad roku 2006.

Pojišťovna plánuje úpravu bonifikačního systému tak, aby umožňoval nejen bonifikaci zdravotnických zařízení ale také na základě sledování komplexních nákladů na registrované pojištěnce uplatnění regulací na léky a zdravotnické prostředky, na vyžádanou péči laboratorní, RTG, ale také fyzioterapie, domácí péče, dopravy a případně i lázeňské péče.

Pojišťovna dále ohodnotí zdravotnická zařízení, která budou poskytovat informace o ošetřených registrovaných pojištěncích.

Fyzioterapeutická péče

V tomto segmentu Pojišťovna v roce 2007 navrhuje zachovat stávající způsob úhrady dle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., v platném znění, s časovou regulací 10 hodin na pracovní den.

Celková úhrada v roce 2007 je plánována za celý segment **do výše 103 %** úhrad roku 2006. U jednotlivých zařízení plánuje Pojišťovna zavést sestupnou platbu pro hodnotu bodu nad 100 % výkonů v referenčním období.

Komplement (laboratoře, zobrazovací diagnostika)

Pojišťovna předpokládá, že v tomto segmentu může být reálné v roce 2007 zavést systém úhrady pomocí sestupné hodnoty bodu při zvýšení výkonnosti konkrétních zařízení. Nadále se však bude snažit o změnu financování tohoto segmentu, a to poskytováním úhrady prostřednictvím indikujících zařízení.

Komplement je dalším ze segmentů zdravotní péče, ve kterém se očekává nárůst úhrad v některých odbornostech segmentu v důsledku novelizace seznamu zdravotních výkonů plánované na leden 2007 a zvyšujících mzdové indexy nelékařů. Dojednané úhradové mechanismy musí minimalizovat riziko z toho plynoucí.

V rámci jednání nad Seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami je třeba dopracovat indikační kritéria zejména u nákladných diagnostických výkonů a připravit novelu seznamu laboratorních sdílených výkonů mezi jednotlivými odbornostmi.

Celková úhrada za segment v roce 2007 je plánována **ve výši 103 %** úhrad roku 2006.



Domácí zdravotní péče

V tomto segmentu Pojišťovna v roce 2007 navrhuje zachovat stávající způsob úhrady dle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., v platném znění.

Celková úhrada za segment v roce 2007 je plánována **do výše 103 %** úhrad roku 2006.

Specializovaná ambulantní péče

V segmentu specializované ambulantní péče se předpokládá nadále výkonový způsob úhrady - dle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., v platném znění, s časovou regulací 10 hodin na kalendářní den a s omezením tzv. maximální úhradou.

Vlivem již vydané novely Seznamu výkonů, platné od ledna 2006 a v ní provedené změny mzdových nákladů lékařských výkonů došlo k nestejnomyrnému navýšení počtu bodů u jednotlivých odborností.

Celková úhrada za segment v roce 2007 je plánována ve výši **106,8 %** úhrad roku 2006. Navýšení na hodnoty uvedené v tabulce č. 6 je dáno převodem části léčiv dříve hrazených na předpis do výkonů jako ZULP.

Regulační opatření na předepsané léky a zdravotnické prostředky budou i nadále obsahovat také položky schvalované revizními lékaři. Jejich počet bude ale podstatně menší, protože většina těchto položek byla nyní přesunuta do výkonů jako zvlášť účtované položky.

V rámci cenových jednání se bude Pojišťovna snažit dojednat specifické způsoby a výše úhrad včetně regulací pro některé přesně definované typy péče jako například dialýza, psychoterapeutická péče atd.

Gynekologická péče

Náklady na ambulantní gynekologickou péči byly nově vyčleněny ze specializované ambulantní péče jako zvláštní položka a budou nadále sledovány odděleně. V roce 2007 předpokládáme celkový nárůst za segment na 104 % roku 2006. Pravidla pro úhrady a regulace budou shodná s ostatními zařízeními ambulantní specializované péče. Pojišťovna však nevyklučuje jednání o specifických způsobech úhrad, například screeningových a preventivních vyšetření.

Nemocniční lůžková péče

Pojišťovna bude podporovat přechod od současného způsobu úhrady na způsob úhrady diferencovaný podle typu zdravotní péče. Pojišťovna předpokládá, že akutní lůžková péče bude hrazena paušální sazbou se zohledněním specifické nákladné péče vázané na vybraná centra dle typu onemocnění. Poskytnutá ambulantní péče (péče poskytnuta ambulantním pacientům) a zdravotní doprava by pak byly hrazeny dle shodné metodiky nastavené pro ambulantní zdravotnická zařízení.

Regulačně bonifikační mechanismus na objem předepsaných léků a zdravotních prostředků bude nastaven podle dosaženého nárůstu či poklesu celkové úhrady za léky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením ve sledovaném období ve srovnání s referenčním obdobím.



Celková úhrada za segment v roce 2007 je plánována do výše **103,7 %** úhrad roku 2006.

OLÚ

Pojišťovna předpokládá v případě OLÚ výkonový způsob úhrady s tím, že by pro rok 2007 byly nasmlouvány individuální režie stanovené na základě rozboru nákladovosti jednotlivých OLÚ. Při tomto způsobu úhrady by se nasmlouvalo omezení počtu ošetřovacích dní, které by vycházelo z rozboru časové řady vykazovaných a uznaných ošetřovacích dní poskytnutých pojištěncům VZP ČR konkrétním OLÚ, jednak z očekávaného podílu počtu pojištěnců VZP ČR ve vazbě na charakter poskytované péče. Podmínkou úhrady by bylo splnění personálního a technického vybavení.

Regulačně bonifikační mechanismus na objem předepsaných léků a zdravotních prostředků bude nastaven podle dosaženého nárůstu či poklesu celkové úhrady za léky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením ve sledovaném období ve srovnání s referenčním obdobím.

Celková úhrada za segment v roce 2007 je plánována do výše 102,8 % úhrad roku 2006.

LDN a péče poskytovaná na ošetřovatelských lůžkách

Pojišťovna předpokládá hradit zdravotní péči poskytnutou v případě tohoto segmentu v roce 2007 výkonovým způsobem s omezením na počet ošetřovacích dní, který by vycházel jednak z rozboru časové řady počtu ošetřovacích dní poskytnutých pojištěncům VZP ČR konkrétním zdravotnickým zařízením, jednak z podílu počtu pojištěnců VZP ČR v daném regionu vzhledem k populaci čerpající tento typ péče. Podmínkou úhrady by bylo splnění personálního a technického vybavení.

Celkový očekávaný nárůst úhrad v roce 2006 v tomto segmentu činí 103,5 %. Očekávaný neproporcionální nárůst mezi úhradou za zdravotní péči poskytnutou na lůžkách LDN (100,8%) a na ošetřovatelských lůžkách (115,9%) je dán tím, že v důsledku kontroly personálního vybavení LDN došlo v roce 2005 k částečnému přesmlouvání lůžek LDN na lůžka ošetřovatelská.

Nárůst úhrady o 15,9 % v případě ZZ poskytujících péči na ošetřovatelských lůžkách je pak kombinací těchto skutečností:

- Očekávaný nárůst jednotkové ceny (paušální sazba za ošetřovací den) o 3 %, a to jak u LDN, tak u ošetřovatelských lůžek.
- Souběh většího počtu poskytnutých ošetřovacích dní na ošetřovacích lůžkách a menšího počtu na lůžkách LDN.

Pozn.: Nasmlouvaná péče poskytnutá v nových hospicích je vykazována kódem pro ošetřovatelská lůžka

Náklady na zdravotní péči v zařízeních sociálních služeb

Zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, který s účinností od 1. ledna 2007 provedl změnu zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění tak, že dalším druhem zvláštní ambulantní péče hrazené ze zdravotního pojištění je zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb a



ošetřovatelská a rehabilitační zdravotní péče poskytovaná na základě ordinace ošetřujícího lékaře pojištěncům umístěným v zařízeních sociálních služeb odborně způsobilými zaměstnanci těchto zařízení.

Současně se touto novelou zavádí kontraktační povinnost zdravotních pojišťoven uzavřít zvláštní smlouvu se zařízeními sociálních služeb, která o to požádají ve smyslu § 22 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Podpisem této zvláštní smlouvy se ale ze zařízení sociálních služeb nestávají zdravotnická zařízení. Bylo provedeno šetření v zařízeních sociálních služeb, při kterém byl zjišťován přibližný počet klientů těchto zařízení, kteří by splňovali podmínky pro poskytování zdravotní péče. Dále byla sledována časová a materiálová náročnost zdravotní péče v těchto zařízeních. Z těchto údajů vychází pro rok 2007 přibližný odhad navýšení nákladů za zdravotní péči poskytovanou v zařízeních sociálních služeb ve výši **652 mil. Kč**.

Lázeňská a ozdravenská péče

V segmentu lázeňské a ozdravenské péče bude Pojišťovna v roce 2007 klást důraz nejen na finanční zajištění lázeňské léčebné péče, ale především na další zvyšování kvality poskytované zdravotní péče, jako součásti celého léčebného procesu. Zejména v segmentu lázeňské péče to znamená významně zvýšit poskytování této péče v I. pořadí naléhavosti, zejména u chirurgických odborností v odpovídajících indikacích. Tím se zajistí zkvalitnění této péče po stránce medicínské, časové a lokální dostupnosti, při racionální udržitelnosti financování v systému veřejného zdravotního pojištění.

Systém úhrad lázeňské a ozdravenské péče zůstává i nadále beze změny. Pro rok 2007 předpokládá Pojišťovna navýšení výše úhrady za ošetřovací den o 3 % v obou segmentech. Další část finančních prostředků bude nutné využít pro zajištění zkvalitnění poskytované lázeňské léčebné péče. Předpokládá se, že celkové náklady mohou být ovlivněny promítnutím kvalitativních změn, inflačních vlivů, event. aktuálními změnami ovlivňujícími nákladovost smluvního lázeňského zařízení, či dětské ozdravovny. I při výše uvedené změně úhrady nepředpokládáme, že by se celková výše úhrad proti roku 2006 zvýšila.

Dopravní zdravotní služba a zdravotnická záchranná služba

U dopravních zdravotních služeb i u zdravotnických záchranných služeb bude Pojišťovna v roce 2007 podporovat stávající výkonový způsob úhrady jako jedinou variantu způsobu financování tohoto segmentu.

V případě zdravotnických zařízení dopravní zdravotní služby je celková úhrada za segment v roce 2007 plánována do výše 103 % úhrad roku 2006. Zachována by měla být diference úhrad mezi zařízeními s nepřetržitým provozem a větším množstvím vozidel a zařízeními, která nespĺňují stanovené podmínky. U zařízení provozujících **záchrannou službu pak ve výši 105 %** referenčního období.

Léky na recepty a ZP (zdravotnické prostředky)

Předpokladem pro udržení ještě přijatelných nákladů je nutné důsledně uplatňovat principy účelné farmakoterapie a ekonomická regulační opatření.

Nárůst nákladů můžeme očekávat pokud by se nepodařilo účinně regulovat:

- tlak na zařazování nových účinných látek mimo kategorizaci,



- trvání na příliš širokém spektru léků bez doplatku,
- tlaky na hrazení nových léků registrovaných v rámci EU neprošlých kategorizací,
- sbližování evropských cen léků jako prevence paralelního obchodu,
- volnější přístup k neregistrovaným lékům a jejich úhrada bez regulace,
- příchod nových biotechnologií za násobně vyšší úhrady.

Náklady budou ovlivněny i v důsledku Ministerstvem zdravotnictví vydané vyhlášky č. 368/2006 Sb., kterou se mění vyhláška č. 532/2005 Sb., úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely. S účinností od 1. srpna 2006 nově zavedla úhradu očkování proti chřipce z veřejného zdravotního pojištění pro všechny osoby nad 65 let věku, bez ohledu na jejich zdravotní stav. Při předpokládaném množství vakcíny proti chřipce, která bude zakoupena a dodána do České republiky – 200 000 dávek a výši úhrady z veřejného zdravotního pojištění 133 Kč na jednoho pojištěnce, budou **náklady činit cca 26 600 tis. Kč.**

Zdravotnické prostředky na poukaz

Odhad pro rok 2007 vychází z dlouhodobých trendů. Největší částí se budou i nadále podílet na nákladech pomůcky pro inkontinenci (hlavně absorpční inkontinence) a pomůcky pro diabetiky. Dále trvá problém s nemožností kategorizovat zdravotnické prostředky.

Ostatní náklady na zdravotní péči

Dále bude pokračovat centrální zajišťování křetvorných buněk pro nepříbuzenecké transplantace kostní dřeně.



Tabulka č. 6: Náklady na zdravotní péči dle jednotlivých segmentů

Ř.	Ukazatel	m. j.	Oček. skut. 2006	ZPP 2007	% ZPP 2007/ oč. skut. 2006
I.	Náklady na zdravotní péči celkem čerpané z oddílu A základního fondu zdravotního pojištění ¹⁾ (součet ř.1 - 10)	tis. Kč	117 749 028	122 013 000	103,6
	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 se nákladů na léky na recepty a zdravotnické prostředky vydané na poukazy)	tis. Kč	25 454 645	26 515 000	104,2
	z toho:				
1.1	na stomatologickou péči (odbornosti 014 - 015, 019)	tis. Kč	5 615 918	5 785 000	103,0
1.2	na péči praktických lékařů (odbornosti 001, 002)	tis. Kč	5 216 505	5 373 000	103,0
1.3	na gynekologickou péči (odbornosti 603, 604)	tis. Kč	1 155 541	1 202 000	104,0
1.4	na rehabilitační péči (odbornost 902 a 918)	tis. Kč	995 049	1 025 000	103,0
1.5	na diagnostickou zdravotní péči (odbornosti 222, 801 - 805, 807, 809, 812 - 823)	tis. Kč	4 236 441	4 365 000	103,0
1.6	na domácí zdravotní péči (odbornost 925)	tis. Kč	742 757	765 000	103,0
1.7	na specializovanou ambulantní péči (odbornosti neuvedené v ř. 1.1 - 1.6 a neuvedené v řádku 2)	tis. Kč	7 492 434	8 000 000	106,8
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 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)	tis. Kč	59 191 504	61 993 000	104,7
	v tom:				
2.1	nemocnice	tis. Kč	51 672 153	53 585 000	103,7
2.2	odborné léčebné ústavy (odborné léčebné ústav s výjimkou zdravotnických zařízení uvedených v řádku 2.3 a 2.4)	tis. Kč	3 806 143	3 913 000	102,8
2.3	léčebny dlouhodobě nemocných (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne 00024)	tis. Kč	3 051 662	3 076 000	100,8
2.4	ošetřovatelská lůžka (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne 00005)	tis. Kč	661 546	767 000	115,9
2.5	náklady na zdravotní péči v ústavech sociální péče	tis. Kč		652 000	
3.	Náklady na lázeňskou péči	tis. Kč	1 830 724	1 831 000	100,0
4.	Náklady na péči v ozdravovnách	tis. Kč	33 863	34 000	100,4
5.	Náklady na dopravu (zahrnuje dopravní zdravotní službu včetně individuální dopravy, nezahrnuje se doprava z ř. 2 a z ř. 1)	tis. Kč	1 025 370	1 056 000	103,0
6.	Náklady na zdravotnickou záchranou službu (odbornost 709, zdravotnická zařízení nevykazující žádný kód ošetřovacího dne)	tis. Kč	829 448	871 000	105,0
7.	Náklady na léky vydané na recepty celkem:	tis. Kč	25 815 291	26 049 000	100,9
	v tom:				
7.1	předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních (samostatná ambulantní zdravotnická zařízení)	tis. Kč	17 013 579	17 167 605	100,9
7.1.1	z toho: u praktických lékařů	tis. Kč	8 847 020	8 927 152	100,9
7.1.2	u specializované ambulantní péče	tis. Kč	8 166 559	8 240 453	100,9
7.2	předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních	tis. Kč	8 801 712	8 881 395	100,9
8.	Náklady na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem	tis. Kč	3 451 000	3 519 000	102,0
	v tom:				
8.1	předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních (samostatná ambulantní zdravotnická zařízení)	tis. Kč	2 527 418	2 577 219	102,0
8.2	předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních	tis. Kč	923 582	941 781	102,0
9.	Náklady na léčení v zahraničí ²⁾	tis. Kč	82 183	110 000	133,8
10.	Ostatní náklady na zdravotní péči (které nelze zařadit do předchozích bodů - do vysvětlivek uvést, co zahrnují)	tis. Kč	35 000	35 000	100,0
II.	Náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů ³⁾	tis. Kč	213 471	429 800	201,3
III.	Náklady na zdravotní péči celkem (součet ř. I. + ř. II.)	tis. Kč	117 962 499	122 442 800	103,8

Poznámky k tabulce:

- 1) Údaj vychází z oddílu A III ř. 1 základního fondu zdravotního pojištění.
- 2) Zdravotní pojišťovny vykazují náklady na léčení v zahraničí podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech . Údaj vychází z oddílu A III ř. 1.1 tabulky ZFZP
- 3) Údaj vychází z oddílu A III ř. 1 tabulky fondu prevence



Tabulka č. 7: Náklady na zdravotní péči dle jednotlivých segmentů v přepočtu na 1 průměrného pojištěnce

Ř.	Ukazatel	m. j.	Oček. skut. 2006	ZPP 2007	% ZPP 2007/ oč. skut. 2006
I.	Náklady na zdravotní péči celkem čerpané z oddílu A základního fondu zdravotního pojištění (součet ř.1 - 10)	Kč	17 909	18 668	104,2
	v tom:				
1.	na ambulantní péči celkem (zdravotnická zařízení nevyskytující 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)	Kč	3 872	4 057	104,8
	z toho:				
1.1	na stomatologickou péči (odbornosti 014 - 015, 019)	Kč	854	885	103,6
1.2	na péči praktických lékařů (odbornosti 001, 002)	Kč	793	822	103,6
1.3	na gynekologickou péči (odbornosti 603, 604)	Kč	176	184	104,6
1.4	na rehabilitační péči (odbornost 902 a 918)	Kč	151	157	103,6
1.5	na diagnostickou zdravotní péči (odbornosti 222, 801 - 805, 807, 809, 812 - 823)	Kč	644	668	103,6
1.6	na domácí zdravotní péči (odbornost 925)	Kč	113	117	103,6
1.7	na specializovanou ambulantní péči (odbornosti neuvedené v ř. 1.1 - 1.6 a neuvedené v řádku 2)	Kč	1 140	1 224	107,4
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)	Kč	9 003	9 485	105,4
	v tom:				
2.1	nemocnice	Kč	7 859	8 198	104,3
2.2	odborné léčebné ústavy (Odborné léčebné ústavy s výjimkou zdravotnických zařízení uvedených v řádku 2.3 a 2.4)	Kč	579	599	103,4
2.3	léčebny dlouhodobě nemocných (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne 00024)	Kč	464	471	101,4
2.4	ošetřovatelská lůžka (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne 00005)	Kč	101	117	116,6
2.5	náklady na zdravotní péči v ústavech sociální péče	Kč		100	
3.	Náklady na lázeňskou péči	Kč	278	280	100,6
4.	Náklady na péči v ozdravovnách	Kč	5	5	101,0
5.	Náklady na dopravu (zahrnuje dopravní zdravotní službu včetně individuální dopravy, nezahrnuje se doprava z ř. 2 a z ř. 1)	Kč	156	162	103,6
6.	Náklady na zdravotnickou záchranou službu (odbornost 709, zdravotnická zařízení nevyskytující žádný kód ošetřovacího dne)	Kč	126	133	105,6
7.	Náklady na léky vydané na recepty celkem:	Kč	3 926	3 985	101,5
	v tom:				
7.1	předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních (samostatná ambulantní zdravotnická zařízení)	Kč	2 588	2 627	101,5
7.1.1	z toho: u praktických lékařů	Kč	1 346	1 366	101,5
7.1.2	u specializované ambulantní péče	Kč	1 242	1 261	101,5
7.2	předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních	Kč	1 339	1 359	101,5
8.	Náklady na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem	Kč	525	538	102,6
	v tom:				
8.1	předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních (samostatná ambulantní zdravotnická zařízení)	Kč	384	394	102,6
8.2	předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních	Kč	140	144	102,6
9.	Náklady na léčení v zahraničí	Kč	12	17	134,6
10.	Ostatní náklady na zdravotní péči (které nelze zařadit do předchozích bodů - do vysvětlivek uvést, co zahrnují)	Kč	5	5	100,0
II.	Náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů	Kč	32	66	202,5
III.	Náklady na zdravotní péči celkem (součet ř. I. + ř. II.)	Kč	17 942	18 734	104,4

Poznámky k tabulce:

- 1) Vazba na tabulku Struktura nákladů na zdravotní péči podle jednotlivých segmentů s použitím průměrného počtu pojištěnců, tabulka Přehled základních ukazatelů, ř.2.



5. OSTATNÍ FONDY



5.1

Zdravotní péče hrazená z fondu prevence

Základní právní rámec pro tvorbu a využití tohoto fondu je dán zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů. Fond prevence je určen k úhradě zdravotní péče nad rámec zdravotní péče, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění s prokazatelným preventivním, diagnostickým nebo léčebným efektem, je-li poskytována pojištěncům v souvislosti s jejich existujícím nebo hrozícím onemocněním.

Prostředky fondu prevence lze využít k realizaci preventivních zdravotnických programů, které slouží k odhalování závažných onemocnění, k prevenci jejich vzniku (např. očkování), na podporu rehabilitačně rekondičních aktivit vedoucích prokazatelně ke zlepšení zdravotního stavu zúčastněných a dále na podporu projektů podporujících zvýšení kvality zdravotní péče, na zdravý životní styl a zlepšení zdraví pojištěnců obecně.

V roce 2006 bylo čerpání a zaměření fondu prevence výrazně poznamenáno obtížnou situací VZP ČR a zavedením nucené zprávy na VZP ČR. Vzhledem k tomu došlo k výraznému utlumení, nebo zrušení některých projektů. Další část projektů byla v roce 2006 ukončena a očekává se jejich vyhodnocení (Biofeedback, Robotické centrum), projekt „Využití perfúzního přístroje RM 3 v transplantaci ledvin“ nebyl zahájen. S pokračováním těchto projektů se pro rok 2007 nepočítá.

V roce 2007 by mělo být čerpání fondu prevence zaměřeno především směrem k osvědčeným akcím, které by však měly být zcela exaktně vyhodnoceny nejen po technické, ale také po zdravotní stránce a jejich hodnocení by mělo být nedílnou součástí projektů. Finanční prostředky, které byly dříve využívány na ozdravné pobyty nyní neprovozované (jedná se o projekty mimo rámec akce „Mořský koník“) by měly být částečně přesunuty do oblasti tuzemských ozdravných pobytů a částečně do dalších programů směřujících především k prevenci hrozícím zejména onkologickým onemocněním. Pro tuzemské ozdravné pobyty se počítá s využitím zařízení „Ozdravoven“, které nejsou v současné době naplněny. Počítá se s využitím i mimo termíny hlavních prázdnin (zimní a jarní pobyty).

Vzhledem k tomu, že se předpokládá v roce 2007 jednání o nových preventivních programech, doporučuje se ponechat část prostředků v kategorii „ostatní“ k aktuálním potřebám plnění těchto programů dle aktuálních návrhů vedení VZP ČR.

Pro rok 2007 předpokládáme, že fond prevence bude naplněn částkou 429 672 tis. Kč, z toho je plánován převod ze ZFZP v maximální výši 394 572 tis. Kč.

Zdroji fondu prevence budou v roce 2007 finanční prostředky:

- z příjmů plynoucích z pokut, přírážek k pojistnému a penále účtovaných Pojišťovnou v oblasti veřejného zdravotního pojištění (podle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů), avšak maximálně do výše 0,3 % celkového objemu příjmů pojistného po přerozdělení provedeném podle zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů;
- ze zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů;
- z úroků vytvořených na BÚ fondu prevence.



Tabulka č. 8: Fond prevence

A. Fond prevence (Fprev)		Oč. skut. 2006	ZPP 2007	ZPP 2007 /oč.skut. 06
Tvorba a čerpání ve sledovaném období		tis. Kč	tis. Kč	%
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	34 051	3 256	9,6
II.	Tvorba celkem = zdroje	183 276	429 672	234,4
1	Zdroje podle zákona č. 551/1991 Sb. a č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů	148 000	394 572	266,6
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⁾			
1.3	podíl podle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů	148 000	394 572	266,6
2	Úroky vytvořené na bankovním účtu Fprev	100	100	100,0
3	Ostatní (např. dary)	176		
4	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů	35 000	35 000	100,0
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů:	214 071	430 400	201,1
1	Preventivní programy	213 471	429 800	201,3
2	Úroky z úvěrů na posílení Fprev			
3	Ostatní (bankovní poplatky)	600	600	100,0
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	3 256	2 528	77,6
B. Fond prevence (Fprev)		Oč. skut. 2006	ZPP 2007	ZPP 2007 /oč.skut. 06
Příjmy a výdaje ve sledovaném období		tis. Kč	tis. Kč	%
I.	Počáteční zůstatek k 1.1. ve sledovaném období	10 184	6 557	64,4
II.	Příjmy celkem:	210 491	429 672	204,1
1	Příjmy finančních prostředků na základě zákona č. 551/1991 Sb. a zák. č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů	175 000	394 572	225,5
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⁾			
1.3	podíl podle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů	175 000	394 572	225,5
2	Úroky vytvořené na bankovním účtu Fprev	100	100	100,0
3	Ostatní (dary)	391		
4	Příjem úvěru na posílení Fprev			
5	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů	35 000	35 000	100,0
III.	Výdaje celkem:	214 118	430 400	201,0
1	Výdaje na preventivní programy	213 471	429 800	201,3
2	Úroky z úvěrů			
3	Ostatní (bankovní poplatky)	600	600	100,0
4	Spłaty úvěru			
5	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů	47		
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	6 557	5 829	88,9
C	Doplňující údaje k oddílu A a B - rok 2006	sl.1 tis.Kč	sl.2 tis.Kč	sl.3=1+2 celkem
Struktura přídělu do Fprev za tu část přídělu, která není prováděna převodem 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 přirážek k pojistnému			
3	Předpisy pokut zdravotnickým zařízením			
4	Předpisy úroků ZFZP (pokud je zdravotní pojišťovna účtuje přímo na Fprev)			
		sl.1 tis.Kč	sl.2 tis.Kč	Sladba řádku B II 1.... 3) sl.3=1+2
II.	K odd. B/II = součet položek 1 až 4		175 000	175 000
1	Příjmy z pokut a penále			
2	Příjmy z přirážek k pojistnému			
3	Příjmy z pokut zdravotnickým zařízením			
4	Příjmy z úroků ZFZP (pokud je zdravotní pojišťovna účtuje přímo na Fprev)			
C	Doplňující údaje k oddílu A a B - rok 2007	sl.1 tis.Kč	sl.2 tis.Kč	sl.3=1+2 celkem
Struktura přídělu do Fprev za tu část přídělu, která není prováděna převodem ze ZFZP				
I.	K odd. A/II = součet položek 1 až 4		394 572	394 572
1	Předpisy úhrad pokut a penále			
2	Předpisy úhrad přirážek k pojistnému			
3	Předpisy pokut zdravotnickým zařízením			
4	Předpisy úroků ZFZP (pokud je zdravotní pojišťovna účtuje přímo na Fprev)			
		sl.1 tis.Kč	sl.2 tis.Kč	Sladba řádku B II 1.... 3) sl.3=1+2
II.	K odd. B/II = součet položek 1 až 4		394 572	394 572
1	Příjmy z pokut a penále			
2	Příjmy z přirážek k pojistnému			
3	Příjmy z pokut zdravotnickým zařízením			
4	Příjmy z úroků ZFZP (pokud je zdravotní pojišťovna účtuje přímo na Fprev)			



Tabulka č. 9: Náklady na preventivní zdravotní péči čerpané z fondu prevence

Řádek	Účelová položka	Počet účastníků ¹⁾	Oček. skut. 2006	ZPP 2007	% ZPP 2007/ oč. skut. 2006
1.	Náklady na zdravotní programy²⁾		21 500	27 500	127,9
	Fixní ortodontické aparátky		15 000	15 000	100,0
	Očkování proti streptokokové pneumonii		5 000	5 000	100,0
	Screening karcinomu děložního hrdla			5 000	
	Nové pilotní projekty		1 500	2 500	166,7
2.	Náklady na ozdravné pobyty²⁾		106 171	115 000	108,3
	Léčebně - ozdravné pobyty pro vybrané skupiny chronicky nemocných dětí	4 800	80 000	95 000	118,8
	Tuzemské ozdravné pobyty pro vybrané skupiny chronicky nemocných dětí	4 000		15 000	
	Ostatní ozdravné pobyty		26 171	5 000	19,1
3.	Ostatní činnosti²⁾		50 800	252 300	496,7
	Očkování proti klíšťové encefalitidě		11 300	11 300	100,0
	Podpora dárců krve		3 500	5 500	157,1
	Protidrogová prevence		21 000	21 000	100,0
	Podpora zdravotně postižených sportovců		1 000		
	Projekt podpory zdraví proti kouření "Přestaň a vyhrať"			1 000	
	Projekt podpory zdraví "Stárnout ve zdraví a v pohodě"			3 000	
	Projekt podpory zdraví "Dětství ve zdraví a bez úrazů"			2 000	
	Projekt podpory zdraví "Přijmi a vydej"			1 500	
	Očkování, preventivní screeningové programy, podpora zdravého životního stylu, ostatní		14 000	207 000	1 478,6
4.	Náklady na preventivní zdravotní péči celkem³⁾		178 471	394 800	221,2

Poznámky k tabulce:

- 1) Zdravotní pojišťovna vykazuje pouze u ozdravných pobytů k 31. 12. sledovaného období.
- 2) Zdravotní pojišťovna uvede jmenovitě jednotlivé druhy programů nebo činností.
- 3) Vazba na údaje tabulky Fondu prevence oddíl A III ř. 1 mínus údaje oddílu A II ř. 4 plus oddíl A III ř. 5.

Komentář k tabulce č. 9:**Fixní ortodontické aparátky**

Finanční příspěvek je poskytován dlouhodobě. Příspěvek je určen na skutečně vynaložené náklady na materiál pro výrobu FOA. Pojišťovna navrhuje poskytnutí příspěvku s obdobnými podmínkami jako v minulosti, tedy pojištěnci Pojišťovny ve věku 10-18 let včetně, jednorázově, jedenkrát za život na každou čelist. Finanční příspěvek je vyplácen v návaznosti na příslušný výkon zdravotní péče.

Očkování proti streptokokové pneumonii

Příspěvek byl zaveden v roce 2006 na základě požadavku hlavního hygienika ČR. Je stanoven jako jednorázový příspěvek s maximální výší 1 900 Kč na celé očkování jednoho pojištěnce. Počítá se s pokračováním i v roce 2007.

Screening karcinomu děložního hrdla

Tento projekt byl pilotně prověřen na třech okresech (Plzeň – město, Karviná, Sokolov) v roce 2004. Jedná se o oslovení žen, které v posledních dvou letech nebyly na gynekologickém vyšetření. Očekávaným výsledkem by měl být především záchyt časných



stádií onkologického onemocnění děložního čípku. Projekt bude vyhodnocen ve spolupráci s příslušnou odbornou společností.

Nové pilotní projekty

V roce 2006 byl v tomto programu prověřen projekt robotického centra, který v roce 2007 přechází do hrazení ze ZFZP. V roce 2007 rozhodne o eventuálních nových projektech SR Pojišťovny. Předpokládá se především zahájení projektů určených k prevenci onkologických onemocnění.

Léčebně – ozdravné pobyty pro vybrané skupiny chronicky nemocných dětí pojištěných u VZP ČR

V průběhu roku 2006 došlo vzhledem ke skutečnostem uvedeným v úvodu této kapitoly ke značné redukci objemu ozdravných pobytů a k revizi indikačního seznamu. Přes problémy, které realizaci tohoto projektu provázely vzhledem k omezenému množství finančních prostředků, se podařilo zachovat kontinuitu a s těmito pobyty se počítá i pro rok 2007. Podporou pro tento záměr je mimo jiné i stanovisko České společnosti alergologie a klinické imunologie, která tento program za stanovených podmínek podporuje.

V roce 2007 je nezbytné provést odborné lékařské vyhodnocení, které může vycházet i z retrospektivního využití dat z minulých ročníků. Budou rovněž stanovena jasná hodnotící kritéria, která budou vyhodnocována pravidelně v následujících letech u vybraného vzorku účastníků.

Vzhledem k nutnosti redukce a ekonomizace vynaložených nákladů v roce 2007, ale současně s přihlédnutím ke stávajícím smluvním vztahům, plánuje Pojišťovna realizovat pobyty za těchto podmínek:

- využít stávající pobytová místa (Platamon, Řecká republika a Plavi Horizont, 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;
- v obou lokalitách nevyužívat plnou kapacitu, ale redukovanou na počet cca 480 dětí na každou lokalitu při realizaci 4-5 turnusů pobytů;
- celková ubytovací kapacita pak bude činit 5 005 účastníků, z toho 4 800 dětí;
- snížit horní věkovou hranici pro indikace na 16 let s možností rozšíření pouze v případě nenaplnění kapacit.

Za těchto podmínek budou finanční částky poskytnuté na tyto pobyty vyšší než v roce 2006 o 15 000 tis. Kč, ale nižší než v roce 2005 o 21 468 tis. Kč.

Tuzemské pobyty pro vybrané skupiny chronicky nemocných dětí

V této kapitole je záměrem využít financí, které byly v uplynulých letech využívány na další ozdravné pobyty v zahraničí, a které byly s účinností od roku 2006 ukončeny. Záměrem je využít stávajících kapacit dětských ozdravoven, které jsou v současné době využívány nedostatečně. Z možných diagnóz se nabízejí především chronická onemocnění horních dýchacích cest, kombinace alergických a respiračních onemocnění, případně rekondiční pobyty u celkově oslabených dětí. Předpokládá se pořádání nejen v období letních prázdninových měsíců, ale také s využitím zimních školních prázdnin a jarních prázdnin.



Orientačně kalkulovaná cena je v průměru 3 750 Kč na účastníka, která bude doplněna o příspěvek účastníka dle klíče obvyklého u ozdravných pobytů.

Ostatní ozdravné pobyty

O případných dalších projektech ozdravných pobytů rozhodne dle návrhů Pojišťovny Správní rada.

Očkování proti klíšťové encefalitidě

Jedná se o dlouhodobě poskytovaný příspěvek, který je plánován i pro rok 2007. Předpokládá se plnění za stejných podmínek jako v minulých letech. Výplata příspěvku se provádí po aplikaci třetí očkovací látky dětem do 15 let a příspěvek na revakcinaci do 19 let věku.

Výhody pro bezpříspěvkové dárce krve

Pojišťovna má zájem o podporu svých zdravých pojištěnců, tedy pojistného kmene, který do systému přináší prostředky, aniž by je čerpal. V této souvislosti bude Pojišťovna poskytovat svým pojištěncům srovnatelné výhody jako ostatní zdravotní pojišťovny.

Prevence drogových závislostí

Cílem programů je výchova ke zdravému způsobu života a prevence nemocí způsobených užíváním návykových látek. Prevence bude zabezpečena vydáním publikace pod názvem „Vyber si zdraví“ týkající se drogové problematiky včetně distribuce do všech typů škol v ČR, dále pořádáním komponovaných pořadů pod názvem „Řekni drogám ne!“, výroby filmu a reklamní kampaně k této problematice.

Podpora snížení prevalence kuřáctví

Cílem je prohloubení vlivu informací o možnosti přestat kouřit, změna myšlení ve vztahu ke kouření a k možnosti skoncovat s ním. Předpokládáme spolupráci Pojišťovny s centry léčby závislosti na tabáku, zdravotními ústavami v krajích a s Národní sítí zdravých měst. Součástí projektu jsou i akce ke Světovému dni bez tabáku WHO, aktivity podporuje Ministerstvo zdravotnictví.

Podpora stárnutí ve zdraví a v pohodě

Projekt podporovaný Ministerstvem zdravotnictví je zaměřen na ty složky stárnutí, které jsou samotnými seniory ovlivnitelné: na pohyb, výživu, psychické zdraví, životní styl, rozpoznávání a léčení nemocí, předcházení úrazům apod. Je zaměřen na populaci v seniorském věku, zvolené metody i způsob realizace zaměřené na podporu úspěšného zdravého stárnutí ve všech jeho složkách zahrnují poradenství, besedy a přednášky, vyšetření, testy soběstačnosti, zdravotně výchovné materiály apod.

Prevence dětských úrazů

Předpokládáme spolupráci Pojišťovny s Ministerstvem zdravotnictví, zdravotními ústavami v ČR a dalšími institucemi v rámci projektu „Chceš-li být úspěšný, musíš být zdravý“. Jeho cílem je ve spolupráci se školami snížit počet dětských úrazů včetně počtu úmrtí na ně,



naučit děti správnému chování a jednání, zvýšit informovanost dětí, jejich rodičů a učitelů. Projekt bude určen pro děti nižších ročníků ZŠ ve všech krajích ČR.

Podpora snižování nadváhy

Projekt „Přijmi a vydej“ upozorňuje na nutnost udržení rovnováhy mezi příjmem a výdejem energie jako součásti zdravého životního stylu a současně prevence nadváhy a obezity. Projekt je v souladu nejen s programem „Zdraví 21“, ale též s „Globální strategií pro výživu“, pohyb a zdraví Světové zdravotnické organizace a též s Evropskou platformou pro výživu a pohyb a zdraví. Je podporován Ministerstvem zdravotnictví.

Očkování, preventivní screeningové programy, podpora zdravého životního stylu, ostatní

Vzhledem k tomu, že Pojišťovna předpokládá v roce 2007 zařazování dalších preventivních programů, které v současnosti ještě nejsou konkretizované, jsou finanční prostředky v této položce nespécifikované (různé druhy očkování, preventivní screeningové programy, podpora zdravého životního stylu, ostatní).

O eventuálních dalších projektech rozhodne na návrh Pojišťovny Správní rada Pojišťovny.



5.2

Provozní fond

Očekávaná skutečnost 2006

Příděl ze ZFZP do PF byl **pro rok 2006** plánován v maximální výši, kterou umožňuje vyhláška MF č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů⁴ (současně byl ale plánován i zpětný převod z PF do ZFZP – nevyčerpání finančních prostředků). Předpokládaný základní příděl do PF ve výši 4 136,6 mil. Kč je dále doplněn výnosy ve výši 35,5 mil. Kč. Další zdroje fondu ve výši 17,6 mil. Kč, které vznikají z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku (převážně nepotřebných budov ÚP Jičín, ÚP Svitavy, úřadovna Přeštice) budou následně převedeny do FRM. Celková očekávaná tvorba PF za rok 2006 tak dosáhne výše cca 4 190,1 mil. Kč.

Pro rok 2006 bylo v ZPP plánováno čerpání provozních nákladů Pojišťovny ve výši 3 728,9 mil. Kč. Očekávaná skutečnost čerpání provozních nákladů za rok 2006 však představuje pouze 3 699,7 mil. Kč (podrobnější čerpání nákladů je uvedeno v tabulce PF, část A. III., ř. 1 - 4 a 6; v ř. 5 je vykázán zpětný převod do ZFZP - nevyčerpání finančních prostředků).

Rozhodující část čerpaných provozních nákladů ve výši 2 016,4 mil. Kč připadá na osobní náklady. Do této položky, mimo mezd (včetně souvisejících odvodů) a ostatních osobních nákladů, spadají i odměny členům správní rady, dozorčí rady a rozhodčího orgánu Pojišťovny.

V případě ostatních závazků, které zahrnují běžné provozní náklady i specifické položky (např. akce IZIP, akce KLIENT, klientský časopis), očekáváme nižší než plánované čerpání, a to především v důsledku nerealizování všech plánovaných akcí (převážně nákladů na IT).

Očekávaná skutečnost čerpání PF za rok 2006 předpokládá nevyčerpání finančních prostředků ve výši 490,4 mil. Kč (plán 453 mil. Kč). Na zvýšení o 37,4 mil. Kč se podílí, díky vyšším příjmům v ZFZP vyšší než plánovaný základní příděl do PF (10,5 mil. Kč), očekávané nižší čerpání provozních nákladů Ústředí (20 mil. Kč) a KP (6,9 mil. Kč).

Z finančního hlediska (část fondu „B“) uvažuje Pojišťovna s převodem do fondu i s převody z fondu dle splatných závazků. Cílem je ponechat co nejvíce disponibilních prostředků na úhradu splatných faktur v ZFZP. Z tohoto důvodu nebude do FRM finančně převedena celá výše plánovaných odpisů a tudíž není v části fondu „B“ plánován ani maximální převod finančních prostředků do PF ze ZFZP. Naopak Pojišťovna předpokládá pravidelné inkaso zálohy z ostatních zdaňovaných činností do PF (na úhradu podílu části režijních výdajů) ve výši 67,5 mil. Kč. Tato záloha bude k 31. 12. 2006 vyrovnána dle skutečnosti.

Plán na rok 2007

Úsporná opatření v oblasti vnitřního rozpočtu Pojišťovny jsou zahrnuta i do **plánu na rok 2007**. Dle aktuální predikce příjmů na rok 2007 činí limit Pojišťovny pro příděl do PF cca

⁴ Vyhláška Ministerstva financí ČR č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu, včetně postupu propočtu tohoto limitu.



4 454,1 mil. Kč (tento limit maximálního přidělu ze ZFZP do PF je propočten z plánovaných příjmů Pojišťovny v roce 2007, tzn. z přijatého veřejného zdravotního pojištění po přerozdělení, z pokut, penále, přírážek k pojistnému a náhrad škod, tj. z částky 132 959 mil. Kč násobené koeficientem 0,0335). Základní přiděl do provozního fondu bude dále doplněn plánovanými výnosy.

Pojišťovna, stejně jako v předcházejícím roce, i v plánu na rok 2007 předpokládá, že tento maximální limit na náklady na vlastní činnost nevyužije celý s tím, že nevyčerpané finanční prostředky v rámci provozního fondu zůstanou k využití v ZFZP pro úhradu smluvním partnerům. Tímto postupem Pojišťovna zvyšuje disponibilní prostředky na úhradu závazků vůči ZZ. V průběhu roku bude bilance tvorby a čerpání ZFZP prověřována SR a DR Pojišťovny a na základě skutečně dosažené rozvrhové základny pro výpočet maximálního přidělu do provozního fondu se stanoví reálná výše nevyčerpaných finančních prostředků k 31. 12. 2007.

Čerpání finančních prostředků provozního fondu bude v roce 2007 určeno především na:

- zajištění vlastního provozu Pojišťovny, tj. ke krytí provozních nákladů a investičních výdajů Ústředí, 14 krajských poboček a jim příslušných územních pracovišť a expozitur,
- náklady na vedení centrálního registru pojištěnců, informačního centra zdravotního pojištění a kapitálního centra,
- náklady na přístup k informacím o zdravotní péči prostřednictvím internetu,
- obměnu zastaralých uživatelských PC, tiskáren, support, HW, SW, licence MS,
- příspěvek na činnost CMÚ,
- klientskou informační službu, poskytovanou formou telefonního, písemného nebo osobního kontaktu,
- marketingové a propagační akce Pojišťovny vedené s důrazem na propagaci zdravého způsobu života (např. akce: Matka a dítě, Dny zdraví ...),
- úhradu pokut a penále za prodlevy v úhradách faktur za zdravotní péči poskytnutou v minulém období klientům Pojišťovny smluvními ZZ.

Vzhledem k aktuální konstrukci výpočtu⁵ a k očekávaným parametrům pro úrok z prodlení počítá plán na rok 2007 s objemem penalizace od smluvních ZZ ve výši 93,6 mil. Kč. Ani tento objem finančních prostředků by však, vzhledem k celkovému objemu závazků po lhůtě splatnosti Pojišťovny a předpokládané výši úroků z prodlení, nepokryl maximální možnou penalizaci ze strany ZZ. Pojišťovna předpokládá, že případný vyšší objem penalizace od SZZ by byl kryt na úkor očekávané výše nevyčerpaných finančních prostředků, i tak by se však maximální možná penalizace mohla stát destabilizujícím prvkem zabezpečení chodu Pojišťovny.

⁵ Do 27. 4. 2005 platilo (dle nařízení vlády č. 142/1994 Sb. ze dne 8. 6. 1994), že výše úroků z prodlení činí ročně dvojnásobek diskontní sazby stanovené ČNB a platné k prvnímu dni prodlení s plněním peněžitého dluhu. To znamená, že se výše úroků z prodlení po dobu, kdy peněžitý dluh trval, neměnila. S účinností od 28. 4. 2005 bylo výše uvedené nařízení vlády změněno nařízením vlády č. 163/2005 Sb. tak, že výše úroků z prodlení odpovídá ročně výši repo sazby stanovené ČNB, zvýšené o 7 procentních bodů. V každém kalendářním pololetí, v němž trvá prodlení dlužníka, je výše úroků z prodlení závislá na výši repo sazby stanovené ČNB a platné pro první den příslušného kalendářního pololetí. To znamená, že výše úroků z prodlení se bude u jednotlivých případů měnit každého půl roku vždy k 1. dni příslušného kalendářního pololetí. Výše úroků z prodlení, k němuž došlo přede dnem nabytí účinnosti nařízení vlády č. 163/2005 Sb., se řídí dosavadními právními předpisy.



Konkrétní výše čerpání jednotlivých nákladových položek je přehledně uvedena a vyčíslena v tabulce PF, část A. III., řádek 1 až 6 (vyjma řádku 5) s tím, že řádek 1.16 ostatní závazky je dále podrobněji rozepsán v komentáři.

Dodržení stanoveného limitu provozních nákladů Pojišťovna plánuje dosáhnout stanovením limitů a normativů (pro nákladové skupiny i jednotlivé nákladové položky) samostatně pro Ústředí, krajské pobočky a územní pracoviště.

K výrazné úspoře provozních nákladů Pojišťovny dojde v roce 2007 v oblasti nákladů na hlasové služby (telekomunikační poplatky). V průběhu roku 2007 přejde Pojišťovna na základě zpracované analýzy, která se zabývala řízením nákladů na hlasové služby, na způsob centrálního hrazení těchto poplatků z Ústředí (dříve byly poplatky za hlasové služby lokálně hrazeny z provozních rozpočtů jednotlivých ÚP a Ústředí).



Tabulka č. 10: Provozní fond

A. Tvorba a čerpání ve sledovaném období		Oč. skut.	ZPP 2007	ZPP 2007
		2006	2007	/oč.skut. 06
		tis. Kč	tis. Kč	%
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	0	0	
II.	Tvorba celkem = zdroje	4 190 144	4 494 321	107,3
1	Předpis přidělu podle § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech ze základního fondu zdravotního pojištění, stanovený podle § 7 odst. 1 a 2 vyhlášky o fondech	4 136 600	4 454 127	107,7
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 splnutí 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	17 600	4 560	25,9
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	230	284	123,5
7	Předpis smluvních pokut z porušení smluvního vztahu ke zdravotnickým zařízením podle § 3 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech	214		0,0
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	15 700	104,7
11	Pohledávky Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR podle § 3 odst. 3 vyhlášky o fondech	20 500	19 650	95,9
12	Předpis daru určeného výlučně pro PF podle § 3 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech			
13	Zisk z prodeje cenných papírů PF podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
14	Zisk z držby cenných papírů z PF podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
III.	Čerpání celkem = snížení zdroju:	4 190 144	4 494 321	107,3
1	Členění závazků zdravotní pojišťovny v oblasti provozní činnosti - podle § 3 vyhlášky o fondech	3 663 370	3 838 510	104,8
1.1	v tom: bez ostatních osobních nákladů	1 422 228	1 527 473	107,4
1.2	ostatní osobní náklady	16 774	18 015	107,4
1.3	pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění	129 510	139 094	107,4
1.4	pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení	374 141	401 827	107,4
1.5	odměny členům správní, dozorčí rady a rozhodčímu orgánu	5 387	13 020	241,7
1.6	úroky			
1.7	podíl úhrad za služby Centra mezistátních úhrad	5 705	6 400	112,2
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	19		
1.11	úhrady poplatků	650	668	102,8
1.12	závazky k úhradě pokut a penále podle § 3 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	95 140	93 639	98,4
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 vztahovaný k PF	403 234	404 217	100,2
1.16	ostatní závazky	1 210 582	1 234 157	101,9
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	30 550	107,4
3	Předpis přidělu do rezervního fondu zdravotního pojištění podle § 3 odst. 4 písm. c) a podle § 2 odst. 5 vyhlášky o fondech			
4	Předpis přidělu do fondu reprodukce majetku podle § 3 odst. 4 písm. d) vyhlášky o fondech		302 888	
5	Předpis přidělu do základního fondu zdravotního pojištění podle rozhodnutí správní rady podle § 3 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech	490 429	319 583	65,2
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	7 900	2 790	35,3
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 § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	0	0	



B. Provozní fond (PF)		Oč. skut. 2006	ZPP 2007	ZPP 2007 /oč.skut. 06
Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 3 vyhlášky o fondech		tis. Kč	tis. Kč	%
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	21 919	20 000	91,2
II.	Příjmy celkem:	4 207 884	4 278 331	101,7
1	Příděl podle § 1 odst. 4 písm.h) vyhlášky o fondech ze ZFZP, stanovený podle § 7 odst. 1 a 2 vyhlášky o fondech	4 059 272	4 129 351	101,7
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 splnutí 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	17 600	4 560	25,9
5	Mimořádný příděl Vojenské zdravotní pojišťovny ČR převodem ze ZFZP			
6	Příjem úroků vztahujících se k PF podle § 3 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech	230	284	123,5
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	21 500	15 700	73,0
11	Příjmy Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR podle § 3 odst. 3 vyhlášky o fondech ¹⁾	20 500	19 650	95,9
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 ¹⁾	67 459	87 286	129,4
14	Zisk z prodeje cenných papírů podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
15	Zisk z držby cenných papírů podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
16	Prodej cenných papírů oceněný účetní hodnotou prodaných cenných papírů interní	21 112	21 500	101,8
III.	Výdaje celkem:	4 209 803	4 278 331	101,6
1	Členění výdajů v rámci provozní činnosti podle na § 3 vyhlášky o fondech	3 285 817	3 434 689	104,5
1.1	v tom: mzdy bez ostatních osobních nákladů	1 405 704	1 509 726	107,4
1.2	ostatní osobní náklady	16 620	17 850	107,4
1.3	pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění	128 987	138 532	107,4
1.4	pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení	373 249	400 869	107,4
1.5	odměny členům správní, dozorčí rady a rozhodčímu orgánu	5 310	12 960	244,1
1.6	úroky			
1.7	podíl úhrad za služby Centra mezistátních úhrad	5 705	6 400	112,2
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	19		
1.11	úhrady poplatků	650	668	102,8
1.12	úhrady pokut a penále podle § 3 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	95 140	93 639	98,4
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⁾			
1.16	ostatní výdaje	1 254 433	1 254 045	100,0
2	Příděl do sociálního fondu podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	28 445	30 550	107,4
3	Příděl do rezervního 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		216 389	
5	Příděl do základního fondu zdravotního pojištění podle rozhodnutí SR podle § 3 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech	490 429		
6	Příděl do fondu reprodukce majetku ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou podle § 3 odst. 4 písm. l) vyhlášky o fondech	7 900	2 790	35,3
7	Příděl do fondu reprodukce majetku ve výši celkových odpisů včetně zůstatkové hodnoty podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	329 753	506 627	153,6
8	Zúčtování zálohy Vojenskou zdravotní pojišťovnou ČR na vedení specifických fondů ²⁾			
9	Zúčtování zálohy na podíl režijních výdajů související s ostatní zdaňovanou činností ²⁾	67 459	87 286	129,4
10	Ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků PF podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
11	Nákup cenných papírů z finančních prostředků PF podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	20 000	20 000	100,0

C Doplnující informace k oddílu B - podle ustanovení § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech		tis. Kč	tis. Kč	tis. Kč
1	Stav cenných papírů k 1. 1. ve sledovaném období ⁴⁾			
2	Stav cenných papírů k poslednímu dni sledovaného období			

Poznámky k tabulce:

- 1) V oddílu B III ř. 1.15 jsou uvedeny výdaje VZP ČR vynaložené na prodané metodiky jiným účastníkům působícím v systému veřejného zdravotního pojištění. (Ocenění úplnými vlastními náklady bez zisku)
- 2) Finanční zálohy (poskytované mezi odděleními bankovními účty) na podíl společných výdajů vztahujících se k ostatní zdaňované činnosti (případně u VoZP ČR za specifické fondy), jsou zachyceny pouze v oddílu B, l) na bankovním účtu v souladu s Českými účetními standardy pro zdravotní pojišťovny.

Komentář



Očekávaná skutečnost 2006

Ve sloupci „Oč. skut. 2006“ v části A. II. v řádku 1 je uveden převod finančních prostředků ze ZFZP pro tvorbu PF v roce 2006 propočtený dle vyhlášky MF. **Řádek 4** informuje o výnosu z prodeje majetku. **V řádcích 10 a 11** jsou uvedeny výnosy z veřejného zdravotního pojištění, přičemž 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. Řádek 11 obsahuje předpis tržeb od smluvních zdravotnických zařízení za prodané tiskopisy, metodiky a číselníky, za vedení registrů (centrální registr pojištěnců, informační centrum, kapitační centrum).

V části A. III. je v řádcích 1 až 6 podrobně rozvedeno čerpání fondu.

Plán na rok 2007

Ve sloupci označeném „ZPP 2007“ v části A. II. v řádku 1 je uveden příděl ze ZFZP ve výši max. limitu. **Do řádku 4** je promítnut plánovaný prodej dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku Pojišťovny. **V řádcích 10 a 11** pak další zdroje fondu (výnosy).

Čerpání fondu je vyčísleno v části A. III. V řádcích 1 až 4 jsou uvedeny provozní náklady dle popisu s tím, že do **řádku 1.16. „ostatní závazky“** jsou zahrnuty zejména náklady na provoz budov vlastních a pronajatých (opravy a udržování, ostraha, nájemné, úklid, daň z nemovitostí), spotřeba energie, náklady na telekomunikační poplatky, náklady spojené s provozem informačního systému, náklady na periodickou obměnu PC, náklady na internetový přístup k informacím o zdravotní péči, náklady na obměnu plastových karet, náklady na nákup kancelářského materiálu, náklady na provoz vozového parku a kopírovacích strojů. Dále jsou do ostatních závazků zahrnuty rovněž náklady na reklamu a propagaci, reprezentaci, cestovné, poradenství, daně a poplatky, pojištění, poštovné, administrativně právní služby, školení, vzdělávání a další.

Do řádku 5 je zahrnuto předpokládané nevyčerpání finančních prostředků provozního fondu ve výši cca 319,6 mil. Kč.

Do řádku 6 je zaznamenán kladný rozdíl mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného majetku ve výši 2,8 mil. Kč. Pojišťovna předpokládá v roce 2007 prodej dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku za 4,6 mil. Kč, přičemž účetní zůstatková cena tohoto majetku je 1,8 mil. Kč.

V části B tabulky jsou uvedeny skutečné příjmy a výdaje provozního fondu (cash-flow) navazující na údaje, které jsou uvedeny v části A. **tabulky – tvorba a čerpání**, s tím že o plánované nevyčerpání finančních prostředků za rok 2007 ve výši 319,6 mil. Kč bude snížen skutečný příděl finančních prostředků ze ZFZP (viz část tabulky B.II., řádek 1).

5.3

Majetek pojišťovny a investice



Fond reprodukce majetku (FRM) **bude v roce 2006** tvořen zejména odpisy hmotného a nehmotného majetku, a to v plánované výši 416,3 mil. Kč. Dalším zdrojem pak bude kladný rozdíl mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku (hlavní část tvoří zisk z prodeje nepotřebných budov ÚP). Plán ani očekávaná skutečnost nepředpokládá další zvláštní příděl do FRM z PF.

Pojišťovna pro rok 2006 přijala, z rozhodnutí nuceného správce a na základě úsporných opatření, velmi restriktivní plán na pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku (investic). Tento snížený plán ve výši 354,1 mil. Kč, který počítal pouze se základní údržbou majetku, odstraňováním havarijních stavů a nutnými výdaji pro potřeby udržení rutinního provozu Pojišťovny, však nebude naplněn. Nevyčerpání plánovaného objemu finančních prostředků je způsobeno především faktem, že o definitivním limitu pro rok 2006 bylo rozhodnuto až v průběhu roku a nebylo proto možno zajistit dostatečnou technickou podporu pro realizování všech plánovaných akcí a rovněž z důvodu vydání nové interní normy, která upravuje (prodlužuje) lhůtu splatnosti dodavatelských faktur vztahujících se k FRM.

V roce 2006 očekáváme, v důsledku výše zmíněných faktorů, pořízení investic v celkové výši 316,7 mil. Kč, což představuje 89 procent plánu.

Na investice do informačního systému bude v roce 2006 vynaloženo 210,6 mil. Kč, z čehož největší objem (cca 90 mil. Kč) představuje údržba a rozvoj aplikací pro financování zdravotní péče (výběr a kontrola pojistného od plátců, příjem a kontrola ohodnocení a úhrad vykázané péče, DRG, mezinárodní smlouvy, centrální číselníky a centrální registr pojištěnců). Dále bude pořízeno HW a SW vybavení pro cluster, který řeší možné havárie vybraných částí informačního systému a rovněž bude dokončena integrační platforma, která umožňuje systematicky řešit integrační vazby mezi jednotlivými informačními systémy.

Stavební investice ve výši 69 mil. Kč jsou, z rozhodnutí nuceného správce v roce 2006, zaměřeny pouze na dokončení investičních akcí z roku 2005.

V případě investic ostatních očekáváme v roce 2006 výdaje ve výši 37,1 mil. Kč, které budou určeny převážně na zabezpečovací techniku, datové rozvody, telefonní ústředny, zálohové zdroje UPS a klimatizaci pro servery.

Finanční prostředky určené na splácení úvěrů a úroků z těchto úvěrů budou během roku 2006 čerpány v plánované výši (26,9 mil. Kč).

V plánu na rok 2007 je, v případě tvorby fondu, uvažováno s celkovou výší odpisů 420,1 mil. Kč. Tento základní zdroj fondu bude z rozhodnutí SR Pojišťovny doplněn dalším přídělem z PF ve výši 302,9 mil. Kč. Zdroje fondu ještě dále doplňuje kladný rozdíl mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku v objemu 2,8 mil. Kč.

Pro rok 2007 Pojišťovna počítá s celkovými výdaji investičních prostředků (včetně splátek úvěrů a úroků z úvěrů vztahujících se k tomuto fondu) ve výši 725,8 mil. Kč. Na pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku je vyčleněno 698,9 mil. Kč.

Hlavní prioritou budou, stejně jako v předcházejících letech, investice do informačního systému Pojišťovny (podrobný komentář je obsažen v kapitole 2.5 Záměry rozvoje informačního systému). Plánované finanční prostředky ve výši 433,2 mil. Kč budou investovány hlavně na údržbu a rozvoj aplikací v souladu se změnami legislativy, změnami dohod s poskytovateli zdravotní péče i se změnami potřeb jednotlivých odborných útvarů. Do plánu na rok 2007 je rovněž zahrnuta i první etapa nákupu Ekonomického informačního systému, který je nezbytný pro podporu ekonomického řízení, strategického i operativního rozhodování. V souvislosti s novým organizačním uspořádáním budou výrazně posíleny



investice do informačního systému pro krajské pobočky Pojišťovny. Plán dále počítá s pořízením Dokument Management Systému, Integrátoru, Komunikační platformy a s nutnou obměnou nevyhovujících a zastaralých tiskových zařízení.

Stavební investice v celkovém objemu 224 mil. Kč jsou pro rok 2007 věcně určeny především na vytvoření podmínek pro krajské řízení a nezbytnou rekonstrukci některých ÚP, tzn. na zahájení investičních akcí, u kterých bude dokončena projektová příprava a výběrové řízení podle zákona č. 137/2006 Sb., o veřejných zakázkách. Základním předpokladem pro vývoj stavebních investic pro rok 2007 je implementace organizačního prvku krajské pobočky do organizační struktury Pojišťovny.

V roce 2007 Pojišťovna plánuje realizaci následujících stavebních investic:

- nákup pozemků nebo objektů KP Jihlava, KP Plzeň, KP České Budějovice a KP Liberec;
- studie a projektová příprava KP Jihlava, KP Plzeň a KP České Budějovice;
- nová výstavba KP Hradec Králové, KP Jihlava;
- rekonstrukce ÚP Trutnov, ÚP Znojmo, ÚP Příbram a ÚP Litoměřice.

Ostatní investice plánované na rok 2007 ve výši 41,7 mil. Kč tvoří zejména výdaje na zajištění bezpečnosti výběru peněžní hotovosti, výdaje na obnovu a rozvoj datové sítě, výdaje na klimatizaci sálů serverů, výdaje na telefonní ústředny, výdaje na audiovizuální programy a investice určené na zálohové zdroje UPS, zobrazovací techniku, frankovací a skartovací stroje.

Jednotlivé investiční akce podléhají zákonu č. 137/2006 Sb., o veřejných zakázkách a zároveň samostatnému projednávání ve SR Pojišťovny.

Na splátky úvěrů a úroků z úvěrů je dle splátkového kalendáře plánován stejný objem finančních prostředků jako v roce 2006 (26,9 mil. Kč).



Tabulka č. 11: Fond reprodukce majetku

A. Tvorba a čerpání ve sledovaném období	Oč. skut. 2006	ZPP 2007	ZPP 2007
	tis. Kč	tis. Kč	%
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	657 685	761 775	115,8
II. Tvorba celkem = zdroje	424 162	725 818	171,1
1 Předpis FRM přídělem z provozního fondu ve výši odpisů podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	416 252	420 128	100,9
2 Předpis přídělu z provozního fondu ve výši schválené Správní radou podle § 6 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech	0	302 888	
3 Úroky z běžného účtu FRM podle § 6 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech	10	12	120,0
4 Dar určený dárcelem 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	7 900	2 790	35,3
9 Kladné kurzové rozdíly vztahující se k FRM podle § 6 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech			
III. Čerpání celkem = snížení zdrojů:	320 072	701 113	219,0
1 Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh podle § 6 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech	316 704	698 897	220,7
2 Splátky úroků z úvěrů podle § 6 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech	3 357	2 204	65,7
3 Bankovní a poštovní poplatky podle § 6 odst. 3 písm. d) vyhlášky o fondech	11	12	109,1
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	761 775	786 480	103,2

B. Fond reprodukce majetku (FRM) Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 6 odst. 4 vyhlášky o fondech	Oč. skut. 2006	ZPP 2007	ZPP 2007
	tis. Kč	tis. Kč	%
I. Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	6 461	500	7,7
II. Příjmy celkem:	337 663	725 818	215,0
1 Příděl z běžného účtu provozního fondu ve výši odpisů podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	329 753	506 627	153,6
2 Příděl z běžného účtu provozního fondu ve výši schválené Správní radou podle § 6 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech	0	216 389	
3 Úroky z běžného účtu FRM podle § 6 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech	10	12	120,0
4 Dar určený dárcelem 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	7 900	2 790	35,3
9 Kladné kurzové rozdíly vztahující se k FRM podle § 6 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech			
10 Příjem úvěrů na posílení FRM			
III. Výdaje celkem:	343 624	725 818	211,2
1 Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh podle § 6 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech	316 704	698 897	220,7
2 Splátky úroků z úvěrů podle § 6 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech	3 357	2 204	65,7
3 Úhrady bankovních a poštovních poplatků podle § 6 odst. 3 písm. d) vyhlášky o fondech	11	12	109,1
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) ¹⁾	23 552	24 705	104,9
IV. Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	500	500	100,0

Komentář

Počáteční zůstatek (PZ) ve sloupci „Oč. skut. 2006“ v části tabulky A. I. je převzat z účetní skutečnosti fondu. Konečný zůstatek (KZ) v části tabulky A. IV. téhož sloupce je vypočten dle vzorce: $KZ = PZ + \text{tvorba fondu} - \text{čerpání fondu}$ a představuje výši 761,8 mil. Kč. Nerovnoměrnost mezi KZ fondu části tabulky A a B vysvětluje vztah: $KZ \text{ fondu části A} + \text{zůstatek jistiny úvěrů vztahujících se k FRM} = KZ \text{ fondu části B} + \text{pohledávky FRM za PF}$ (761,8 mil. Kč + 59,2 mil. Kč = 0,5 mil. Kč + 820,5 mil. Kč). Pro rok 2007 předpokládáme KZ části A (tvorba a čerpání fondu) ve výši 786,5 mil. Kč a zůstatek jistiny úvěrů 34,5 mil. Kč. Oproti tomu je plánován KZ části B (příjmy a výdaje fondu) ve výši 0,5 mil. Kč a suma pohledávek FRM za PF 820,5 mil. Kč.



Ve sloupci „Oč. skut. 2006“ v části A. II. (tvorba celkem = zdroje) **ř. 1** je uvedena očekávaná výše odpisů, která koresponduje s plánem na rok 2006. **V řádku 8** tohoto sloupce je pak uveden převod z PF ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku (Pojišťovna předpokládá, že v roce 2006 prodá majetek – převážně nepotřebné budovy ÚP – za 17,6 mil. Kč, přičemž zůstatková hodnota tohoto majetku je 9,7 mil. Kč).

V části A. III. ř. 1 Pojišťovna očekává, že v roce 2006 pořídí dlouhodobý hmotný a nehmotný majetek včetně záloh v nižší než plánované výši (plán 354,1 mil. Kč).

V části tabulky B. II. ř. 1 a ř. 8 jsou uvedeny skutečné příjmy FRM v roce 2006. Zbývající část tvorby (odpisů) bude dále evidována jako pohledávka FRM za PF. Vzhledem k existenci závazků vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti jsou finanční prostředky na BÚ FRM z BÚ PF převáděny postupně pouze dle výše splatných závazků s cílem minimalizace zůstatků na BÚ FRM.

V části tabulky B. III. ř. 1 (pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh) jsou ve sloupci oč. skut. 2006 uvedeny výdaje na pořízení investic 316,7 mil. Kč (z toho pořízení investic do informačního systému 210,6 mil. Kč, stavební investice 69 mil. Kč a ostatní investice 37,1 mil. Kč).

Do části B. III. řádku 2 a řádku 7 tabulky jsou zapracovány úroky z úvěrů a splátky bankovních úvěrů. Tyto finanční výdaje se vztahují k pořízení a rekonstrukci budovy Flora a představují celkovou výši cca 26,9 mil. Kč.

Ve sloupci „ZPP 2007“ v části A. II. ř. 1 je uvedena předpokládaná suma odpisů z pořízeného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku. Dalším zdrojem fondu v roce 2007 je kladný rozdíl mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku (**řádek 8 tabulky A. II.**). Pro doplnění potřebné výše na pořízení investic v roce 2007 je základní tvorba fondu navýšena o další příděl z PF (**řádek 2 tabulky A. II.**) schválený SR Pojišťovny.

V části A. III. ř. 1 tabulky je uveden celkově plánovaný objem pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh pro rok 2007 ve výši 698,9 mil. Kč.

Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku v plánované výši umožňují finanční příjmy FRM uvedené **v části tabulky B. II. ř. 1, ř. 2 a ř. 8**. Odpisy jsou doplněny o nečerpané prostředky z minulého roku.

ZPP 2007 (ř. 1 části tabulky B. III.) zahrnuje výdaje na pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh ve výši 698,9 mil. Kč (z toho investice do informačního systému 433,2 mil. Kč, stavební investice 224 mil. Kč a ostatní investice 41,7 mil. Kč).

V části B. III. řádku 2 a řádku 7 tabulky jsou uvedeny aktuální úroky z úvěrů a splátky bankovních úvěrů, které se vztahují k pořízení a rekonstrukci budovy Flora, a které korespondují se splátkovým kalendářem čerpaných úvěrů.



5.4 Sociální fond

Sociální fond tvoří jednu ze složek ke stabilizaci zaměstnanců. VZP ČR preferuje při čerpání sociálního fondu příspěvky na penzijní a životní pojištění, rekreaci a regeneraci. Samozřejmostí jsou příspěvky na stravování. Výše sociálního fondu není dostačující na všechny aktivity, které by bylo možno ze sociálního fondu poskytnout. VZP jako nezisková organizace je v tomto fondu omezena fondovou vyhláškou.

Sociální fond bude v roce 2007 tvořen:

- základním přídělem ve výši 2 % ročního objemu nákladů, zúčtovaných s provozním fondem na mzdy,
- přídělem z hospodářského výsledku po zdanění až do výše 1 % objemu nákladů zúčtovaných s provozním fondem (v souladu s vyhláškou MF č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů a Vyšší kolektivní smlouvou) na mzdy, a to v případě jeho kladného stavu.

Sociální fond bude čerpán v souladu s vyhláškou na účely specifikované v Kolektivní smlouvě, např. na:

- penzijní připojištění – pro všechny zaměstnance, kteří mají uzavřenou smlouvu s penzijním fondem a požádají o příspěvek,
- 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,
- příspěvky na stravování,
- ocenění pracovních a životních jubileí – zaměstnavatel poskytuje z fondu peněžní nebo nepeněžní dar,
- regeneraci a péči o zdraví (sportovní aktivity, lázeňská péče), očkování proti chřipce, multivitaminy v době virových epidemií,
- rekreaci rodin – zimní a letní (tvoří největší část čerpání sociálního fondu),
- dětskou rekreaci – v dětských táborech vodáckých, lyžařských apod.,
- sociální půjčky a výpomoci – jsou poskytovány samoživitelkám při obtížných životních situacích a ostatním zaměstnancům při dlouhodobé nemoci.

Čerpání sociálního fondu je upraveno Kolektivní smlouvou – Přílohou č. 1 a Dodatky ke Kolektivní smlouvě. Do čerpání roku 2006 (2007) se promítá i zvýšený počet zaměstnanců s pracovním jubileem 15 let.



Tabulka č. 12: Sociální fond

A. Sociální fond (SF) Tvorba a čerpání ve sledovaném období		Oč. skut. 2006	ZPP 2007	ZPP 2007 /oč.skut. 06
		tis. Kč	tis. Kč	%
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	16 547	1 488	9,0
II.	Tvorba celkem = zdroje	32 611	45 994	141,0
1	Příděl z běžného účtu z provozního fondu podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	28 445	30 550	107,4
2	Úroky z běžného účtu SF podle § 4 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech	56	60	107,1
3	Příděl ostatních příjmů podle § 4 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech			
4	Příděl z příjmu ze zisku po zdanění ze zdaňované činnosti podle § 4 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech	4 000	15 274	
5	Převod zůstatku SF, v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny, podle § 4 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech			
6	Splátky z půjček zaměstnanců podle § 4 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech	110	110	100,0
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)	47 670	46 770	98,1
1	Předpisy snížení zdrojů podle § 4 odst. 3 vyhlášky o fondech (1.1 + 1.2)	47 500	46 600	98,1
1.1	v tom: půjčky	120	100	83,3
1.2	ostatní čerpání	47 380	46 500	98,1
2	Bankovní (poštovní) poplatky	170	170	100,0
3	Záporné kurzové rozdíly			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	1 488	712	47,8
B. Sociální fond (SF) Příjmy a výdaje ve sledovaném období v souladu s § 4 odst. 4 vyhlášky o fondech		Oč. skut. 2006	ZPP 2007	ZPP 2007 /oč.skut. 06
		tis. Kč	tis. Kč	%
I.	Počáteční zůstatek k 1.1. ve sledovaném období	15 022	11 871	79,0
II.	Příjmy celkem:	40 609	46 144	113,6
1	Příděl z běžného účtu PF podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	28 445	30 550	107,4
2	Úroky z běžného účtu SF podle § 4 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech	56	60	107,1
3	Ostatních příjmů podle § 4 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech	150	150	100,0
4	Příděl z příjmu ze zisku po zdanění ze zdaňované činnosti podle § 4 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech	11 848	15 274	128,9
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 zaměstnanců podle § 4 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech	110	110	100,0
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	43 760	42 270	96,6
1	Výdaje podle § 4 odst. 3 vyhlášky o fondech (1.1 + 1.2)	43 590	42 100	96,6
1.1	v tom: půjčky	110	100	90,9
1.2	ostatní výdaje	43 480	42 000	96,6
2	Bankovní (poštovní) poplatky	170	170	100,0
3	Záporné kurzové rozdíly související se SF			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	11 871	15 745	132,6
C. Doplnující informace k oddílu B		tis. Kč	tis. Kč	%
1	Stav půjček zaměstnancům k 1. 1. ve sledovaném období	103	103	100,0
2	Stav půjček zaměstnancům k poslednímu dni sledovaného období	103	93	90,3



5.5 Rezervní fond

Výše rezervního fondu by měla v roce 2006 činit cca 1 610 mil. Kč a v roce 2007 cca 1 725 mil. Kč. (viz Doplnující tabulka rezervního fondu), 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.

Naplnění BÚ rezervního fondu přidělem z BÚ ZFZP není v roce 2006 ani v roce 2007 plánováno s ohledem na přetrvávající stav 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 ZPP2006, posílí rezervní fond částkou ve výši 30 mil. Kč z hospodářského výsledku zdaňovaných činností po zdanění za minulá období (viz. řádky A. II. 9, B. II. 9 tabulky rezervního fondu). Z důvodu existence závazků vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti, bude tato částka převedena z rezervního fondu do ZFZP na jejich úhradu.

Vzhledem k tomu, že o rozdělení hospodářského výsledku rozhoduje Správní rada, budou všechny operace s tímto související provedeny po jejím odsouhlasení.



Tabulka č. 13: Rezervní fond

A. Rezervní fond (RF)		Oč. skut. 2006	ZPP 2007	ZPP 2007 /oč.skut. 06
Tvorba a čerpání ve sledovaném období		tis. Kč	tis. Kč	%
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	1 518 982	1 609 587	106,0
II.	Tvorba celkem = zdroje	120 605	115 710	95,9
1	Převod ze základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	90 605	115 710	127,7
2	Úroky z běžného účtu RF podle § 2 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech			
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 splnutí 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			
	Příděl ze zisku po zdanění ze zdaňované činnosti	30 000		
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů:	30 000	0	
1	Příděl z RF do základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	30 000		
2	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	1 725 297	107,2
B. Rezervní fond (RF)		Oč. skut. 2006	ZPP 2007	ZPP 2007 /oč.skut. 06
Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 2 odst. 3 vyhlášky o fondech		tis. Kč	tis. Kč	%
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období ¹⁾	6	6	100,0
II.	Příjmy celkem:	30 000	0	
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			
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 splnutí 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 ²⁾			
	Příděl ze zisku po zdanění ze zdaňované činnosti	30 000		
III.	Výdaje celkem:	30 000	0	
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 písm. d) vyhlášky o fondech			
6	Nákup cenných papírů z finančních prostředků RF			
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni vykazovaného období = I + II - III ¹⁾	6	6	100,0

Doplňující tabulka: Propočet limitu RF ³⁾

Rok	Propočtová základna pro výpočet limitu přídělu do RF	tis. Kč ⁴⁾	tis. Kč ⁴⁾	tis. Kč ⁴⁾
2003		101 295 228	x	
2004		106 112 538	106 112 538	
2005		114 508 369	114 508 369	
2006		x	124 437 318	
	Průměrné roční výdaje ZFZP za bezprostředně předcházející uzavřené 3 kalendářní roky ⁵⁾	107 305 378	115 019 408	107,2
	Výpočet limitu = 1,5 % z propočtených průměrných výdajů ZFZP	1 609 581	1 725 291	107,2



5.6

Ostatní zdaňovaná činnost

Pojišťovna jako poplatník daně z příjmů právnických osob plánuje i v roce 2007 provozovat dani podléhající činnosti, a to ve stejných druzích jak je provozuje v roce 2006.

Jedná se o činnosti související s hlavní činností Pojišťovny, s hospodárným využíváním majetku Pojišťovny (pronájmy nebytových prostor, finanční majetek) a s prováděním zprostředkovatelské činnosti pro Pojišťovnu VZP, a.s., která je její 100%ní dceřinnou společností.

Při provozování ostatní zdaňované činnosti respektuje Pojišťovna příslušnou právní úpravu, tzn. především § 7 odst. 6 zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, ve znění pozdějších předpisů, Pojišťovna nepodniká s prostředky plynoucími z veřejného zdravotního pojištění, dále § 23 odst. 7 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, upravující ceny mezi ekonomicky spojenými osobami, dále zákon č. 235/2004 Sb., o dani z přidané hodnoty jako plátce DPH a vyhlášku MF ČR č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyžadující oddělené sledování a účtování činností pro něž byla Pojišťovna zřízena a ostatních zdaňovaných činností.

Pojišťovna předpokládá v roce 2007 nárůst objemu zprostředkovatelské činnosti, provozování ostatních zdaňovaných činností předpokládá zhruba ve stejném rozsahu jako v roce 2006. Tabulka ostatní zdaňovaná činnost ve sloupci očekávaná skutečnost 2006 vykazuje kladný hospodářský výsledek 24 893 tis. Kč. Očekávaná skutečnost hospodářského výsledku je vyšší oproti plánované v ZPP2006 o 16 813 tis. Kč zejména vlivem výnosů z majetkové účasti v Pojišťovně VZP, a.s. ZPP2006 nepředpokládal výplatu dividend.

Daň z příjmů právnických osob ve sloupci očekávaná skutečnost 2006 (viz tabulka Ostatní zdaňovaná činnost, část A.IV.) obsahuje daň z příjmů právnických osob za zdaňovací období roku 2006 ve výši 2 123 tis. Kč. Rozdíl ve výši – 1 335 tis. Kč činí snížení daňové povinnosti minulých zdaňovacích období na základě podaných dodatečných přiznání k dani z příjmů právnických osob v roce 2006.

Tabulka ve sloupci ZPP 2007 obsahuje ve výnosech zvýšení zejména objemu zprostředkovatelské činnosti o 20 985 tis. Kč. Zvýšení nákladů na zprostředkovatelskou činnost se předpokládá o 19 670 tis. Kč.



Tabulka č. 14: Ostatní zdaňovaná činnost

A. Ostatní zdaňovaná činnost ve sledovaném období ¹⁾ (ZdČ)		Oč. skut. 2006	ZPP 2007	ZPP 2007 /oč.skut. 06
		tis. Kč	tis. Kč	%
I.	Výnosy celkem	92 352	111 145	120,3
1	Výnosy ze zdaňované činnosti	91 729	111 023	121,0
2	Úroky	623	122	19,6
3	Výnosy z prodeje finančních investic			
4	Zvýšení hodnoty cenných papírů vlivem reálného ocenění			
II.	Náklady celkem ²⁾	67 459	87 286	129,4
1	Provozní náklady související s OZdČ zdravotní pojišťovny	67 459	87 286	129,4
1.1	- mzdy bez ostatních osobních nákladů	27 668	36 422	131,6
1.2	- ostatní osobní náklady			
1.3	- pojistné na zdravotní pojištění	2 805	3 278	116,9
1.4	- pojistné na sociální zabezpečení	6 876	9 471	137,7
1.5	- odpisy hmotného a nehmotného majetku - podíl vztahující se k této činnosti	13 018	15 911	122,2
1.6	- úroky			
1.7	- pokuty a penále			
1.8	- finanční náklady spojené s prodejem finančních investic			
1.9	- ostatní provozní náklady	17 092	22 204	129,9
2	Snížení hodnoty cenných papírů vlivem reálného ocenění			
III.	Hospodářský výsledek = I - II	24 893	23 859	95,8
IV.	Daň z příjmů	787	2 309	293,4
V.	Zisk ze ZdČ po zdanění = III - IV.	24 106	21 550	89,4
B Doplnující informace o cenných papírech (CP) pořízených z finančních zdrojů ZdČ ³⁾				
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 CP vztahující se k dceřině 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

Poznámky k tabulce:

- 1) Tabulka zahrnuje náklady a výnosy související s veškerou ostatní zdaňovanou činností provozovanou zdravotní pojišťovnou v souladu se Statutem zdravotní pojišťovny(nebo v případě VZP ČR schválenou Ministerstvem zdravotnictví).
- 2) Náklady na ostatní zdaňovanou činnost vyjadřují nejpozději k 31. 12. daného roku celkové náklady na tuto činnost, včetně podílu nákladů hrazených v průběhu roku prvotně (zálohově) z PF.
Na tento podíl nákladů je nutno v průběhu roku poskytovat zálohy na bankovní účet provozního fondu, pokud není prováděno přímé rozúčtování společných společných provozních nákladů již v průběhu roku (vazba na § 3 vyhlášky o fondech) .
- 3) Cenné papíry(CP) - patří sem podíl CP vztahující se k této činnosti, vč. podílu v dceřiných společnostech.
V oddíle II pod bodem 1.8 je nutno uvádět pouze účetní hodnotu prodávaných finančních investic tak, aby bylo možno po odečtení této hodnoty od oddílu I. ř. 3. stanovit realizovaný zisk nebo ztrátu z uskutečněného prodeje.



6. PŘEHLED ZÁKLADNÍCH EKONOMICKÝCH UKAZATELŮ



Tabulka "Přehled základních ukazatelů o činnosti zdravotní pojišťovny" kvantifikuje agregované vybrané charakteristické ukazatele o činnosti a hospodaření Pojišťovny.

V řádcích 1 a 2 jsou uvedeny ukazatele vyjadřující pohyb pojištěnců Pojišťovny v roce 2006 a v roce 2007. Pro rok 2007 Pojišťovna předpokládá úbytek průměrného počtu pojištěnců o 39 tis. osob. Z celkového průměrného počtu pojištěnců Pojišťovny tvoří plánovaný podíl pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát 58 %.

V řádku 3 je uveden stav hmotného a nehmotného majetku Pojišťovny.

V řádku 4 je uveden objem finančních výdajů na pořízení investic. Očekávaná skutečnost v roce 2006 a plán na rok 2007 vychází ze schválené tvorby a čerpání FRM pro sledovaná období.

V řádku 5 jsou uvedeny konečné stavy finančních investic. Jedná se o akcie Pojišťovny VZP, a.s. v celkové hodnotě 100 mil. Kč (Pojišťovna je jediným akcionářem).

V řádku 7 Pojišťovna neplánuje v roce 2007 přijetí bankovních úvěrů.

V řádku 8 jsou uvedeny splátky úvěrů. Jedná se o dva hypoteční úvěry poskytnuté ČMHB, a.s. (nyní Hypoteční banka, a.s.) za účelem pořízení a rekonstrukce objektu Flora. Úvěry byly čerpány v letech 1998 až 2000, předpokládané splacení je v roce 2008, resp. 2010. Splátky bankovních úvěrů jsou prováděny měsíčně dle platných smluv.

V řádku 9 je kvantifikován očekávaný nesplacený zůstatek úvěrů ke konci sledovaného období.

V řádcích 17, 18 je uvedena kvantifikace očekávaného počtu pracovníků Pojišťovny. Pro rok 2007 Pojišťovna předpokládá stabilní počet zaměstnanců.

V řádku 19 je obsažen výpočet koeficientů pro stanovení limitu nákladů na činnost Pojišťovny dle vyhlášky MF ČR č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

V řádku 20 je uvedena rozvrhová základna pro propočtení přídelu do provozního fondu Pojišťovny.

V řádku 21 je vyčíslen maximální limit nákladů na činnost z dosažené rozvrhové základny. V roce 2007 je plánován limit provozního fondu ve výši 4 454 mil. Kč.

V řádku 22 je specifikován přídel ze ZFZP do provozního fondu, který je ve výši max. limitu. Skutečné čerpání fondu je ale nižší o 319,6 mil. Kč.

V řádku 23 jsou zachyceny předpokládané konečné zůstatky stavu závazků Pojišťovny celkem, vždy ke konci plánovaného období, a to v členění na závazky ve lhůtě a po lhůtě splatnosti. Závazky vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti jsou zjišťovány z operativní evidence jako stavová veličina. Plánování je prováděno s vazbou na náklady a výdaje na zdravotní péči hrazené ze ZFZP. V roce 2006 Pojišťovna předpokládá snížení stavu závazků vůči ZZ po lhůtě splatnosti o cca 2,1 mld. Kč na hodnotu cca 8,5 mld. Kč. V roce 2007 Pojišťovna předpokládá další snížení stavu závazků po lhůtě splatnosti až na úroveň cca 2,45 mld. Kč.

V řádku 24 jsou uvedeny celkové předpokládané pohledávky Pojišťovny ke konci roku v členění na pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě i po lhůtě splatnosti, pohledávky vůči zdravotnickým zařízením a ostatní pohledávky ve lhůtě i po lhůtě splatnosti, včetně evidovaných před správním řízením.

Pojišťovna očekává další růst pohledávek za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti. V roce 2006 dojde oproti roku 2005 k jejich zvýšení cca o 3,5 mld. Kč a v roce 2007 oproti roku 2006 o cca 1,8 mld. Kč. Značná část z kumulovaných pohledávek za plátcí pojistného je



pouze obtížně vymahatelná. V roce 2007 bude vymahatelné části pohledávek věnována mimořádná pozornost v rámci projektu „Správy řízení pohledávek“.

Výše pohledávek vůči zdravotnickým zařízením ve lhůtě splatnosti vychází z nastaveného způsobu úhrad zdravotnickým zařízením.

Pohledávky vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti jsou tvořeny pohledávkami vzniklými z uplatnění regulace na maximální hodnotu bodu v roce 2003 za roky 2001 a 2002 a v roce 2005 za rok 2003 dle Cenového výměru MF. Jedná se především o zdravotnickou záchrannou službu, která byla do roku 2003 financována paušální sazbou, přičemž předmětem regulace byla zdravotnická zařízení s hodnotou bodu vyšší než 1,10 Kč. Tato regulace je i předmětem soudního řízení.

Stav ostatních pohledávek po lhůtě splatnosti ve výši cca 83,7 mil. Kč tvoří pohledávky za zaměstnaneckými zdravotními pojišťovnami z přerozdělení. Ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti jsou tvořeny pohledávkami z přerozdělení pojistného, z náhrad škod, z plnění mezinárodních smluv a pohledávkami ostatních fondů Pojišťovny.



Tabulka č. 15: Přehled základních ukazatelů zdravotní pojišťovny

Ř. číslo	Ukazatel	Měr. jedn.			%
			Oč. skut. 2006	ZPP 2007	/oč.skut. 06
I. Pojištěnci					
1	Počet pojištěnců celkem k poslednímu dni sledovaného období ¹⁾	osob	6 559 000	6 524 000	99,5
1.1	z toho: státem hrazení	osob	3 805 000	3 773 000	99,2
2	Průměrný počet pojištěnců za sledované období ²⁾	osob	6 574 821	6 536 000	99,4
2.1	z toho: státem hrazení	osob	3 823 590	3 793 833	99,2
	v tom: do 60 let	osob	2 293 783	2 270 500	99,0
	nad 60 let	osob	1 529 807	1 523 333	99,6
II. Ostatní ukazatele					
3	Stav dlouhodobého majetku včetně poskytovaných záloh pořízený k poslednímu dni sledovaného období	tis.Kč	4 014 842	4 293 611	106,9
4	Stav dlouhodobého majetku, včetně poskytovaných záloh pořízený za sledované období	tis.Kč	316 704	698 897	220,7
4.1	v tom: majetek na vlastní činnost	tis.Kč	316 704	698 897	220,7
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 dceřiné společnosti		100 000	100 000	100,0
6	Finanční investice pořízené za sledované období	tis.Kč			
6.1	z toho: vázáno v dceřiné 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	24 705	104,9
9	Nesplacený zůstatek bankovních úvěrů k poslednímu dni sledovaného období celkem	tis.Kč	59 184	34 479	58,3
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 ³⁾	osob	5 000	5 000	100,0
18	Průměrný přepočtený počet zaměstnanců ³⁾	osob	4 970	4 970	100,0
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 pozdějších předpisů (dále jen vyhláška o fondech) ⁴⁾	%	3,34	3,35	x
20	Rozvrhová základna pro propočet přídelů do provozního fondu	tis.Kč	123 850 286	132 959 000	107,4
21	Maximální limit nákladů na činnost propočtený z dosažené rozvrhové základny	tis.Kč	4 136 600	4 454 127	107,7
22	Skutečný přídel ze ZFZP do provozního fondu	tis.Kč	4 136 600	4 454 127	107,7
III. Závazky a pohledávky					
23	Závazky celkem k poslednímu dni sledovaného období ⁵⁾	tis.Kč	21 165 000	15 562 000	73,5
23.1	v tom: závazky vůči zdravotnickým zařízením ve lhůtě splatnosti	tis.Kč	11 922 000	12 354 000	103,6
23.2	závazky vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti	tis.Kč	8 507 000	2 453 000	28,8
23.3	ostatní závazky ve lhůtě splatnosti	tis.Kč	736 000	755 000	102,6
23.4	ostatní závazky po lhůtě splatnosti	tis.Kč			
24	Pohledávky celkem k poslednímu dni sledovaného období	tis.Kč	37 297 732	39 686 732	106,4
24.1	v tom: pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti	tis.Kč	8 144 000	8 608 000	105,7
24.2	pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti	tis.Kč	27 380 000	29 211 000	106,7
24.3	pohledávky za zdravotnickými zařízeními ve lhůtě splatnosti	tis.Kč	700 000	760 000	108,6
24.4	pohledávky za zdravotnickými zařízeními po lhůtě splatnosti	tis.Kč	301 000	301 000	100,0
24.5	ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti	tis.Kč	689 000	723 000	104,9
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 ⁶⁾	osob	6 093	6 386	104,8
k 2.1	z toho pojištěnci ze zemí Evropské unie ⁶⁾	osob	5 710	6 282	110,0
k 5	z toho ve Fondu majetku (FM)	tis.Kč			
k 6	z toho ve Fondu majetku (FM)	tis.Kč			

Poznámky k tabulce:

- Počet pojištěnců k 31. 12. zahrnuje stav pojištěnců z 12. přerozdělování včetně opravného hlášení.
- Průměrný počet pojištěnců k 31. 12. zdravotní pojišťovny se propočte jako součet údajů z 1. až 12. přerozdělování, včetně posledně známého opravného hlášení do přerozdělování, děleno dvanácti. Výsledná hodnota se zaokrouhlí na celé číslo.
- Zdravotní pojišťovna daný údaj zaokrouhlí na celá čísla.
- Limit stanovený v procentech se zaokrouhlí na 2 desetinná místa, v souladu s § 7 vyhlášky o fondech.
- Závazky celkem neobsahují závazky vykázané na ř. 9, ř. 12 a ř. 15.
- Jedná se o osoby, které se staly "osobami, za které platí pojistné stát" na základě vyhlášených mezinárodních smluv o sociálním pojištění s nimiž vyslovil souhlas Parlament a dále na základě závazných předpisů Evropských společenství, tj. nařízení Rady EHS 1408/71 a nařízení Rady EHS 574/72.



7. ZÁVĚR





Zdravotně pojistný plán na rok 2007 byl zpracován dle Metodiky zpracování zdravotně pojistných plánů na rok 2007 zaslané Ministerstvem zdravotnictví. Parametry pro sestavení ZPP2007 vychází z platné legislativy a aktuálních makroekonomických předpokladů.

Základním ekonomickým cílem Pojišťovny je snížení závazků vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti o 6,05 mld. Kč.

Rezervní fond nebude v roce 2007 finančně naplněn, a to z důvodu evidence závazků vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti. V rezervním fondu tak bude chybět cca 1,7 mld. Kč, které jsou stanovené zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

U pojištěnců ZPP2007 předpokládá jejich průměrný stav ve výši cca 6 536 tis. osob, tj. úbytek průměrného počtu pojištěnců o cca 39 tis. osob. V roce 2006 očekáváme úbytek oproti roku 2005 o cca 77 tis. osob (stejný počet odešel i v roce 2005). Oproti předchozím rokům se tedy jedná o snížení úbytku pojištěnců. Z hlediska struktury pojištěnců se předpokládá úbytek o 2,9 % u pojištěnců do 30 let, u skupiny pojištěnců mezi 30 a 60 lety je předpokládán stabilní počet. Naopak zvýšení počtu pojištěnců se předpokládá u skupiny nad 60 let, a to o 1,7 %.

Celkové příjmy ZFZP dosáhnou v roce 2007 výše cca 133,1 mld. Kč, tj. nárůst oproti roku 2006 o 6,9 %, z toho příjmy z pojistného vzrostou o 5,7 % a finanční prostředky plynoucí z přerozdělení pojistného o 10,6 %.

Náklady na zdravotní péči se odhadují v roce 2007 ve výši cca 122 mld. Kč, tj. růst oproti roku 2006 o 3,6 %. Náklady na segmenty ambulantní péče vrostou o 6,7 %, ústavní péče o 3,6 %, léky a zdravotnické prostředky na předpis o 1 %. **Pojišťovna nepředpokládá změny ve struktuře sítě smluvních zdravotnických zařízení.** Výdaje na zdravotní péči se pro rok 2007 odhadují ve výši 128,1 mld. Kč, snížení závazků vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti tedy odhadujeme o 6,1 mld. Kč.

Nevyčerpání finančních prostředků ve výši 319,6 mil. Kč plán předpokládá v **hospodaření provozního fondu.** Jedná se o rozdíl mezi tvorbou a čerpáním fondu při využití max. limitu přidělu do provozního fondu dle § 7 vyhlášky MF ČR č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Uvedené finanční prostředky budou v rámci ZFZP použity pro platby zdravotnickým zařízením.

U fondu prevence plán předpokládá v roce 2007 jeho naplnění z příjmů plynoucích z pokut, přírážek k pojistnému a penále účtovaných Pojišťovnou v oblasti veřejného zdravotního pojištění dle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, do výše 0,3 % celkového objemu příjmů pojistného po přerozdělení.

Současně s výše uvedeným Pojišťovna upozorňuje na následující rizika, která by mohla negativně ovlivnit její hospodaření:

- dopad dodatečných vyúčtování a neřešených sporů s poskytovateli zdravotní péče z minulých období (nové kapacity roku 2005, dopady regulací roku 2005, vyúčtování zdravotní péče roku 2006);
- horší vývoj ekonomiky v roce 2007 než je předpoklad výchozí makroekonomické predikce zdravotně pojistného plánu, zejména nižší růst nominálních mezd a platů a zvýšení míry nezaměstnanosti;



- vyšší úbytek počtu pojištěnců a tím možný pokles příjmů z výběru pojistného. Současně změna struktury portfolia může vést k růstu výdajů na zdravotní péči (úbytek pojištěnců v nižších a naopak nárůst počtu pojištěnců ve vyšších věkových skupinách);
- vyšší než plánovaný růst cen zdravotních výkonů a úhrad zdravotnickým zařízení způsobené vlivy vně Pojišťovny;
- vyšší než očekávaný růst výdajů v oblasti spotřeby léků a zdravotnických prostředků, včetně cenového vývoje;
- riziko možného zvýšení rozsahu hrazené zdravotní péče v souvislosti s vyhláškou MZ ČR č. 290/2006 Sb., o rámcových smlouvách a zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních;
- vyšší než očekávaný nárůst úhrad v některých odbornostech v důsledku novelizace seznamu zdravotních výkonů plánované na leden 2007;
- vyšší než očekávaný nárůst výdajů v souvislosti se zákonem č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách;
- poskytování nových druhů nákladné zdravotní péče na vrub veřejného zdravotního pojištění;
- zvýšený rozsah poskytovaných zdravotnických služeb vzniklých nárůstem nemocnosti v důsledku neočekávaného výskytu hromadných onemocnění;
- vyšší než očekávané zatížení cash-flow ZFZP z titulu členství České republiky v Evropské unii a z titulu mezistátních smluv o sociálním zabezpečení;
- hromadné uplatňování penalizací ze strany smluvních zdravotnických zařízení za prodlevy v úhradách faktur za poskytnutou zdravotní péči v minulém období.

I přes výše uvedená rizika je Pojišťovna ve svém plánu hospodaření optimistická. V roce 2006 Pojišťovna přijala organizační opatření ke zlepšení řízení, zejména pak krajských poboček a posílila úlohu plánování a controllingu ve všech oblastech svého působení. Pro rok 2007 si klade za cíl v těchto aktivitách pokračovat s cílem dále zlepšit svou ekonomickou situaci při zachování dostupnosti a kvality zdravotní péče pro své pojištěnce.

V Praze dne 13. 10. 2006