



ZDRAVOTNĚ POJISTNÝ PLÁN 2009

211 ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČR

OBSAH

	Seznam použitých zkratk	.4
1	Úvod	.5
2	Obecná část	.5
3	Pojištěnci	.7
4	Základní fond zdravotního pojištění	.7
4.1	Záměry vývoje hospodaření ZFZP v roce 2009	.7
4.2	Tvorba, příjmy ZFZP	10
4.3	Čerpání, výdaje ZFZP	10
4.3.1	Smluvní politika ve vztahu ke zdravotnickým zařízením	10
4.3.2	Zdravotní politika	12
4.3.3	Revizní a kontrolní činnost	13
4.3.4	Struktura nákladů na zdravotní péči v členění podle jednotlivých segmentů	13
5	Ostatní fondy	14
5.1	Zdravotní péče hrazená z fondu prevence	14
5.2	Provozní fond	15
5.3	Majetek pojišťovny a investice	16
5.4	Sociální fond	16
5.5	Rezervní fond	17
5.6	Ostatní zdaňovaná činnost	17
5.7	Specifické fondy	17
6	Přehled základních ekonomických ukazatelů	17
7	Závěr	18

TABULKOVÁ PŘÍLOHA

ZPP 2009 Zuk-1 Přehled základních ukazatelů o činnosti zdravotní pojišťovny	19
ZPP 2009 ZFZP-2 Základní fond zdravotního pojištění	21
ZPP 2009 Saldo P-N-2a Saldo příjmů a nákladů na ZFZP	25
ZPP 2009 PF-3 Provozní fond	27
ZPP 2009 FRM-4 Fond reprodukce majetku	31
ZPP 2009 SF-5 Sociální fond	33
ZPP 2009 RF-6 Rezervní fond	35
ZPP 2009 Fprev-7 Fond prevence	38
ZPP 2009 OZdČ-8 Ostatní zdaňovaná činnost	41
ZPP 2009 Nákl. zdr.p.-12 Struktura nákladů na zdravotní péči podle jednotlivých segmentů	42
ZPP 2009 Nákl. na 1 poj.-13 Struktura nákladů na zdravotní péči podle jednotlivých segmentů v přepočtu na jednoho pojištěnce	44
ZPP 2009 Léč.ciz.-14 Náklady na léčení cizinců	46
ZPP 2009 Sml. zař.-15 Soustava smluvních zdravotnických zařízení	47
ZPP 2009 Prev. péče-16 Náklady na preventivní péči čerpané z fondu prevence	48
ZPP 2009 Věk.strukt. poj.-17 Věková struktura pojištěnců	49

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AS	Ambulantní specialista
CMÚ	Centrum mezistátních úhrad
ČR	Česká republika
DIČ	Daňové identifikační číslo
DRG	Analytický systém vyhodnocování zdravotní péče u lůžkových zařízení akutní péče (Diagnosis Related Group)
E-komunikace	Elektronická komunikace
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
Fprev	Fond prevence (FP)
FRM	Fond reprodukce majetku
IČ	Identifikační číslo
MF	Ministerstvo financí ČR
MZ	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NRC	Národní referenční centrum
OD č. 00005	Zdravotnické zařízení vykazující ošetrovací den č. 00005
OLÚ	Odborný léčebný ústav
OON	Ostatní osobní náklady
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
PL	Praktický lékař pro dospělé
PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost
PF	Provozní fond
RF	Rezervní fond
RL	Revizní lékař
SF	Sociální fond
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
TP	Teritoriální pracoviště
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
OZdČ	Ostatní zdaňovaná činnost
ZFZP	Základní fond zdravotního pojištění
ZP MV ČR	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky (pojišťovna)
ZPP	Zdravotně pojistný plán 2009
Zuk	Přehled základních ukazatelů o činnosti zdravotní pojišťovny
ZULP	Zvlášť účtovaný léčivý přípravek
ZUM	Zvlášť účtovaný materiál
ZZ	Zdravotnické zařízení
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

1 ÚVOD

Základní charakteristika zdravotně pojistného plánu

ZPP je předkládán v souladu s ustanovením § 15 odst. 2 zákona České národní rady č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 280/1992 Sb.“).

ZPP je sestaven v souladu s metodikou MZ pro zpracování ZPP na rok 2009 a předpokládá zajištění úhrad zdravotní péče bez vzniku závazků po lhůtě splatnosti a nutnosti čerpat úvěr.

Zdroje čerpání podkladů

Zdrojem podkladů pro stanovení očekávané skutečnosti roku 2008 je především účetní stav plánovaných položek za období leden až červen 2008.

Pro plán roku 2009 je využito číselných řad vývoje předchozích let a údajů predikce vývoje makroekonomických ukazatelů z internetových stránek MF.

Při zpracování ZPP 2009 vychází pojišťovna i z plánované výše platby státu za osoby, za které je plátcem pojistného stát, tj. 677 Kč na jednoho pojištěnce měsíčně v souladu se zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů.

Vzhledem k působnosti ZP MV ČR na celém území republiky jsou při tvorbě plánu zohledněny i místní podmínky (např. podíl nezaměstnanosti a odlišnosti v jednotlivých krajích) ve vazbě na její jednotlivá zastoupení. Při zpracování plánu bylo přihlíženo i k připravovaným a dosud neúčinným zákonným úpravám.

2 OBECNÁ ČÁST

Sídlo zdravotní pojišťovny, statutární orgán

Obchodní firma:	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky, zapsaná v obchodním rejstříku, vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 7216
IČ:	47114304
DIČ:	CZ 47114304
Sídlo:	Praha 10, Na Míčáncích 2
Statutární orgán:	Ing. Jaromír Gajdáček, Ph.D., generální ředitel

Současná organizační struktura a předpokládaná úprava organizační struktury v roce 2009

Zdravotní pojišťovna zajišťuje služby zdravotního pojištění v celé ČR prostřednictvím osmi poboček, které nemají právní subjektivitu.

Pobočky pojišťovny sídlí v Praze (pro hlavní město Prahu a Středočeský kraj), Českých Budějovicích (pro Jihočeský kraj), Plzni (pro Plzeňský a Karlovarský kraj), Ústí nad Labem (pro Ústecký a Liberecký kraj), Hradci Králové (pro Královéhradecký a Pardubický kraj), Brně (pro kraje Jihomoravský a Vysočina), Ostravě (pro Moravskoslezský kraj) a Olomouci (pro Olomoucký a Zlínský kraj).

Pod jednotlivé pobočky jsou začleněna TP s omezeným rozsahem činností.

Takto vytvořená síť regionálních pracovišť je zastřešena ředitelstvím se sídlem v Praze.

Pro rok 2009 se neplánují významné organizační změny.

Existující (nebo plánované založení) dceřiné společnosti a její zaměření, nadační fondy a jiné účasti ZP MV ČR

ZP MV ČR v současné době nemá a ani v roce 2009 neplánuje založení dceřiné společnosti.

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

Všechny kroky, které ZP MV ČR ve vztahu ke svým klientům podniká, jsou vedeny snahou o stále zkvalitňování služeb a hledání nových cest ke zvýšení informovanosti pojištěnců i plátců pojistného. Včasné informování veřejnosti o službách ZP MV ČR, ale i o zákonných povinnostech, napomáhá spokojenosti klientů a vede k minimalizování nesrovnalostí, které by ve svém důsledku mohly vést k uplatnění postihů, jejichž realizaci zdravotním pojišťovnám umožňuje zákon.

ZP MV ČR aktivně nabízí v oblasti E-komunikace aplikaci, jejímž cílem je zjednodušení a urychlení vzájemné komunikace. Jedná se o bezplatné elektronické předávání dat z formulářů „Přehled o platbě pojistného zaměstnavatele“ a „Hromadné oznámení zaměstnavatele“ formou přímé identifikace odesílatele, a to na vytvořeném portálovém řešení pojišťovny. V současné době je také vyřešeno a nabízeno zasílání „Přehledu o příjmech a výdajích OSVČ“ elektronickou formou. V roce 2009 se ZP MV ČR zaměří na další rozšíření E-komunikace.

Klientům starším 18 let je nabízena možnost náhledu na přehled vykázané zdravotní péče, přehled pojistných dob aj. v elektronické podobě. Klienti mohou využít této aplikace také pro své nezaopatřené rodinné příslušníky.

ZP MV ČR v současnosti připravuje zkušební provoz zasílání elektronických informací klientům, zaměstnavatelům, smluvním partnerům a ostatní veřejnosti. Zaregistrovaným subjektům budou na základě jejich specifikace zasílány aktuální informace z oblasti zdravotního pojištění.

ZP MV ČR bude posilovat a rozvíjet Centrum služeb, které v současnosti poskytuje informace především telefonickou a e-mailovou cestou. Klientům jsou poskytovány všeobecné informace z oblasti veřejného zdravotního pojištění, zprostředkování cestovního připojištění, nabídky rozšířené zdravotní péče apod. Dále jsou tímto pracovištěm poskytovány informace smluvním partnerům o možnosti využití zasílání výúčtování za poskytnutou zdravotní péči elektronickou cestou a zaměstnavatelům o možnosti elektronické komunikace. Další informační servis bude poskytován na internetových stránkách ZP MV ČR. Pokud plátcí tuto E-komunikaci nevyužívají, mají všechny potřebné tiskopisy k dispozici na internetových stránkách nebo v papírové podobě na každé pobočce.

V závislosti na očekávaných změnách v oblasti komerčního připojištění aktivně spolupracujeme na možnosti nabídnout klientům na pracovištích ZP MV ČR vybrané produkty jako je např. pojištění pro případ dlouhodobé pracovní neschopnosti, vyplácení dávky při pobytu v nemocnici apod. Cílem je především zajištění standardní výše příjmu našim klientům v případě jejich nepříznivé zdravotní situace.

ZP MV ČR se také zaměřuje na zvyšování kvality poskytovaných služeb na klientských pracovištích. Ve snaze o přiblížení se klientům je již v rámci každé pobočky využíváno minimálně jedno mobilní pracoviště. Cílem pojišťovny je navázat dlouhodobější spolupráci s vybraným retailovým obchodním partnerem a využít jeho prodejních míst, aniž by museli klienti navštívit samotné pracoviště ZP MV ČR.

Zajištění služeb plátcům pojistného je věnována v ZP MV ČR trvalá pozornost. Prvořadým zájmem zůstává zjednodušení a stále zkvalitňování způsobů komunikace mezi plátcí a pojišťovnou, zejména při plnění zákonem stanovených povinností plátců pojistného.

V roce 2009 bude ZP MV ČR na svých internetových stránkách pokračovat ve zveřejňování seznamů plátců pojistného s dluhem na zdravotním pojistném a penále vyšším než 100 000 Kč. Seznamy budou čtvrtletně aktualizovány u těch, kde dluh přetrvává.

Další informační servis bude zaměřen na zajištění dostupnosti informací souvisejících především s legislativními změnami ve zdravotním pojištění, a to prostřednictvím internetových stránek, Bulletinu ZP MV ČR, informačních kiosků a letáků.

Proto je také pro všechny klienty zřízena na internetových stránkách služba „Zasílání novinek“, kdy jim v případě zájmu budou informace zasílány na sdělené e-mailové adresy. Rovněž bude kladen velký důraz na kvalitní služby a informace poskytované plátcům prostřednictvím našich pracovníků na klientských centrech na jednotlivých pobočkách.

Záměry rozvoje informačního systému

ZP MV ČR bude v roce 2009 připravovat strategii rozvoje informačního systému na léta 2010 až 2012. V ní bude hlavní důraz kladen na prohloubení E-komunikace a oblast nových informačních technologií.

Během roku 2009 budou uskutečněny všechny potřebné změny tak, aby mohla být v tomto roce provedena výměna centrálních diskových systémů a souvisejících komponentů, které se dostaly na hranici své životnosti. S ohledem na rozsah a strukturu zpracovávaných dat bude postupně realizována v souladu s investičním plánem obnova dalších softwarových a hardwarových komponentů systému.

Budou realizovány všechny potřebné změny tak, aby byla zajištěna plná podpora úkolů vyplývajících z platné legislativy pro rok 2009 v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Ve vazbě na tuto legislativu bude pokračovat rozvoj manažerské nadstavby pro zpracování výstupů potřebných pro řízení.

Pojišťovna bude pokračovat v hledání nových cest v oblasti racionalizace pracovních postupů, v organizaci práce a ve způsobu nabízení služeb našim klientům. Zvláštní pozornost bude věnována těm oblastem, kde je možné použít moderní komunikační technologie, a to zejména při komunikaci se ZZ. Tato skutečnost bude jedním z hlavních faktorů při dalším rozvoji informačního systému.

Pojišťovna plánuje dokončit práce na modernizaci účetního systému. Budou zkvalitňovány a aktivně využívány internetové stránky pojišťovny jako významný komunikační prostředek s pojištěnci, smluvními partnery i ostatní veřejností.

V dalších aktivitách se pojišťovna zaměří zejména na počítačovou podporu činností v příjmové části vyplývajících ze zákona č. 182/2006 Sb., o úpadku a způsobech jeho řešení (insolvenční zákon), ve znění pozdějších předpisů.

ZP MV ČR bude pokračovat v rozšiřování využití informačních technologií s cílem zvýšit produktivitu prací v jednotlivých administrativních oblastech (např. rozšíření centrálního tisku dokumentů a jejich distribuce, scanování, elektronický oběh a elektronický archiv dokumentů, atd.).

3 POJIŠŤENCI

Tabulka ZPP 2009 Věk.strukt.poj.-17 „Věková struktura pojištěnců“ je uvedena v tabulkové příloze na str. 49.

Záměry vývoje struktury pojištěnců, resp. její stabilizace

Plán vývoje pojistného kmene a jeho struktury počítá z kvantitativního hlediska s určitou stabilizací a z hlediska kvalitativního s pokračováním dlouhodobých pohybů demografického původu. Kmen ZP MV ČR je dlouhodobě stabilní a ani v roce 2009 neočekáváme podstatné změny v jeho struktuře. Jeho vývoj největší měrou ovlivňují objektivní faktory nezávislé na pojišťovně a do velké míry ani na pojištěncích. Jde především o prodlužování střední délky života u žen i u mužů. S tím souvisí pozvolné přesouvání hlavních populačních vln do vyšších věkových skupin, které se projevuje i v pojistném kmeni, a vysoký nárůst počtů pojištěnců v nejvyšších věkových skupinách. Neméně významným faktorem je i narůstající porodnost, jež vede v posledních několika letech k neustálému zvyšování počtů pojištěnců v nejmladších věkových kategoriích.

Celkový nárůst průměrného počtu pojištěnců je plánován ve výši 2,2 % (viz ZPP 2009 Zuk-1) a nepředpokládá se, že by v nějaké věkové skupině došlo k poklesu počtu pojištěnců. Nejpočetnější zůstane v roce 2009 věková kategorie 30 až 35 let (109 812 pojištěnců), která se bude přesouvat do následující věkové kategorie 35 až 40 let. Proto se v ní také očekává nejvyšší přírůstek průměrného počtu pojištěnců (3 424 pojištěnců). Obdobně věková kategorie 55 až 60 let zůstane i v roce 2009 vrcholem starší populační vlny přesto, že vyšší přírůstky nastanou v následující věkové kategorii 60 až 65 let (2 594 pojištěnců).

Plánovaný vývoj počtu pojištěnců

Pojištěnci (osoby)	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/oč. skut. 2008
I. Pojištěnci			
Počet pojištěnců celkem k poslednímu dni sledovaného období	1 100 708	1 119 925	101,7
z toho: pojištěnci, za které je plátcem stát	578 972	587 736	101,5
Průměrný počet pojištěnců za sledované období	1 089 626	1 113 848	102,2
z toho: pojištěnci, za které je plátcem stát	573 949	585 269	102,0

Interní tabulka

4 ZÁKLADNÍ FOND ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Tabulka ZPP 2009 ZFZP-2 „Základní fond zdravotního pojištění“ je uvedena v tabulkové příloze na str. 21, tabulka ZPP 2009 léč.ciz.-14 „Náklady na léčení cizinců“ je uvedena v tabulkové příloze na str. 46.

4.1 ZÁMĚRY VÝVOJE HOSPODAŘENÍ ZFZP V ROCE 2009

Jak v očekávané skutečnosti roku 2008, tak i v plánu roku 2009 předpokládáme hospodaření s pokrytím všech závazků ve lhůtách splatnosti a zajištěním přidělů do ostatních fondů bez nutnosti čerpat úvěr.

Nárůst počtu pojištěnců k poslednímu dni sledovaného období zahrnutý v ZPP (meziročně o 1,7 %) je plánován v úrovni 54 % očekávané skutečnosti roku 2008 a je zohledněn v příjmech i nákladech na zdravotní péči.

V přepočtu na pojištěnce je plánován meziroční nárůst výběru pojistného o 4,7 %. V plánu přerozdělování pojistného kalkulujeme se záporným saldem – 890 mil. Kč vzhledem k úrovni příjmů a nákladovosti pojistného kmene.

V plánovaných nákladech na zdravotní péči jsou promítnuty vlivy připravovaných legislativních změn, které by měly nabýt účinnosti dnem 1. 1. 2009. Změny se týkají zákona o zdravotních službách, zákona o specifických zdravotních službách, zákona o zdravotnické záchranné službě a zákona, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zdravotnické záchranné službě (tzv. změnový zákon, který upravuje § 17 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále jen zákon č. 48/1997 Sb.), ve znění pozdějších předpisů). Rovněž je uvažováno o změně financování očkovacích látek pro pravidelné, zvláštní a mimořádné očkování (tj. povinné očkování) podle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, které jsou v současnosti hrazeny ze státního rozpočtu a měly by být hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Finanční dopad této změny je odhadován ve výši 60 mil. Kč.

V rámci plánu nákladů v roce 2009 byla zohledněna možnost navyšování minutových režii chirurgických autorských odborností.

Na náklady na zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění bude v roce 2009 mít vliv i pokračování nových přístupů k úhradám zdravotní péče poskytované pojištěncům ze ZFZP. Jedná se o projekt integrované zdravotní péče v rámci segmentu PL a PLDD s významným vlivem na segment AS. Dále je v rámci segmentu gynekologie připravována podpora preventivní zdravotní péče. Náklady na ústavní péči budou ovlivněny realizací nákupu zdravotní péče. Výši nákladů na zdravotní péči v rámci lůžkových ZZ ovlivní i projekt robotika.

Veškeré náklady na zdravotní péči budou však úzce spjaty se systémem kvality zdravotní péče.

Pro rok 2009 je předpokládána významná individualizace úhrad zdravotní péče související s restrukturalizací ZZ.

Uplatnění nákupu zdravotní péče je plánováno i v rámci ambulantních segmentů.

ZPP na rok 2009 předpokládá náklady na léčení cizinců v ČR 12,5 mil. Kč, tj. nárůst o 4,2 % (viz tab. ZPP 2009 – léč. ciz.-4).

V konkrétním číselném vyjádření je oblast nákladů v ZPP 2009 ovlivněna následujícími předpokládanými hodnotami dohadných položek:

- doplatky nákladů zdravotní péče roku 2008 realizované výdajově v roce 2009 jsou předpokládány v úrovni 369 mil. Kč,
- předpokládané doplatky nákladů zdravotní péče roku 2009 realizované výdajově v roce 2010 jsou predikovány ve výši 390 mil. Kč.

Rozložení pasivních dohadných položek v rámci segmentů v předpokládané celkové výši 390 mil. Kč jsou predikovány v následujících segmentech:

- PL a PLDD: 14,6 mil. Kč
- gynekologie: 24,9 mil. Kč
- rehabilitace: 4,0 mil. Kč
- komplement: 10,0 mil. Kč
- AS: 49,7 mil. Kč
- nemocnice: 242,0 mil. Kč
- OLÚ: 28,5 mil. Kč
- LDN: 11,3 mil. Kč
- OD č. 00005: 5,0 mil. Kč

Příděly do ostatních fondů vycházejí z hodnot propočtených dle vyhlášky MF 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 MF č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů“).

Příděl RF doplňuje tvorbu fondu z úroků kumulovaných prostředků na tomto fondu do výše dané limitem 1,5 % z průměrných ročních výdajů ZFZP za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky.

Maximální limit prostředků na provoz pojišťovny, uvedený v tab. ZPP 2009 – Zuk – 1, je vypočten podle § 7 vyhlášky MF č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Skutečný příděl PF není ani v očekávané skutečnosti roku 2008 ani v plánu na rok 2009 naplánován do maximální výše, ale část prostředků je ponechána již v úrovni plánu k využití pro úhrady zdravotní péče.

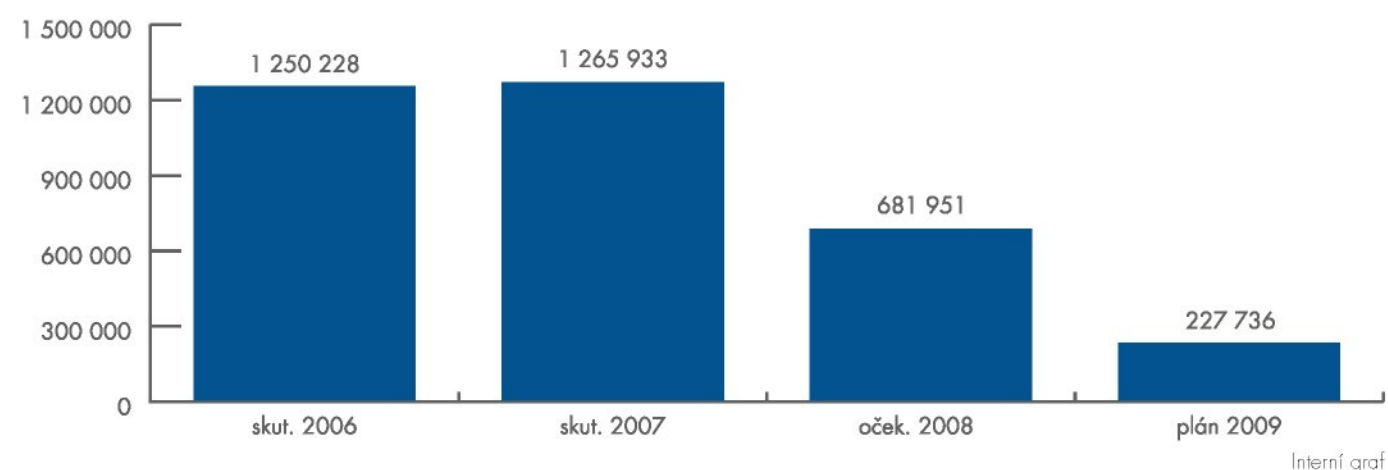
Převod prostředků pro tvorbu zdrojů úhrad rozšířené zdravotní péče je plánován ve výši penále, pokut a úroků, účtovaných prvotně na ZFZP.

Odpis dlužného pojistného včetně pokut a penále je prováděn v souladu s § 26c zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů“) a § 7 zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 563/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů“). Pro rok 2009 je plánován ve výši 53 mil. Kč.

Vzhledem k vývoji soudních sporů v době zpracování ZPP 2009 a předpokladu dalšího vývoje v problematice úhradové politiky předpokládáme snížení vytvořené rezervy na pasivní soudní spory o 1,8 mil. Kč.

Krytí nákladů příjmy ZFZP doplňuje tabulka ZPP 2009 Saldo P-N-2a, která je přiložena v tabulkové příloze na str. 25, zachycující saldo příjmů a nákladů (čerpání) ZFZP. Z oblasti nákladů (čerpání) jsou vyloučeny odpisy jako nefinanční tok. Saldo tak vyjadřuje míru krytí nákladů zdravotní péče a předpisů vnitřní tvorby ostatních fondů příjmy ZFZP. Vývoj salda je patrný z následujícího grafu:

Vývoj salda příjmů a nákladů (hodnoty v tis. Kč)

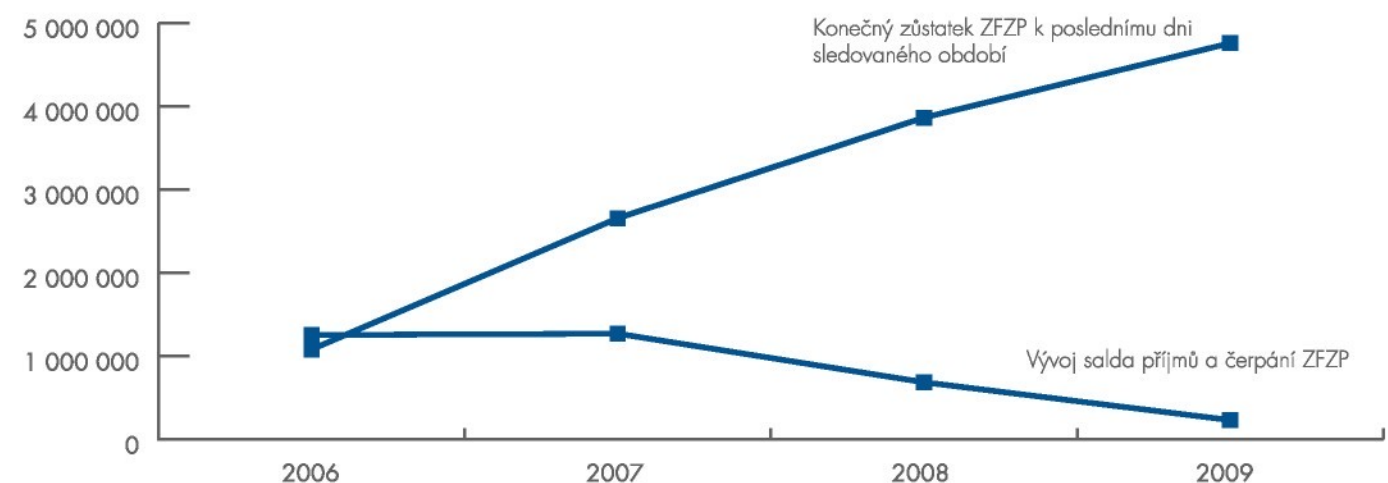


Ve vazbě na očekávané výše zmíněné důvody nárůstu nákladů a snížení dynamiky v oblasti růstu počtu pojištěnců o 54 %, v porovnání s rokem 2008, předpokládáme klesající trend salda.

Roky (tis. Kč)	2006	2007	2008	2009
Konečný zůstatek ZFZP k poslednímu dni sledovaného období	1 076 183	2 653 681	3 861 914	4 755 924
Vývoj salda příjmů a čerpání ZFZP	1 250 228	1 265 933	681 951	227 736

Interní tabulka

Vyjádření uvedených hodnot v grafu (hodnoty v tis. Kč):



4.2 TVORBA, PŘÍJMY ZFZP

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

Kontrolní činnost je nedílnou součástí celého systému výběru pojistného a jejím prostřednictvím bude ZP MV ČR zabezpečovat dohled nad plněním zákonných povinností plátců pojistného se snahou o zajištění maximálního výběru pojistného na veřejné zdravotní pojištění. Kontrolní činnost je plně podpořena informačním systémem se zavedenou a v celém rozsahu využívanou „Knihou pohledávek“, která kromě výběru dlužníků z programu „Vyhodnocování neplatičů“ umožňuje evidenci a zpracování kontrolních zpráv, evidenci správních řízení, konkurzních řízení, úhrad pojistného, penále a pokut a evidenci splátkových kalendářů. Běžně budou používány dva typy kontrol: průběžné (korespondenční) a fyzické.

Průběžné kontroly se budou u zaměstnavatelů shodně jako v předcházejících letech provádět při zjištění jakýchkoliv nesrovnalostí v informačním systému pojišťovny (např. chybějící měsíční přehledy o platbách, v počtu zaměstnanců uvedených v měsíčním přehledu o platbě pojistného a zaregistrovaných v evidenci ZP MV ČR atp.) a následně jim budou zasílány písemné výzvy k provedení nápravy nebo k vyjasnění zjištěných nesrovnalostí. Korespondenční kontroly budou používány ve většině případů i u kategorií OSVČ a osob bez zdanitelných příjmů, pouze ve složitějších případech bude přistoupeno k fyzické kontrole.

Základem fyzických kontrol je zjištění skutečného stavu u kontrolovaného plátce a jeho porovnání s údaji, které plátce vykázal za příslušné období. Vzhledem ke své náročnosti bude využívána v největší míře u kategorie plátců – zaměstnavatelé. V návaznosti na legislativní změny, které se v souvislosti s reformou veřejných financí dotkly zdravotního pojištění, např. v nové klasifikaci zaměstnance, budou kontroly zaměřeny zejména na ověření správnosti stanovení výše odvodu pojistného, plnění povinností zaměstnavatelů souvisejících s prováděním zdravotního pojištění (např. plnění oznamovací povinnosti, ve které došlo ke značnému rozšíření okruhu zaměstnanců). Jejich cílem je odstranění zjištěných závad a vypořádání přeplatků a nedoplatků vůči ZP MV ČR.

Dalším úkolem bude zajištění včasného vrácení přeplatku na zdravotním pojištění v případě odvodu zdravotního pojištění z částky přesahující maximální vyměřovací základ, který byl stanoven novou zákonnou úpravou od ledna roku 2008. Přeplatek bude vrácen na základě žádosti pojištěnce s tím, že bude provedena kontrola všech údajů uvedených v žádosti, zejména správnosti výpočtu přeplatku na pojistném a správnosti údajů na všech potvrzeních od zaměstnavatelů.

Významný vliv na kontrolní činnost mají i opatření, která jsou v ZP MV ČR přijímána k zajištění příjmů. V roce 2009 bude pokračovat zejména uplatnění opatření ke kontrole a vyhodnocování přehledů o platbách pojistného zaměstnavatelů, minimalizování stavu neidentifikovaných plateb a zvýšení počtu kontrol u všech kategorií plátců. Ve vhodných případech půjde o rozšíření využití vydávání výkazu nedoplatků a aktivní spolupráci s exekutory s cílem zajistit vymození maximálního objemu nedoplatků na zdravotním pojištění.

4.3 ČERPÁNÍ, VÝDAJE ZFZP

Čerpání a výdaje v očekávané skutečnosti roku 2008 a plánu roku 2009 nově ovlivňují vratky úhrad pojištěncům nad limit, neboť zdravotní pojišťovna je povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou překračuje součet započitatelných regulačních poplatků a doplatků za léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely limitní hodnotu 5 000 Kč. Dalšími významnými prvky ovlivňujícími kromě úhradových projektů ve vybraných segmentech čerpání roku 2009 je např. navýšení minutové režijní sazby s dopadem do nákladů AS a nemocnic nebo přesun úhrady očkování hrazeného ze státního rozpočtu do systému veřejného zdravotního pojištění. Významný dopad lze očekávat i v oblasti změn financování ZZS.

Ve ZPP 2009 se předpokládá 9,0% nárůst výdajů celkem v porovnání s očekávanou skutečností roku 2008, v přepočtu na pojištěnce to představuje meziroční nárůst ve výši 6,6 %. V plánovaných výdajích na zdravotní péči roku 2009 jsou promítnuty výdaje na doplatky zdravotní péče za rok 2008 ve výši 369 mil. Kč.

4.3.1 Smluvní politika ve vztahu ke zdravotnickým zařízením

Záměry vývoje smluvní politiky

Smluvní politika pojišťovny bude zaměřena na zajištění maximální kvality, dostupnosti a hospodárnosti při poskytování

zdravotní péče pojištěncům. Z tohoto pohledu budou individuálně posuzovány smluvní vztahy s partnery pojišťovny s cílem dosáhnout rovnováhy mezi nabídkou a poptávkou při poskytování zdravotní péče v regionech i jednotlivých odbornostech.

ZP MV ČR v roce 2009 posílí význam primární péče realizací projektů zaměřených na zdůraznění prevence a optimalizaci výdajů na zdravotní péči s cílem předcházet vzniku nemocí a zlepšovat zdravotní stav pojištěnců.

Reálnou skutečností je stárnutí populace a tomu ZP MV ČR přizpůsobí potřeby v síti ZZ z hlediska struktury odborností v ambulantní sféře a zaměření ústavní péče, které se soustředí zejména na posilování péče následné.

Pro rok 2009 je cílem zachování kvalitní a dostupné péče pro pojištěnce a zároveň udržení vyrovnané bilance mezi příjmy a výdaji pojišťovny.

Prioritou ZP MV ČR v oblasti smluvní politiky je nasmlouvání dostupné a kvalitní zdravotní péče pro pojištěnce prostřednictvím sítě ZZ za dohodnuté ceny.

Vytváření sítě ZZ je dlouhodobým dynamickým procesem, existující síť je neustále dotvářena a optimalizována.

Zajištění dostupnosti zdravotní péče v regionech působnosti

Optimalizace sítě ZZ se projeví v některých oblastech a odbornostech úpravou počtu stávajících smluvních ZZ. U ústavní péče bude pojišťovna usilovat o prosazení změny ve struktuře poskytované péče některých nemocnic, zejména se jedná o změnu kapacity některých odborných lůžkových oddělení akutních lůžkových ZZ na lůžka následné péče.

V procesu optimalizace sítě ZZ spolupracuje ZP MV ČR s odbornými společnostmi a kraji, se kterými chce definovat rozsah zdravotních služeb k naplnění zákonné povinnosti podle zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Důležitým faktorem při posuzování dostupnosti zdravotní péče bude i zajišťování zvláštní péče, odpovídající potřebám specifických skupin pojištěnců, které jsou s ohledem na charakter svého zaměstnání vystaveny zvýšené fyzické a psychické zátěži a častým stresovým situacím, příp. pracují ve zhoršeném pracovním prostředí.

V regionech s horší dostupností zdravotní péče bude vyvíjena snaha o zlepšení stavu, především ve sféře primární péče.

Síť smluvních zdravotnických zařízení

Tabulka ZPP 2009 sml. zař.-15 „Soustava smluvních zdravotnických zařízení“ je uvedena v tabulkové příloze na str. 47.

Stávající síť smluvních ZZ pokrývá celé území ČR a zajišťuje poskytování zdravotní péče všem pojištěncům ve všech segmentech a odbornostech. U ambulantních ZZ je plánován mírný nárůst počtu ZZ, z toho nejvíce v odbornosti domácí péče a ZZ komplementu. U lůžkových ZZ je plánován mírný pokles počtu nemocnic (řádek 2.1), zejména v důsledku slučování nemocnic, a nárůst počtu lůžkových ZZ následné péče (řádek 2.2 a 2.4). Do Krajské nemocnice a.s. Ústí nad Labem byly sloučeny: Masarykova nemocnice Ústí nad Labem, nemocnice Děčín, Chomutov, Most a Teplice. Dále došlo k navázání smluvního vztahu s Nemocnicí s poliklinikou Mělník, která se vyčlenila z Nemocnice Mladá Boleslav.

Dalším očekávaným změnám legislativy v oblasti veřejného zdravotního pojištění bude ZP MV ČR přizpůsobovat také pravidla a směr dalšího vývoje smluvní politiky.

Předpoklad – regulační mechanismy a řešení závazko-pohledávkového vztahu ke zdravotnickým zařízením

Regulační mechanismy v podmínkách ZP MV ČR vycházejí z ustanovení právních předpisů upravujících oblast úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění platných pro příslušné období.

V roce 2009 bude kladen důraz na optimální udržování růstu nákladů na zdravotní péči v rámci všech segmentů poskytovatelů zdravotní péče. V souvislosti s tím budou kromě jiného sledovány i náklady na léčiva, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči a v případě negativního vývoje budou důsledně uplatňovány regulační mechanismy u ambulantních ZZ i u ZZ ústavní zdravotní péče.

V segmentu ústavní péče budou pro optimalizaci platební bilance přijata následující opatření, a to zejména v rámci akutní lůžkové zdravotní péče:

- realizace nákupu zdravotní péče dle potřeb klientů ZP MV ČR,
- rosazování omezení úhrad limitací celkovým objemem, který by odpovídal nárůstu počtu ošetřených pojištěnců pojišťovny s případnou degresivní úhradou zdravotní péče nad stanovený limit,
- v rámci systému kvality péče sledování doby hospitalizace, provádění náročných operací, komplikací, reoperací,
- sledování a vyhodnocování mimořádně nákladné péče,
- analýzy činnosti center specializované péče ve vazbě na referenční období (spektrum léčených diagnóz, použitých léků).

Při řešení závazko-pohledávkového vztahu je pojišťovnou zasílána smluvním ZZ před uplatněním regulačních mechanismů tisková sestava – protokol o výsledku vyúčtování zdravotní péče za příslušné období, aby ZZ mělo možnost se k zjištěné

mu výsledku vyjádřit. Po vyřízení námitek se přistupuje k uplatnění vzájemně odsouhlasené srážky započtením vůči následujícímu běžnému vyúčtování. Bonifikace a doplatky jsou zasílány ZZ samostatnou zvláštní platbou.

Případné problémy budou řešeny v rámci individuálních jednání nebo v rámci předsmírčích a smírčích jednání.

4.3.2 Zdravotní politika

ZP MV ČR bude v oblasti způsobů a výše úhrad zdravotní péče v jednotlivých segmentech vycházet z § 17 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Pro rok 2009 je předpokládán i jiný způsob úhrady, který bude dohodnut v souladu se Smlouvou o poskytování a úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

V segmentu PL a PLDD bude ZP MV ČR v roce 2009 pokračovat v realizaci diferencované kombinované kapitačně-výkonové platby; v případě tzv. malých praxí, které nedosahují průměrného počtu registrovaných pojištěnců, diferencované kombinované kapitačně-výkonové platby s dorovnáním kapítace dle stanovených kritérií. Dále bude realizován systém integrované zdravotní péče.

V segmentech AS, rehabilitace, domácí péče a dopravy bude využíván výkonový způsob úhrad s objemovou limitací. V segmentu komplementu se předpokládá, že bude využit kromě výkonového i paušální způsob úhrady. V těchto segmentech bude využito objemové regulace s případnou možností degresivní úhrady zdravotní péče poskytnuté nad rámec stanoveného objemu.

Praktickým zubním lékařům bude pojišťovna hradit poskytnutou zdravotní péči podle dohodnutého ceníku standardní stomatologické péče.

V segmentu ústavní péče bude pojišťovna hradit poskytnutou zdravotní péči formou měsíčních předběžných úhrad s následným vyúčtováním. V případě lůžkových ZZ, u kterých nebude z objektivních důvodů (např. neexistence referenčního období, u nových kapacit nebo u ošetření statisticky nevýznamného počtu pojištěnců) možno stanovit měsíční předběžnou úhradu, bude využit výkonový způsob úhrady. Při financování akutní lůžkové zdravotní péče bude využíván i systém DRG.

V ostatních zařízeních, poskytujících lůžkovou zdravotní péči (OLÚ, LDN, ZZ vykazující OD č. 00005), bude pojišťovna využívat paušální sazby za jeden den hospitalizace.

Úhrada zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb bude realizována na základě zvláštní smlouvy uzavřené mezi pojišťovnou a zařízeními sociálních služeb na základě § 17a zákona č. 48/1997 Sb. ve znění pozdějších předpisů, v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Lázeňská péče bude hrazena podle smluvního ujednání mezi pojišťovnou a lázeňskými ZZ.

Nesmluvní zdravotní péče bude ZZ uhrazena podle pravidel stanovených ve vyhlášce MZ.

V rámci komplexního a operativního řešení platebních ujednání bude ZP MV ČR pokračovat v jednáních se smluvními partnery, se zástupci segmentů a odborných sdružení s ohledem na možnosti dané právními předpisy.

V souvislosti se zavedením regulačních poplatků (§ 16a zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů), které nejsou příjmem zdravotní pojišťovny, je predikce očekávané skutečnosti pro rok 2008 a plánu pro rok 2009 ve vybraných ukazatelích následující:

Očekávaná skutečnost pro rok 2008

- počet pojištěnců, kterým budou vráceny finanční prostředky nad limit 5 000,- Kč: 15 000 pojištěnců,
- celková částka, o kterou překračuje součet započitatelných regulačních poplatků a doplatků za léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely limit 5 000,- Kč: 20 mil. Kč,
- celková částka vybraná od pojištěnců ZZ za regulační poplatky: 580,9 mil. Kč,
- celková částka vybraná ZZ za započitatelné doplatky: 100,5 mil. Kč.

Odhad pro rok 2009

- počet pojištěnců, kterým budou vráceny finanční prostředky nad limit 5 000,- Kč: 20 000 pojištěnců,
- celková částka, o kterou překračuje součet započitatelných regulačních poplatků a doplatků limit 5 000,- Kč: 23 mil. Kč,
- celková částka vybraná od pojištěnců ZZ za regulační poplatky: 600,9 mil. Kč,
- celková částka vybraná ZZ za započitatelné doplatky: 120,5 mil. Kč.

4.3.3 Revizní a kontrolní činnost

V roce 2009 bude pokračovat prověřování personálního, věcného a technického vybavení ZZ s cílem zajištění poskytování kvalitní zdravotní péče pojištěncům ZP MV ČR.

Zásadou všech smluvních vztahů je úhrada poskytnuté zdravotní péče až po její důsledné revizi. Tímto opatřením se minimalizují situace, kdy byla poskytnutá péče ZZ uhrazena a následně krácena. K zajištění účelného a hospodárného vynakládání finančních prostředků ZFZP jsou využívány a uplatňovány všechny mechanismy kontrolní a revizní činnosti, a to jak prostřednictvím informačního systému, tak i vlastní činností RL, případně v kooperaci s odbornými konzultanty při posuzování a schvalování zdravotnických prostředků v rámci Poradní komise ředitele odboru zdravotnického ZP MV ČR.

Revizní činnost je důležitou součástí kontrolního systému ZP MV ČR a každoročně přináší významné úspory. Proto bude i v roce 2009 revizi vyúčtování věnována značná pozornost se zaměřením na všechny segmenty zdravotní péče, především však na ty, které jsou významné z hlediska nákladů na zdravotní péči, a to:

- ústavní péče,
- ambulantní péče,
- léčiva na recepty,
- ZUM,
- léčivé přípravky v centrech specializované péče.

Kromě vlastní počítačové revize směřují ke kontrole vyúčtování, a zejména k vyjasnění sporných otázek, i fyzické revize přímo v ZZ. Fyzické revize jsou směřovány zejména do těch ZZ, která vykazují nejvyšší náklady na srovnatelnou zdravotní péči. V roce 2009 se ZP MV ČR zaměří na zvýšení kvality fyzických revizí ve smyslu navýšení objemu revidovaných dat v kontrolovaných ZZ. Smyslem je zefektivnění revizní činnosti ZP MV ČR.

V roce 2009 se ZP MV ČR zaměří rovněž na důslednou kontrolu nákladného ZUM. Smyslem těchto kontrol bude ověřit, zda byl vykázaný ZUM skutečně použit při poskytování zdravotní péče pojištěncům ZP MV ČR, a výši jeho pořizovací ceny.

S ohledem na rozhodnutí SÚKL o výši a podmínkách úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely předpokládá pojišťovna také nárůst revizní činnosti související s kontrolou oprávněnosti předepisování léčiv v souladu s indikačními omezeními. Cílem kontrol je respektování stanovených podmínek a výše úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění předepisujícími ZZ, motivace ZZ k uvážlivé a ekonomicky přijatelné preskripci a udržení přiměřené úrovně celkových nákladů za léčiva.

Při posuzování a schvalování zdravotnických prostředků pojišťovna bude postupovat ve smyslu ustanovení § 15 odst. 8 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném od roku 2009. Současně bude pojišťovna pokračovat v upřednostňování přidělování repasovaných zdravotnických prostředků, především vozíků, které jsou finančně méně nákladné ve srovnání s novými zdravotnickými prostředky, a v důsledném posuzování nákladných zdravotnických prostředků, například protéz s bionickým kloubem.

Úkolem RL zůstává dohlížet na poskytování takové zdravotní péče každému jednotlivci, jakou vyžaduje jeho zdravotní stav, a to při minimálních finančních nákladech a zachování obecně uznávané kvality zdravotní péče.

Zdravotní pojišťovna bude i v roce 2009 evidovat skutečnosti rozhodné pro výpočet částky za započitatelné regulační poplatky a doplatky za léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely podle § 16a a 16b zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném od 1. 8. 2008 tak, aby mohla plnit povinnosti vyplývající z tohoto zákona, tj. uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou byl limit 5 000 Kč za kalendářní rok překročen.

4.3.4 Struktura nákladů na zdravotní péči v členění podle jednotlivých segmentů

Tabulka ZPP 2009 Nákl. zdr. p.-12 „Struktura nákladů na zdravotní péči podle jednotlivých segmentů“ je uvedena v tabulkové příloze na str. 42.

Tabulka ZPP 2009 Nákl. na 1 poj.-13 „Struktura nákladů na zdravotní péči podle jednotlivých segmentů v přepočtu na jednoho pojištěnce“ je uvedena v tabulkové příloze na str. 44.

Plán nákladů pro rok 2009 na zdravotní péči poskytnutou pojištěncům ZP MV ČR a hrazenou ze ZFZP je stanoven na základě kvalifikovaného odhadu potřeby zdravotní péče pro pojištěnce ZP MV ČR dle vývoje v minulých obdobích. Predikce je sestavena s ohledem na míru inflace, očekávaný nárůst počtu pojištěnců a avizované dopady připravované reformy zdravotnictví.

Celkové náklady na zdravotní péči jsou na rok 2009 plánovány ve výši 109,5 % očekávané skutečnosti roku 2008. Nárůst plánovaných celkových nákladů na jednoho pojištěnce činí 7,1 %. V nákladech na ambulantní zdravotní péči roku 2009 předpokládá ZP MV ČR nárůst o 12,2 %, v nákladech na ústavní péči nárůst o 9,5 % oproti očekávané skutečnosti roku 2008. Nárůst nákladů na léčiva vydaná na recepty je plánován ve výši 3,0 %.

Náklady na vrácení započitatelných regulačních poplatků a doplatků za léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely jsou uvedeny samostatně a jsou plánovány ve výši 23,0 mil. Kč.

5 OSTATNÍ FONDY

5.1 ZDRAVOTNÍ PÉČE HRAZENÁ Z FONDU PREVENCE

Tabulka ZPP 2009 prev. péče-16 „Náklady na preventivní péči čerpané z fondu prevence“ je uvedena v tabulkové příloze na str. 48.

Preventivní programy

Koncepce rozšířené zdravotní péče pro pojištěnce ZP MV ČR hrazené z Fprev pro rok 2009 vychází z těchto požadavků:

1. důsledně se zaměřit na léčebně-preventivní programy s cílem:
 - a. zlepšit zdravotní stav pojištěnců,
 - b. podchytit iniciační fáze závažných onemocnění (především onkologických a civilizačních),
 - c. minimalizovat negativní důsledky vrozených či prodělaných onemocnění nebo náročné léčby a přispět tak ke zlepšení kvality života,
 - d. podpořit preventivní prohlídky pojištěnců nehrazené z veřejného zdravotního pojištění,
 - e. předejít negativním důsledkům pracovního procesu na zdravotní stav zaměstnanců v zátěžových profesích a poskytnout jim příspěvek na zdůvodněný léčebně-preventivní postup (např. očkování), jestliže jsou vystaveni působení škodlivých či zdraví ohrožujících vlivů a přitom nejsou zařazeni mezi pracovníky v rizikových podmínkách,
2. podporovat dárcovství krve,
3. aktivně podporovat pojištěnce v péči o vlastní zdraví a tím preferovat zdravý způsob života.

Program rozšířené zdravotní péče o pojištěnce ZP MV ČR na rok 2009 je vypracován pro všechny věkové skupiny, je zaměřen na podporu zdraví a zdravého životního stylu, má motivovat pojištěnce k prevenci, která není hrazená z veřejného zdravotního pojištění.

Program rozšířené zdravotní péče pro specifické skupiny pojištěnců ohrožené charakterem vykonávané práce je sestaven tak, aby jednotlivé položky programu umožnily předcházet závažnému poškození zdraví, zejména v souvislosti s výkonem povolání (preventivní, očkovací, rehabilitačně-rekondiční aktivity, vitamínové programy).

Zdravotní program Klubu pojištěnců v rámci ZP MV ČR je koncipován k podpoře projektů vedoucích ke zlepšení péče o zdraví a zdravého způsobu života pojištěnců.

Nový program financovaný z Fprev bude podporovat projekt systému integrované zdravotní péče. Budou motivováni ti pojištěnci, kteří se do projektu aktivně zapojí.

Pro rok 2009 se plánuje navýšení nákladů na preventivní zdravotní péči o 7,7 % oproti očekávané skutečnosti roku 2008, které bude využito na podporu projektu integrované zdravotní péče a k posílení stávajících preventivních programů.

Stále vysoký trend pojišťovny v preventivní podpoře zdraví a zdravého způsobu života je dán nadále příznivým stavem Fprev. Programy podpory zdraví zapojují aktivně pojištěnce do péče o vlastní zdraví a zdravý životní styl a vytvářejí soubor stále se profilujících prvků k udržení tohoto životního stylu.

Aktivity v rámci zdravotní péče o pojištěnce ZP MV ČR na rok 2009 hrazené z Fprev jsou plánovány v souladu se zákonem č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Program zdravotní péče o pojištěnce hrazený z Fprev na rok 2009 je členěn do čtyř skupin:

- Program A – Program rozšířené péče o pojištěnce s věkovým limitem a dalšími podmínkami (např. dárce krve, očkování, atd.),
- Program B – Program rozšířené péče pro specifické skupiny pojištěnců ohrožené charakterem vykonávané práce,
- Program C – Klub pojištěnců – program pro pojištěnce ZP MV ČR pečující o své zdraví,

- Program D – Program na podporu projektu „Systém integrované zdravotní péče“.

ZP MV ČR na program rozšířené péče pro rok 2009 vyčlenila finanční částku ve výši 276,78 mil. Kč (po promítnutí zúčtování s pojištěnci), z čehož:

- 181,78 mil. Kč (tab. 16, ř. 1a + 2a) je určeno na Program A,
- 70 mil. Kč na Program B (tab. 16, ř. 1b + 2b),
- 15 mil. Kč na Program C,
- 10 mil. Kč na program D.

Tvorba a čerpání z fondu prevence

Tabulka ZPP 2009 Fprev-7 „Fond prevence“ je uvedena v tabulkové příloze na str. 38.

Zdroje fondu tvoří převod finančních prostředků ve výši úroků vytvářených využíváním volných finančních prostředků ZFZP a příjmů plynoucích z pokut a penále.

Tvorba Fprev je plánována v souladu s § 19 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Dalším plánovaným zdrojem jsou úhrady pojištěnců na příspěvkové preventivní programy (léčebně-ozdravné pobyty) a úroky z účtu Fprev.

Čerpání nákladů i výdaje Fprev jsou dány plánem preventivních programů na rok 2009 a celkem bez započtení spoluúčasti pojištěnců činí 280 mil. Kč (tabulka č. 7 ZPP 2009 – Fprev-7 „Fond prevence“ část A ř. III. 1 a B ř. III. 1).

Pořízení cenných papírů z prostředků Fprev není v roce 2009 plánováno.

5.2 PROVOZNÍ FOND

Tabulka ZPP 2009 PF-3 „Provozní fond“ je uvedena v tabulkové příloze na str. 27.

Záměry v oblasti zhospořádání provozu pojišťovny

Provoz pojišťovny je dlouhodobě plánován i realizován s maximální úsporností. O této skutečnosti svědčí zvyšující se kladný zůstatek PF. V roce 2009 budou dodržovány nastavené mechanismy zajišťující úsporný režim čerpání PF osvědčené v předchozích letech.

Úsporný režim hospodaření umožňuje nevyužívání maximálních limitů přidělů PF a ponechání části prostředků ve prospěch úhrad zdravotní péče.

Tvorba PF je v plánu roku 2009 kryta přidělem ze ZFZP ve výši 735 mil. Kč za dodržení maximálního limitu, daného § 7 vyhlášky MF č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Úroky jsou plánovány s ohledem na průběžně vyšší zůstatky účtu PF.

Skutečný meziroční nárůst nákladů PF mezi roky 2007 a 2006 činil 15,8 %, pro rok 2009 je plánovaný nárůst nákladů v porovnání s očekávanou skutečností roku 2008 16,8 %. Vyšší podíl čerpání je dán zejména:

- vlivem růstu cen energií a paliv s dopadem do zboží a služeb,
- předpokládaným nárůstem nákladů na CMÚ v souvislosti s avizovaným podílem na elektronizaci výměny dat (z 2,8 na 3,5 mil. Kč),
- z důvodu rozšíření pracovišť zdravotní pojišťovny na základě pronájmu části prostor ve významných obchodních lokalitách byly podstatně navýšeny OON (z 5,5 mil. Kč na 7,9 mil. Kč), čímž se předpokládá zlepšení služeb a dostupnosti zdravotní pojišťovny pro pojištěnce.

V rámci ostatních provozních nákladů uváděných na řádce III 1.16. jsou významněji navýšeny náklady na:

- nájemné (ředitelství bude působit v r. 2009 v pronajatých prostorách a dále pronájem pro nová TP) (navýšení ze 4,8 mil. Kč na 26 mil. Kč),
- opravy a udržování v souvislosti s předpokládanými úpravami a opravami na pobočkách a TP (z 19 na 49 mil. Kč),
- pořízení majetku (zejména plánované pořízení a obměna nábytku a vybavení) (ze 7,8 na 16 mil. Kč).

Navýšení mzdových nákladů pro rok 2009 je ovlivněno naplánováním 4,5 mil. Kč na zajištění případných úhrad nemocenské podpory zaměstnavatelem. Základní meziroční nárůst mezd bez započtení podílu na nemocenskou činí 3,0 %, po započtení této částky do celkových mzdových nákladů roku 2009 činí celkový nárůst 4,9 %.

Plán čerpání mzdových nákladů dále vychází ze skutečnosti, že zdravotní pojišťovna plánuje snížení počtu zaměstnanců na 639.

OON jsou v plánu roku 2009 navýšeny proti očekávané skutečnosti roku předcházejícího v důsledku očekávaného vyššího podílu dohod o pracovní činnosti zejména při zajišťování funkce nově zřizovaných mobilních pracovišť a pronajatých prostor pro TP.

V položce ostatních závazků je plánován v roce 2009 nárůst o 38,7 %, který je dán zejména předpokladem zvýšených nákladů na nájemné, služby, opravy a udržování, spojené s přestěhováním ředitelství do pronajatých prostor a s plánovaným zahájením rekonstrukce původní budovy ředitelství.

Významnou položkou čerpání provozních prostředků jsou i náklady na marketing a reklamu. Ty jsou meziročně plánovány bez jakéhokoli nárůstu v částce 50 mil. Kč.

Příděl do SF je plánován v souladu s vyhláškou MF č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů, ve výši 2,0 % mzdových nákladů bez OON.

Výdaje PF v oblasti přídělu do FRM jsou proti údaji uvedenému v části čerpání navýšeny o podíl odpisů z OZdČ, které jsou zároveň z OZdČ převedeny do příjmů PF a uvedeny na zvláštním nečíslovaném řádku tabulky. Na zvláštním řádku příjmů je rovněž uvedeno ostatní finanční vyrovnání podílu nákladů OZdČ.

5.3 MAJETEK POJIŠŤOVNY A INVESTICE

Tabulka ZPP 2009 FRM-4 „Fond reprodukce majetku“ je uvedena v tabulkové příloze na str. 31.

Investiční záměry pojišťovny

Reprodukce majetku je pro rok 2009 zaměřena do oblastí, kterými jsou postupně vytvářeny podmínky pro další rozvoj ZP MV ČR.

Jedná se zejména o aktivity, které povedou především ke zlepšení podmínek pro klienty, zlepšení pracovních podmínek zaměstnanců, zvýšení úrovně bezpečnosti osob a technické úrovně vybavení pojišťovny. K nejvýznamnějším akcím v roce 2009 bude patřit:

- zahájení přestavby objektu ředitelství,
- částečná obnova autoparku,
- komplexní bezpečnost a ochrana ZP MV ČR,
- poutače, značení a inventář,
- rekonstrukce teras budovy pobočky Ústí nad Labem,
- klimatizace budov poboček Ústí nad Labem, Brno a Ostrava,
- zhotovení parkovací plochy včetně kanalizace u budovy pobočky Hradec Králové.

Rozvoj informačního systému a pořízení nové výpočetní techniky probíhá postupně podle aktuálních požadavků a plánu dlouhodobé obnovy této techniky. Plánovaným cílem je zajištění efektivního provozu informačního systému v požadované kvalitě, rychlosti a bezpečnosti.

Základním zdrojem FRM je v letech 2008 i 2009 příděl z PF ve výši odpisů z majetku ve vlastnictví pojišťovny. Z PF se převádí celková částka odpisů, včetně podílu odpisů z OZdČ. Dalším zdrojem FRM jsou úroky získané z uložení volných finančních prostředků fondu.

Čerpání fondu vyplývá ze záměrů reprodukce majetku uvedených v předchozím textu. Položky plánu reprodukce majetku na rok 2009 jsou schvalovány Správní radou ZP MV ČR. Celkový objem schválených prostředků na přestavbu objektu ředitelství, která proběhne v roce 2009 a 2010, je rozložen úměrně předpokládanému čerpání a v plánu roku 2009 je zahrnut podíl 70 mil. Kč z celkových 136 mil. Kč.

Zůstatek finančních prostředků ve FRM spolu s plánovanou tvorbou v plánu roku 2009 plně pokrývají požadavky na čerpání podle plánu reprodukce majetku.

5.4 SOCIÁLNÍ FOND

Tabulka ZPP 2009 SF-5 „Sociální fond“ je uvedena v tabulkové příloze na str. 33.

Zdroje SF jsou plánovány v souladu s § 4 vyhlášky MF č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a to ve výši 2,0 % z ročního objemu nákladů zúčtovaných na mzdy bez OON. Dalším zdrojem SF jsou splátky návratných půjček poskytovaných zaměstnancům pojišťovny v souladu s platnou kolektivní smlouvou, plánované v obvyklé výši. Méně významnou položku tvorby představují úroky z bankovního účtu SF.

Čerpání SF je v rámci uvedených zdrojů upraveno kolektivní smlouvou a představuje zdroj příspěvků na sociální program, zejména příspěvků na stravování zaměstnanců a k poskytování bezúročných půjček zaměstnancům. Ze SF jsou dále financovány sociální výpomoci, příspěvky při narození dítěte atp. Plán předpokládá průběžné čerpání a zálohovou tvorbu s ročním zúčtováním na konci účetního období. Položky čerpání SF mohou být dále upřesněny novou kolektivní smlouvou pro rok 2009, která v době sestavení plánu není k dispozici.

5.5 REZERVNÍ FOND

Tabulka ZPP 2009 RF-6 „Rezervní fond“ je uvedena v tabulkové příloze na str. 35.

Tvorba RF je dána objemem prostředků k dorovnání jeho předepsané výše, která je plánována v zákonem stanovené výši 1,5 % průměrných ročních výdajů ZFZP za předchozí tři kalendářní roky.

Kromě přídělu ze ZFZP do výše zákonného limitu je RF vytvářen prostředky z úroků vlastního účtu. Čerpání i výdaje RF jsou plánovány pouze na bankovní poplatky – jiné čerpání RF nepřichází v roce 2009 v úvahu.

Po připsání úroků došlo v prosinci 2007 ve finanční části tabulky VZ 2007-RF-6 k mírnému překročení předepsaného limitu o 987 tis. Kč. Finanční prostředky nad stanovený limit byly v roce 2008 převedeny zpět na ZFZP. Tato skutečnost byla promítnuta na zvláštním řádku ZPP 2009 v očekávané skutečnosti roku 2008.

Pořízení cenných papírů ani jejich přecenění není pro rok 2009 plánováno.

5.6 OSTATNÍ ZDAŇOVANÁ ČINNOST

Tabulka ZPP 2009 OZdČ-8 „Ostatní zdaňovaná činnost“ je uvedena v tabulkové příloze na str. 41.

Plánované výnosy OZdČ pojišťovny vycházejí především z plánu výnosů z pronájmu nevyužitých provozních prostor a plánu provizí z pojistných smluv na cestovní připojištění.

Náklady jsou dány zejména podílem odpisů majetku využívaného k OZdČ (u částečných pronájmů kalkulovaných podílem pronajaté podlahové plochy).

V oblasti komerčního připojištění a dalších aktivit se vychází z pravidelně aktualizované kalkulace podílu nákladů. Takto se do plánu promítá odpovídající podíl mezd, odvodů a ostatních nákladů, zahrnujících podíl spotřeby pro OZdČ. Ostatní náklady obsahují náklady na služby, materiál, poštovné atp. Úhrady faktur, daní a poplatků probíhají průběžně přímo z prostředků OZdČ. V oblasti finančních toků plán zahrnuje vnitřní převody finančních prostředků ve výši podílu čerpání OZdČ vůči PF, což je patrné na nečíslovaných řádcích příjmů PF. Podíl odpisů je následně v souladu s předpisy převeden sumárně za PF i OZdČ ve prospěch FRM.

Pořízení cenných papírů v oblasti OZdČ ani jejich přecenění není pro rok 2009 plánováno.

5.7 SPECIFICKÉ FONDY

Specifické fondy ZP MV ČR nevytváří.

6 PŘEHLED ZÁKLADNÍCH EKONOMICKÝCH UKAZATELŮ

Tabulka ZPP 2009 Zuk-1 „Přehled základních ukazatelů o činnosti zdravotní pojišťovny“ je uvedena v tabulkové příloze na str. 19.

Pro rok 2009 je plánován růst počtu pojištěnců ve vazbě na předpokládaný stav trhu a předpokládaný vývoj konkurenčního prostředí. Meziročně plán předpokládá nárůst počtu pojištěnců k 31. 12. 2009 o 1,7 %, tj. pouze 54 % nárůstu očekávané skutečnosti stavu pojištěnců v roce 2008.

Stav dlouhodobého majetku je očekáván mírně rostoucí a změny jeho celkové výše vyplývají ze záměrů reprodukce majetku uváděných v části 5.3 ZPP. Finanční investice pro rok 2009 nejsou plánovány.

I přes plánovaný další nárůst počtu pojištěnců není plánován nárůst počtu zaměstnanců, naopak v důsledku restrukturalizace některých činností předpokládáme snížení přepočteného počtu zaměstnanců k 31. 12. 2009 na 639.

Z propočtu maximálního limitu nákladů na činnost zdravotní pojišťovny a skutečného přidělu je patrné, že jak v roce 2008, tak i v plánu roku 2009 nebude plně využito maximálního limitu pro přiděl PF. Úspora provozních nákladů bude použita k úhradám zdravotní péče.

V očekávané skutečnosti roku 2008 ani v roce 2009 se nepředpokládají ani neplánují k závěrkovému dni žádné závazky po lhůtě splatnosti vůči ZZ. Vývoj pohledávek i závazků nevykazuje žádné významné výkyvy a plánovaný mírný nárůst odpovídá sníženému růstovému trendu počtu pojištěnců a předpokládanému růstu nákladů.

Závazky vyplývající z předpokládaného uplatnění dohadných položek pasivních se jak v očekávané skutečnosti roku 2008, tak i v plánu roku 2009 výrazně neliší.

V očekávané skutečnosti roku 2008 se předpokládají dohadné položky pasivní ve výši 369 mil. Kč a pro rok 2009 jsou plánovány ve výši 390 mil. Kč.

7 ZÁVĚR

ZPP na rok 2009 je koncipován tak, aby zdroje plně pokryly výdaje bez nutnosti čerpat úvěr. Plánované celkové příjmy ZFZP 20,5 mld. Kč a výdaje 19,6 mld. Kč v oblasti ZFZP odpovídají předpokládanému vývoji a predikci makroekonomických ukazatelů pro rok 2009.

Plán počtu pojištěnců vykazuje snižující se trend a meziroční nárůst k 31. 12. 2009 se předpokládá 1,7 %.

Je plánováno snížení přepočteného počtu zaměstnanců k 31. 12. 2009 ze 641 na 639. Úspora bude kompenzována přeskupením vybraných činností, případně zvýšenou technickou podporou vykonávaných činností.

Rozšířená zdravotní péče hrazená z FP je významným stabilizujícím prvkem a prostředkem k podpoře zdravého způsobu života pojištěnců. V roce 2009 je plánováno vyčerpat na zdravotní programy rozšířené péče 280 mil. Kč.

Revizní činnost v oblasti vyúčtování zdravotní péče a systém kontrol plátců pojistného musí zajistit optimální náklady zdravotní péče poskytované pojištěncům a důsledný výběr pojistného pro zajištění dostatečných zdrojů.

ZPP 2009 je zpracován na základě komplexní analýzy předpokládaného vývoje v oblasti zdravotního pojištění ve společnosti a jsou v něm vytvořeny předpoklady pro další progresivní růst ZP MV ČR. Plánované zůstatky jednotlivých fondů jsou dostatečným zdrojem rezerv pro pokrytí neočekávaných výkyvů.

Předkládá: Ing. Jaromír Gajdáček, Ph.D.
generální ředitel ZP MV ČR

TABULKOVÁ PŘÍLOHA

ZPP 2009 ZUK-1 PŘEHLED ZÁKLADNÍCH UKAZATELŮ O ČINNOSTI ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Tabulka je přílohou k textu na str. 17.

Ř. číslo	Ukazatel	Měr. jedn.	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
I. Pojištěnci					
1	Počet pojištěnců celkem k poslednímu dni sledovaného období	osob	1 100 708	1 119 925	101,7
1.1	z toho: státem hrazení	osob	578 972	587 736	101,5
2	Průměrný počet pojištěnců za sledované období	osob	1 089 626	1 113 848	102,2
2.1	z toho: státem hrazení	osob	573 949	585 269	102,0
II. Ostatní ukazatele					
3	Stav dlouhodobého majetku včetně poskytovaných záloh pořízený k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	619 642	706 037	113,9
4	Stav dlouhodobého majetku, včetně poskytovaných záloh pořízený za sledované období	tis. Kč	45 000	133 395	296,4
	v tom:				
4.1	majetek na vlastní činnost	tis. Kč	45 000	133 395	296,4
4.2	ostatní majetek	tis. Kč	0	0	0,0
5	Stav finančních investic k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	0	0	0,0
5.1	z toho vázáno v dceřiné společnosti		0	0	0,0
6	Finanční investice pořízené za sledované období	tis. Kč	0	0	0,0
6.1	z toho: vázáno v dceřiné společnosti		0	0	0,0
7	Přijaté bankovní úvěry celkem (tj. bez údajů na řádcích 10 a 13)	tis. Kč	0	0	0,0
	v tom:				
7.1	dlouhodobé	tis. Kč	0	0	0,0
7.2	krátkodobé	tis. Kč	0	0	0,0
8	Splátky bankovních úvěrů krátkodobých i dlouhodobých celkem	tis. Kč	0	0	0,0
9	Nesplacený zůstatek bankovních úvěrů k poslednímu dni sledovaného období celkem	tis. Kč	0	0	0,0
10	Přijaté návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu ve sledovaném období	tis. Kč	0	0	0,0
11	Splácení návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu ve sledovaném období	tis. Kč	0	0	0,0
12	Nesplacený zůstatek návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	0	0	0,0
13	Přijaté finanční dary a nenávratné dotace	tis. Kč	0	0	0,0
14	Přepočtený počet zaměstnanců k poslednímu dni sledovaného období	osob	641	639	99,7
15	Průměrný přepočtený počet zaměstnanců	osob	639	639	100,0

ZPP 2009 ZFZP-2 ZÁKLADNÍ FOND ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Tabulka je přílohou k textu na str. 7.

Ř. číslo	Ukazatel	Měr. jedn.	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
16	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)	%	3,65	3,65	100,0
17	Rozvrhová základna pro propočet přidělu do provozního fondu	tis. Kč	19 094 291	20 413 685	106,9
18	Maximální limit nákladů na činnost propočtený z dosažené rozvrhové základny	tis. Kč	696 942	745 100	106,9
19	Skutečný přiděl ze ZFZP do provozního fondu	tis. Kč	649 000	735 000	113,3
	III. Závazky a pohledávky				
20	Závazky celkem k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	1 690 000	1 791 000	106,0
	v tom:				
20.1	závazky vůči zdravotnickým zařízením ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	1 610 000	1 710 000	106,2
20.2	závazky vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti	tis. Kč	0	0	0,0
20.3	ostatní závazky ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	80 000	81 000	101,3
20.4	ostatní závazky po lhůtě splatnosti	tis. Kč	0	0	0,0
21	Pohledávky celkem k poslednímu dni sledovaného období	tis. Kč	2 818 246	2 991 081	106,1
	v tom:				
21.1	pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	1 518 289	1 610 000	106,0
21.2	pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti	tis. Kč	1 252 000	1 330 000	106,2
21.3	pohledávky za zdravotnickými zařízeními ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	27 880	30 000	107,6
21.4	pohledávky za zdravotnickými zařízeními po lhůtě splatnosti	tis. Kč	67	70	104,5
21.5	ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti	tis. Kč	20 000	21 000	105,0
21.6	ostatní pohledávky po lhůtě splatnosti	tis. Kč	10	11	110,0
22	Dohadné položky pasivní	tis. Kč	369 000	390 000	105,7
23	Dohadné položky aktivní	tis. Kč	0	0	0,0

	Doplňující údaje k řádkům 1, 2, 5 a 6.				
k 1.1	z toho pojištěnci ze zemí Evropské unie	osob	270	290	107,4
k 2.1	z toho pojištěnci ze zemí Evropské unie	osob	265	280	105,7
k 5	z toho ve Fondu majetku (FM)	tis. Kč	0	0	0,0
k 6	z toho ve Fondu majetku (FM)	tis. Kč	0	0	0,0

ZPP 2009 Zuk – 1

Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 313/2008 Sb., kterou se mění vyhláška č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, ve znění vyhlášky č. 183/2007 Sb.

A.	Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP)	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
	Tvorba a čerpání ve sledovaném období	tis. Kč	tis. Kč	%
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	3 971 568	4 884 838	123,0
II.	Tvorba celkem = zdroje	19 518 410	20 855 953	106,9
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech včetně dohadných položek	20 037 710	21 453 803	107,1
	z toho:			
1.1	dohadné položky k pojistnému podle § 1 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování +/- podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	-811 000	-890 000	0,0
2.1	Pojistné z veř. zdrav. pojištění po přerozdělování (ř. 1 + ř. 2) podle §§ 20, 21a zák. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů a podle § 1 odst. 1 písm. a + b + c) vyhlášky o fondech	19 226 710	20 563 803	107,0
3	Penále, pokuty a přírázky k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech, včetně dohadných položek	100 000	110 000	110,0
	z toho:			
3.1	dohadné položky	0	0	0,0
4	Náhrady škod podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech	48 000	49 000	102,1
5	Úroky získané hospodařením se ZFZP podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	132 600	120 000	90,5
6	Ostatní pohledávky podle § 1 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
7	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. i) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
8	Převod zůstatku ZFZP v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. j) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
9	Pohledávky za zahraniční pojišťovnou podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech za uhrazenou zdravotní péči zdravotnickým zařízením za cizí pojištěnce na základě mezinárodních smluv	10 000	12 000	120,0
10	Pohledávky za zahraniční pojišťovnou za paušální platbu na cizí pojištěnce podle nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72	1 100	1 150	104,5
11	Kladné kursové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
12	Dar určený dárce pro ZFZP, nebo pokud nebyl dárce určen účel daru, podle § 1 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů:	18 605 140	20 371 449	109,5
1	Závazky za zdravotní péči včetně korekcí a revizí a úhrad jiným zdravotním pojišťovnám podle § 1 odst. 4 písm. a), odst. 4 písm. b), odst. 4 písm. d) a odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech včetně dohadných položek	17 645 565	19 321 274	109,5
	z toho:			
1.1	závazky za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v cizině podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech	22 900	23 000	100,4

A.	Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP)	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
	Tvorba a čerpání ve sledovaném období	tis. Kč	tis. Kč	%
1.2	dohadné položky k závazkům podle § 1 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech vztahující se k § 1 odst. 4 písm. a) vyhlášky o fondech	369 000	390 000	105,7
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 4 písm. f) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
3	Předpis přidělů do jiných fondů (3.1+3.2+3.3 +3.4)	872 175	957 628	109,8
	v tom:			
3.1	do rezervního fondu podle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech	6 075	8 128	133,8
3.2	do provozního fondu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	649 000	735 000	113,3
3.3	do fondu prevence podle § 1 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech	217 100	214 500	98,8
3.4	Mimořádný převod do provozního fondu – pouze Vojenská zdravotní pojišťovna ČR podle § 1 odst. 4 písm. l) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
4.	Odpis pohledávek podle § 1 odst. 5 vyhlášky o fondech	52 900	53 000	100,2
5.	Snížení základního fondu o částky penále, pokut a přirážek, které byly prominuty nebo sníženy na základě rozhodnutí o odstranění tvrdosti podle § 53a zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, podle § 1 odst. 6 vyhlášky o fondech	0	3 000	0,0
6.	Závazky vyplývající z poskytnutí zdravotní péče fakturované tuzemskými zdravotnickými zařízeními za cizí pojištěnce včetně výsledků revize podle § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech s výjimkou plateb vykázaných paušálem na ř. 7	12 000	12 500	104,2
7.	Závazky vůči zahraniční pojišťovně z titulu paušální platby za pojištěnce dané zdravotní pojišťovny podle nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72	500	800	160,0
8.	Bankovní poplatky za vedení účtu ZFZP a další poplatky podle § 1 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech	22 000	25 000	113,6
9.	Záporné kursové rozdíly podle § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
10.	Rezervy na pravomocně neskončené soudní spory podle § 1 odst. 4 písm. m) vyhlášky o fondech	0	-1 753	0,0
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	4 884 838	5 369 342	109,9

B.	Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP)	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
	Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 1 odst. 7 vyhlášky o fondech	tis. Kč	tis. Kč	%
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	2 653 681	3 861 914	145,5
II.	Příjmy celkem:	19 234 191	20 543 185	106,8
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	19 777 291	21 164 685	107,0
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování +/- podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	-811 000	-890 000	0,0
2.1	Pojistné z veř. zdrav. pojištění po přerozdělování (ř. 1 + ř. 2) podle §§ 20, 21a zák. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů a podle § 1 odst. 1 písm. a + b) vyhlášky o fondech	18 966 291	20 274 685	106,9
3	Penále, pokuty a přirážky k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	84 500	94 500	111,8
4	Náhrady škody podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech	43 500	44 500	102,3
5	Úroky získané hospodařením podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	132 600	120 000	90,5
6	Ostatní příjmy podle § 1 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
7	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. i) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
8	Příjem zůstatku v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. j) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
9	Příjem od zahraniční pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech za uhrazenou zdravotní péči zdravotnickým zařízením za cizí pojištěnce na základě mezinárodních smluv	7 000	9 000	128,6
10	Příjem paušální platby na cizí pojištěnce od zahraniční pojišťovny podle nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72	300	500	166,7
11	Kladné kursové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
12	Dar určený dárce pro ZFZP, nebo pokud nebyl dárce určen účel daru podle § 1 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
13	Příjem úvěru na posílení ZFZP	0	0	0,0
14	Příjem návratných finančních výpomocí na posílení ZFZP	0	0	0,0
III.	Výdaje celkem:	18 025 958	19 649 175	109,0
1	Výdaje za zdravotní péči včetně korekcí a revizí a úhrad jiným zdravotním pojišťovnám podle § 1 odst. 4 písm. a), odst. 4 písm. b) a odst. 4 písm. d) vyhlášky o fondech	17 115 000	18 654 000	109,0
	z toho:			
1.1	výdaje za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v cizině podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech	22 900	23 000	100,4
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 4 písm. f) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
3	Příděly do jiných fondů (3.1 + 3.2 + 3.3 + 3.4)	872 175	957 628	109,8
	v tom:			
3.1	do rezervního fondu podle § 1 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech	6 075	8 128	133,8
3.2	do provozního fondu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	649 000	735 000	113,3

ZPP 2009 SALDO P-N-2A SALDO PŘÍJMŮ A NÁKLADŮ NA ZFZP

Tabulka je přílohou k textu na str. 9.

B.	Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP)	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
	Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 1 odst. 7 vyhlášky o fondech	tis. Kč	tis. Kč	%
3.3	do fondu prevence podle § 1 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech	217 100	214 500	98,8
3.4	Mimořádný převod do provozního fondu – pouze Vojenská zdravotní pojišťovna ČR podle § 1 odst. 4 písm. l) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
4	Výdaje za poskytnutou zdravotní péči fakturovanou tuzemským zdravotnickým zařízením za cizí pojištěnce včetně výsledků revize podle § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech – s výjimkou plateb vykázaných paušálem na ř. 5	12 000	13 000	108,3
5	Úhrada paušální platby za pojištěnce dané zdravotní pojišťovny do ciziny podle nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72	500	1 300	260,0
6	Bankovní poplatky za vedení účtu základního fondu a další poplatky podle § 1 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech	22 000	25 000	113,6
7	Záporné kursové rozdíly podle § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
8	Splátky úvěrů na posílení ZFZP	0	0	0,0
9	Splátky návratných finančních výpomocí na posílení ZFZP	0	0	0,0
10	Převod peněžní hotovosti na zvláštní bankovní účet rezervy v případě tvorby rezervy podle § 1 odst. 4) písm. m) vyhlášky o fondech	4 283	-1 753	-40,9
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	3 861 914	4 755 924	123,1

Zvl. účet	Finanční hotovost na zvláštním bankovním účtu rezervy na krytí rezervy podle § 1 odst. 7 vyhlášky o fondech	4 283	2 530	59,1
--------------	---	-------	-------	------

C.	Specifikace ukazatele B II 1)	tis. Kč	tis. Kč	%
1	Příjmy z pojistného od zaměstnavatelů	18 465 491	19 766 495	107,0
2	Příjmy z pojistného od osob samostatně výdělečně činných	1 200 000	1 283 000	106,9
3	Příjmy z pojistného od ostatních plátců (osob bez zdanitelných příjmů + případné další platby veřejného zdravotního pojištění)	110 000	113 190	102,9
4	Neidentifikovatelné platby od různých typů plátců	1 800	2 000	111,1
5	Součet řádků C ř. 1 až C ř. 4=B II ř. 1)	19 777 291	21 164 685	107,0

ZPP 2009 ZFZP – 2

Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 313/2008 Sb., kterou se mění vyhláška č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, ve znění vyhlášky č. 183/2007 Sb.

B.	Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP)	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
	Příjmy ve sledovaném období podle § 1 odst. 7 vyhlášky o fondech	tis. Kč	tis. Kč	%
I.	Příjmy celkem:	19 234 191	20 543 185	106,8
1	Pojistné z veřejného zdravotního pojištění podle § 1 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	19 777 291	21 164 685	107,0
2	Peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělování +/- podle § 1 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	-811 000	-890 000	0,0
2.1	Pojistné z veř. zdrav. pojištění po přerozdělování (ř. 1 + ř. 2) podle §§ 20, 21 a zák. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů a § 1 odst. 1 písm. a + b) vyhlášky o fondech	18 966 291	20 274 685	106,9
3	Penále, pokuty a přírázky k pojistnému podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	84 500	94 500	111,8
4	Náhrady škody podle § 1 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech	43 500	44 500	102,3
5	Úroky získané hospodařením podle § 1 odst. 2 nebo 3 vyhlášky o fondech	132 600	120 000	90,5
6	Ostatní příjmy podle § 1 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
7	Převody z jiných fondů v souladu s § 1 odst. 1 písm. i) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
8	Příjem zůstatku v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. j) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
9	Příjem od zahraniční pojišťovny podle § 1 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech za uhrazenou zdravotní péči zdravotnickým zařízením za cizince na základě mezinárodních smluv	7 000	9 000	128,6
10	Příjem paušální platby za cizí pojištěnce od zahraniční pojišťovny podle Nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72	300	500	166,7
11	Kladné kursové rozdíly podle § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
12	Dar určený dárce pro ZFZP, nebo pokud nebyl dárce určen účel daru podle § 1 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech	0	0	0,0

ZPP 2009 PF-3 PROVOZNÍ FOND

Tabulka je přílohou k textu na str. 15

A.	Základní fond zdravotního pojištění (ZFZP)	Rok 2008 očekávaná skutečnost tis. Kč	Rok 2009 ZPP tis. Kč	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
II.	Čerpání (Náklady) celkem :	18 552 240	20 315 449	109,5
1.	Závazky za zdravotní péči včetně korekcí a revizí a úhrad jiným zdravotním pojišťov- nám podle § 1 odst. 4 písm. a), 4 písm. b) a 4 písm. d) vyhlášky o fondech včetně dohadných položek	17 645 565	19 321 274	109,5
	z toho:			
1.1	závazky za léčení pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v cizině podle § 1 odst. 4 písm. b) vyhlášky o fondech	22 900	23 000	100,4
1.2	dohadné položky k závazkům podle § 1 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech vztahující se k § 1 odst. 4 písm. a) vyhlášky o fondech	369 000	390 000	105,7
2	Úroky z úvěrů podle § 1 odst. 4 písm. f) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
3	Předpis přidělů do jiných fondů (3.1 + 3.2 + 3.3 +3.4)	872 175	957 628	109,8
	v tom:			
3.1	do rezervního fondu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	6 075	8 128	133,8
3.2	do provozního fondu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	649 000	735 000	113,3
3.3	do fondu prevence podle § 1 odst. 4 písm. k) vyhlášky o fondech	217 100	214 500	98,8
3.4	Mimořádný převod do provozního fondu – pouze Vojenská zdravotní pojišťovna ČR podle § 1 odst. 4 písm. l) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
4	Závazky vyplývající z poskytnutí zdravotní péče fakturované tuzemskými zdravotnický- mi zařízeními za cizince, včetně výsledků revize podle § 1 odst. 4 písm. c) vyhlášky o fondech s výjimkou plateb vykázaných paušálem na ř. 5	12 000	12 500	104,2
5	Závazky vůči zahraniční pojišťovně z titulu paušální platby za pojištěnce dané zdra- votní pojišťovny podle Nařízení Rady EHS 1408/71 a 574/72	500	800	160,0
6	Bankovní poplatky za vedení účtu ZFZP a další poplatky podle § 1 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech	22 000	25 000	113,6
7	Záporné kurzové rozdíly podle § 1 odst. 4 písm. h) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
8	Rezervy na pravomocně neskončené soudní spory podle § 1 odst. 4 písm. m) vyhlášky o fondech	0	-1 753	0,0
III.	Saldo příjmů a nákladů ZFZP (I. Příjmy celkem - II. Čerpání celkem)	681 951	227 736	33,4

ZPP 2009 Saldo P – N – 2a

Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 313/2008 Sb., kterou se mění vyhláška č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, ve znění vyhlášky č. 183/2007 Sb.

A.	Provozní fond (PF)	Rok 2008 očekávaná skutečnost tis. Kč	Rok 2009 ZPP tis. Kč	ZPP 2009/ oč. skut. 2008 %
	Tvorba a čerpání ve sledovaném období			
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	570 289	680 885	119,4
II.	Tvorba celkem = zdroje	672 250	756 592	112,5
1	Předpis přidělu podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech ze základního fondu zdravotního pojištění, stanovený podle § 7 odst. 1 a 2 vyhlášky o fondech	649 000	735 000	113,3
2	Předpis přidělu z fondu reprodukce majetku ve výši schválené Správní radou podle § 3 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
3	Předpis převodu prostředků PF v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 3 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
4	Pohledávka z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku podle § 3 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech	2 150	100	4,7
5	Předpis mimořádného přidělu Vojenské zdravotní pojišťovny ČR převodem ze základ- ního fondu zdravotního pojištění	0	0	0,0
6	Předpis úroků vztahujících se k PF podle § 3 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech	21 100	21 492	101,9
7	Předpis smluvních pokut z porušení smluvního vztahu ke zdravotnickým zařízením podle § 3 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
8	Kladné rozdíly z ocenění cenných papírů pořízených z PF na reálnou hodnotu podle § 3 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
9	Kladné kurzové rozdíly související s PF podle § 3 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
10	Ostatní pohledávky vztahující se k PF podle § 3 odst. 2 písm. j) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
11	Pohledávky Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR podle § 3 odst. 3 vyhlášky o fon- dech	0	0	0,0
12	Předpis daru určeného výlučně pro PF podle § 3 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
13	Zisk z prodeje cenných papírů PF podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech	0	0	0,0
14	Zisk z držby cenných papírů z PF podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech	0	0	0,0
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů:	561 654	656 236	116,8
1	Členění závazků zdravotní pojišťovny v oblasti provozní činnosti – podle § 3 vyhláš- ky o fondech	556 974	651 323	116,9
1.1	v tom: mzdy bez ostatních osobních nákladů	233 244	244 655	104,9
1.2	ostatní osobní náklady	5 500	7 900	143,6
1.3	pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění	21 319	22 592	106,0
1.4	pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení	61 600	65 285	106,0
1.5	odměny členům správní, dozorčí rady a rozhodčímu orgánu	2 100	2 600	123,8
1.6	úroky	0	0	0,0
1.7	podíl úhrad za služby Centra mezistátních úhrad	2 800	3 500	125,0

A.	Provozní fond (PF)	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
	Tvorba a čerpání ve sledovaném období	tis. Kč	tis. Kč	%
1.8	podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za služby Informačního centra	655	695	106,1
1.9	podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za vedení centrálního registru	2 800	3 000	107,1
1.10	záporné kurzové rozdíly související s PF	1	1	100,0
1.11	úhrady poplatků	3 200	3 500	109,4
1.12	závazky k úhradě pokut a penále podle § 3 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
1.13	úhrada zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora zaměstnanecké zdravotní pojišťovny podle § 3 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
1.14	prostředky vynaložené zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou na nákup metodik od VZP ČR podle § 3 odst. 3) vyhlášky o fondech	55	60	109,1
1.15	podíl odpisů hmotného a nehmotného majetku vztahený k PF	38 000	40 000	105,3
1.16	ostatní závazky celkem	185 700	257 535	138,7
1.1.16	z toho: za služby související s rozvojem informační infrastruktury systému	2 800	2 900	103,6
2	Předpis zákonné výše přidělu do sociálního fondu podle § 3 odst. 4 písm. b) a podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	4 665	4 893	104,9
3	Předpis přidělu do rezervního fondu zdravotního pojištění podle § 3 odst. 4 písm. c) a podle § 2 odst. 5 vyhlášky o fondech	0	0	0,0
4	Předpis přidělu do fondu reprodukce majetku podle § 3 odst. 4 písm. d) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
5	Předpis přidělu do základního fondu zdravotního pojištění podle rozhodnutí správní rady podle § 3 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
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	15	20	133,3
7	Záporné rozdíly z ocenění cenných papírů pořízených z prostředků PF na reálnou hodnotu podle § 3 odst. 4 písm. g) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
8	Ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků PF podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech	0	0	0,0
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	680 885	781 241	114,7

B.	Provozní fond (PF)	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
	Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 3 vyhlášky o fondech	tis. Kč	tis. Kč	%
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	616 534	728 288	118,1
II.	Příjmy celkem:	681 301	765 771	112,4
1	Příděl podle § 1 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech ze ZFZP, stanovený podle § 7 odst. 1 a 2 vyhlášky o fondech	649 000	735 000	113,3
2	Příděl z fondu reprodukce majetku ve výši schválené Správní radou podle § 3 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
3	Převod prostředků PF v případě sloučení nebo splynutí zdravotní pojišťovny podle § 3 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
4	Příjmy z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku podle § 3 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech	2 150	100	4,7
5	Mimořádný příděl Vojenské zdravotní pojišťovny ČR převodem ze ZFZP	0	0	0,0
6	Příjem úroků vztahujících se k PF podle § 3 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech	21 100	21 492	101,9
7	Příjem smluvních pokut z porušení smluvního vztahu ke zdravotnickým zařízením podle § 3 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
8	Kladné kurzové rozdíly související s PF podle § 3 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
9	Ostatní příjmy vztahující se k PF podle § 3 odst. 2 písm. j) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
10	Příjmy Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR podle § 3 odst. 3 vyhlášky o fondech	0	0	0,0
11	Příjem daru určeného výlučně pro PF podle § 3 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
12	Příjem zálohy včetně konečného zúčtování na úhradu podílu části režijních výdajů a ostatní zdaňované činnosti	0	0	0,0
13	Zisk z prodeje cenných papírů podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech	0	0	0,0
14	Zisk z držby cenných papírů podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech	0	0	0,0
15	Prodej cenných papírů oceněný účetní hodnotou prodaných cenných papírů	0	0	0,0
	Příjem podílu odpisů OZdČ	7 000	7 000	100,0
	Příjem ročního finančního vyrovnání podílu OZdČ	2 051	2 179	106,2
III.	Výdaje celkem:	569 547	662 331	116,3
1	Členění výdajů v rámci provozní činnosti podle na § 3 vyhlášky o fondech	519 867	610 418	117,4
	v tom:			
1.1	mzdy bez ostatních osobních nákladů	234 763	246 269	104,9
1.2	ostatní osobní náklady	5 500	7 900	143,6
1.3	pojistné za zaměstnance na zdravotní pojištění	21 339	22 611	106,0
1.4	pojistné za zaměstnance na sociální zabezpečení	61 700	65 382	106,0
1.5	odměny členům správní, dozorčí rady a rozhodčímu orgánu	2 100	2 600	123,8
1.6	úroky	0	0	0,0
1.7	podíl úhrad za služby Centra mezistátních úhrad	2 800	3 500	125,0
1.8	podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za služby Informačního centra	655	695	106,1
1.9	podíl úhrad zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za vedení centrálního registru	2 800	3 000	107,1

ZPP 2009 FRM-4 FOND REPRODUKCE MAJETKU

Tabulka je přílohou k textu na str. 16.

B.	Provozní fond (PF)	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
	Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 3 vyhlášky o fondech	tis. Kč	tis. Kč	%
1.10	záporné kurzové rozdíly související s PF	1	1	100,0
1.11	úhrady poplatků	3 200	3 500	109,4
1.12	úhrady pokut a penále podle § 3 odst. 4 písm. i) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
1.13	úhrada zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora zaměstnanecké zdravotní pojišťovny podle § 3 odst. 4 písm. j) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
1.14	prostředky vynaložené zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou na nákup metodik od VZP ČR podle § 3 odst. 3) vyhlášky o fondech	55	60	109,1
1.15	úhrady prostředků vynaložených VZP ČR podle § 3 odst. 5 vyhlášky o fondech	0	0	0,0
1.16	ostatní výdaje	184 954	254 900	137,8
1.16.1	z toho: za služby související s rozvojem informační infrastruktury systému	2 800	2 900	103,6
2	Příděl do sociálního fondu podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	4 665	4 893	104,9
3	Příděl do rezervního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 5 vyhlášky o fondech	0	0	0,0
4	Příděl do fondu reprodukce majetku podle § 3 odst. 4 písm. d) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
5	Příděl do základního fondu zdravotního pojištění podle rozhodnutí SR podle § 3 odst. 4 písm. e) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
6	Příděl do fondu reprodukce majetku ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou podle § 3 odst. 4 písm. l) vyhlášky o fondech	15	20	133,3
7	Příděl do fondu reprodukce majetku ve výši celkových odpisů včetně zůstatkové hodnoty podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	45 000	47 000	104,4
8	Zúčtování zálohy Vojenskou zdravotní pojišťovnou ČR na vedení specifických fondů	0	0	0,0
9	Zúčtování zálohy na podíl režijních výdajů souvisejících s ostatní zdražovanou činností	0	0	0,0
10	Ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků PF podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech	0	0	0,0
11	Nákup cenných papírů z finančních prostředků PF podle § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech	0	0	0,0
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	728 288	831 728	114,2

C	Doplňující informace k oddílu B – podle ustanovení § 3 odst. 7 vyhlášky o fondech	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
		tis. Kč	tis. Kč	%
1	Stav cenných papírů k 1. 1. ve sledovaném období	0	0	0,0
2	Stav cenných papírů k poslednímu dni sledovaného období	0	0	0,0

ZPP 2009 PF – 3

Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 313/2008 Sb., kterou se mění vyhláška č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, ve znění vyhlášky č. 183/2007 Sb.

A.	Fond reprodukce majetku (FRM)	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
	Tvorba a čerpání ve sledovaném období	tis. Kč	tis. Kč	%
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	321 590	333 299	103,6
II.	Tvorba celkem = zdroje	56 715	53 120	93,7
1	Předpis FRM přidělem z provozního fondu ve výši odpisů podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	45 000	47 000	104,4
2	Předpis přidělu z provozního fondu ve výši schválené Správní radou podle § 6 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
3	Úroky z běžného účtu FRM podle § 6 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech	11 700	6 100	52,1
4	Dar určený dárce na posílení FRM podle § 6 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
5	Příděl ze zisku po zdanění podle § 6 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
6	Zůstatek z FRM sloučené, nebo splynuté zdravotní pojišťovny podle § 6 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
7	Účelová dotace ze státního rozpočtu podle § 6 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
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	15	20	133,3
9	Kladné kurzové rozdíly vztahující se k FRM podle § 6 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů:	45 006	133 401	296,4
1	Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh podle § 6 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech	45 000	133 395	296,4
2	Splátky úroků z úvěrů podle § 6 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
3	Bankovní a poštovní poplatky podle § 6 odst. 3 písm. d) vyhlášky o fondech	6	6	100,0
4	Příděl do provozního fondu se souhlasem Správní rady podle § 6 odst. 3 písm. c) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
5	Záporné kurzové rozdíly podle § 6 odst. 3 písm. e) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
6	Závazky k úhradě zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 6 odst. 3 písm. f) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	333 299	253 018	75,9

ZPP 2009 SF-5 SOCIÁLNÍ FOND

Tabulka je přílohou k textu na str. 16.

B.	Fond reprodukce majetku (FRM)	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
	Příjmy a výdaje ve sledovaném období podle § 6 odst. 4 vyhlášky o fondech	tis. Kč	tis. Kč	tis. Kč
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	325 759	337 468	103,6
II.	Příjmy celkem:	56 715	53 120	93,7
1	Příděl z běžného účtu provozního fondu ve výši odpisů podle § 6 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	45 000	47 000	104,4
2	Příděl z běžného účtu provozního fondu ve výši schválené Správní radou podle § 6 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
3	Úroky z běžného účtu FRM podle § 6 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech	11 700	6 100	52,1
4	Dar určený dárce na posílení FRM podle § 6 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
5	Příděl ze zisku po zdanění podle § 6 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
6	Převod zůstatku běžného účtu FRM v případě sloučení nebo splnutí zdravotní pojišťovny podle § 6 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
7	Účelová dotace ze státního rozpočtu podle § 6 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
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)	15	20	133,3
9	Kladné kurzové rozdíly vztahující se k FRM podle § 6 odst. 2 písm. i) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
10	Příjem úvěrů na posílení FRM	0	0	0,0
III.	Výdaje celkem:	45 006	133 401	296,4
1	Pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně záloh podle § 6 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech	45 000	133 395	296,4
2	Splátky úroků z úvěrů podle § 6 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
3	Úhrady bankovních a poštovních poplatků podle § 6 odst. 3 písm. d) vyhlášky o fondech	6	6	100,0
4	Příděl na běžný účet PF se souhlasem správní rady podle § 6 odst. 3 písm. c) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
5	Záporné kurzové rozdíly podle § 6 odst. 3 písm. e) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
6	Úhrada zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 6 odst. 3 písm. f) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
7	Splátky úvěrů vztahujících se k tomuto fondu (s vazbou na § 6 odst. 3 písm. b) vyhlášky o fondech)	0	0	0,0
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	337 468	257 187	76,2

ZPP 2009 FRM – 4

Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 313/2008 Sb., kterou se mění vyhláška č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, ve znění vyhlášky č. 183/2007 Sb.

A.	Sociální fond	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
	Tvorba a čerpání ve sledovaném období	tis. Kč	tis. Kč	%
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	1 996	2 146	107,5
II.	Tvorba celkem = zdroje	5 985	6 278	104,9
1	Předpis přídělu z provozního fondu podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	4 665	4 893	104,9
2	Úroky z běžného účtu SF podle § 4 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech	70	85	121,4
3	Předpis ostatních příjmů podle § 4 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
4	Předpis přídělu ze zisku po zdanění ze zdaňované činnosti podle § 4 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
5	Převod zůstatku SF, v případě sloučení nebo splnutí zdravotní pojišťovny, podle § 4 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
6	Splátky z půjček zaměstnancům podle § 4 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech	1 250	1 300	104,0
7	Kladné kurzové rozdíly související se SF podle § 4 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
8	Dary určené dárce do SF podle § 4 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů podle § 4 odst. 3 písm. a)	5 835	7 118	122,0
1	Předpisy snížení zdrojů podle § 4 odst. 3 vyhlášky o fondech (1.1 + 1.2)	5 810	7 092	122,1
	v tom:			
1.1	půjčky	1 200	1 250	104,2
1.2	ostatní čerpání	4 610	5 842	126,7
2	Bankovní (poštovní) poplatky	25	26	104,0
3	Záporné kurzové rozdíly	0	0	0,0
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	2 146	1 306	60,9

ZPP 2009 RF-6 REZERVNÍ FOND

Tabulka je přílohou k textu na str. 17.

B.	Sociální fond (SF)	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
	Příjmy a výdaje ve sledovaném období v souladu s § 4 odst. 4 vyhlášky o fondech	tis. Kč	tis. Kč	%
I.	Počáteční zůstatek k 1.1. ve sledovaném období	1 913	2 063	107,8
II.	Příjmy celkem:	5 985	6 278	104,9
1	Příděl z běžného účtu PF podle § 4 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	4 665	4 893	104,9
2	Úroky z běžného účtu SF podle § 4 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech	70	85	121,4
3	Ostatních příjmů podle § 4 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
4	Přídělu ze zisku po zdanění ze zdaňované činnosti podle § 4 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
5	Převod zůstatku běžného účtu SF, v případě sloučení nebo splnutí zdravotní pojišťovny, podle § 4 odst. 2 písm. h) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
6	Splátky z půjček zaměstnancům podle § 4 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech	1 250	1 300	104,0
7	Kladné kurzové rozdíly související se SF podle § 4 odst. 2 písm. f) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
8	Dary určené dárce do SF podle § 4 odst. 2 písm. g) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
III.	Výdaje celkem: podle § 4 odst. 3 písm. a) vyhlášky o fondech	5 835	7 118	122,0
1	Výdaje podle § 4 odst. 3 vyhlášky o fondech (1.1 + 1.2)	5 810	7 092	122,1
	v tom:			
1.1	půjčky	1 200	1 250	104,2
1.2	ostatní výdaje	4 610	5 842	126,7
2	Bankovní (poštovní) poplatky	25	26	104,0
3	Záporné kurzové rozdíly související se SF	0	0	0,0
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	2 063	1 223	59,3

C	Doplňující informace k oddílu B	tis. Kč	tis. Kč	%
1	Stav půjček zaměstnancům k 1. 1. ve sledovaném období	1 233	1 183	95,9
2	Stav půjček zaměstnancům k poslednímu dni sledovaného období	1 183	1 133	95,8

ZPP 2009 SF – 5

Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 313/2008 Sb., kterou se mění vyhláška č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, ve znění vyhlášky č. 183/2007 Sb.

A.	Rezervní fond (RF)	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
	Tvorba a čerpání ve sledovaném období	tis. Kč	tis. Kč	%
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	220 188	234 261	106,4
II.	Tvorba celkem = zdroje	14 075	16 528	117,4
1	Převod ze základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	6 075	8 128	133,8
2	Úroky z běžného účtu RF podle § 2 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech	8 000	8 400	105,0
3	Dary určené dárce do RF podle § 2 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
4	Zisk z prodeje cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
5	Zisk z držby cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
6	Převod zůstatku RF v případě sloučení nebo splnutí zdravotní pojišťovny podle § 2 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
7	Kauce žadatele podle § 2 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
8	Kladné rozdíly z ocenění cenných papírů pořízených z prostředků RF na reálnou hodnotu podle § 2 odst. 1 písm. d) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů:	2	3	150,0
1	Příděl z RF do základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
2	Poplatky za vedení běžného účtu RF a poplatky za poštovní služby související s RF podle § 2 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech	2	3	150,0
3	Ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků RF podle § 2 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
4	Závazky k úhradě zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 2 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
5	Záporné hodnoty z ocenění cenných papírů pořízených z prostředků RF podle § 2 odst. 2 písm. d) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	234 261	250 786	107,1

B.	Rezervní fond (RF)	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
	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	221 175	234 261	105,9
II.	Příjmy celkem:	14 075	16 528	117,4
1	Převod z běžného účtu základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 1 písm. b) vyhlášky o fondech	6 075	8 128	133,8
2	Úroky z běžného účtu RF podle § 2 odst. 1 písm. e) vyhlášky o fondech	8 000	8 400	105,0
3	Dary určené dárce do RF podle § 2 odst. 1 písm. f) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
4	Zisk z prodeje cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
5	Zisk z držby cenných papírů podle § 2 odst. 1 písm. c) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
6	Převod zůstatku běžného účtu RF v případě sloučení nebo splnutí zdravotní pojišťovny podle § 2 odst. 1 písm. g) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
7	Kauce žadatele podle § 2 odst. 1 písm. a) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
8	Prodej cenných papírů oceněný účetní hodnotou prodaných cenných papírů			0,0
III.	Výdaje celkem:	989	3	0,3
1	Příděl z běžného účtu RF na běžný účet základního fondu zdravotního pojištění podle § 2 odst. 2 písm. a) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
2	Poplatky za vedení běžného účtu RF a poplatky za poštovní služby související s RF podle § 2 odst. 2 písm. b) vyhlášky o fondech	2	3	150,0
3	Ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků RF podle § 2 odst. 2 písm. c) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
4	Závazky k úhradě zdravotní péče z rozhodnutí likvidátora podle § 2 odst. 2 písm. e) vyhlášky o fondech	0	0	0,0
5	Nákup cenných papírů z finančních prostředků RF	0	0	0,0
	Vyrovnání předepsaného limitu	987	0	0,0
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni vykazovaného období = I + II - III	234 261	250 786	107,1

C	Doplňující informace k oddílu B	tis. Kč	tis. Kč	%
1	Stav cenných papírů k 1. 1. sledovaného období	0	0	0,0
2	Stav cenných papírů k 31. 12. sledovaného období	0	0	0,0

Doplňující tabulka: Propočet limitu RF				
Rok	Propočtová základna pro výpočet limitu přidělu do RF	tis. Kč	tis. Kč	
2005		14 720 997		
2006		15 479 938	15 479 938	
2007		16 651 292	16 651 292	
2008			18 025 958	
	Průměrné roční výdaje ZFZP za bezprostředně předcházející uzavřené 3 kalendářní roky	15 617 409	16 719 063	
	Průměrné roční výdaje ZFZP za bezprostředně předcházející uzavřené 3 kalendářní roky 2005, 2006, 2007 – 1,5% z průměru	234 261	x	
	Výpočet limitu = 1,5 % z propočtených průměrných výdajů ZFZP – na základě roků 2006, 2007, 2008	x	250 786	

ZPP 2009 RF – 6

Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 313/2008 Sb., kterou se mění vyhláška č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, ve znění vyhlášky č. 183/2007 Sb.

ZPP 2009 FPREV-7 FOND PREVENCE

Tabulka je přílohou k textu na str. 15.

A.	Fond prevence (Fprev)	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
	Tvorba a čerpání ve sledovaném období	tis. Kč	tis. Kč	%
I.	Počáteční zůstatek k 1. 1. ve sledovaném období	202 303	169 273	83,7
II.	Tvorba celkem = zdroje	227 500	225 460	99,1
1	Zdroje podle zákona č. 551/1991 Sb. a č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů	217 100	214 500	98,8
	v tom:			
1.1	příděl ze zisku po zdanění	0	0	0,0
1.2	podíl podle § 19 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů	217 100	214 500	98,8
1.3	podíl podle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů	0	0	0,0
2	Úroky vytvořené na bankovním účtu Fprev	7 600	7 700	101,3
3	Ostatní (např. dary)	0	0	0,0
4	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů	2 800	3 260	116,4
III.	Čerpání celkem = snížení zdrojů:	260 530	280 590	107,7
1	Preventivní programy	260 000	280 000	107,7
2	Úroky z úvěrů na posílení Fprev	0	0	0,0
3	Ostatní (bankovní poplatky)	500	550	110,0
4	Odpis penále, přírůžek a pokut k pojistnému, které byly zdrojem Fprev	0	0	0,0
5	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů	30	40	133,3
6	Snížení fondu o částky penále, pokut a přírůžek na základě rozhodnutí o odstranění tvrdosti podle § 53a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů	0	0	0,0
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	169 273	114 143	67,4

B.	Fond prevence (Fprev)	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
	Příjmy a výdaje ve sledovaném období	tis. Kč	tis. Kč	%
I.	Počáteční zůstatek k 1.1. ve sledovaném období	215 131	182 101	84,6
II.	Příjmy celkem:	227 500	225 460	99,1
1	Příjmy finančních prostředků na základě zákona č. 551/1991 Sb. a zák. č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů	217 100	214 500	98,8
	v tom:			
1.1	příděl ze zisku po zdanění	0	0	0,0
1.2	podíl podle § 19 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů	217 100	214 500	98,8
1.3	podíl podle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů	0	0	0,0
2	Úroky vytvořené na bankovním účtu Fprev	7 600	7 700	101,3
3	Ostatní (dary)	0	0	0,0
4	Příjem úvěru na posílení Fprev	0	0	0,0
5	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů	2 800	3 260	116,4
III.	Výdaje celkem:	260 530	280 590	107,7
1	Výdaje na preventivní programy	260 000	280 000	107,7
2	Úroky z úvěrů	0	0	0,0
3	Ostatní (bankovní poplatky)	500	550	110,0
4	Splátky úvěru	0	0	0,0
5	Zúčtování s pojištěnci s vazbou na vyúčtování preventivních programů	30	40	133,3
IV.	Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období = I + II - III	182 101	126 971	69,7

ZPP 2009 OZDČ-8 OSTATNÍ ZDAŇOVANÁ ČINNOST

Tabulka je přílohou k textu na str. 17.

C	Doplňující údaje k oddílu A a B	vazba na Fprev	informativně	Skladba ř. A II 1
		sl. 1	sl. 2	sl. 3=1+2
		tis. Kč	převod	celkem
			ze ZFZP	
I.	Struktura přidělu do Fprev za tu část přidělu, která není prováděna převodem ze ZFZP	0	217 100	217 100,0
1	K odd. A/ II = součet položek 1 až 4	0		
2	Předpisy úhrad pokut a penále včetně dohadných položek	0		
3	Předpisy úhrad přírůžek k pojistnému	0		
4	Předpisy pokut zdravotnickým zařízením	0		
		sl. 1	sl. 2	Skladba ř. B II 1
		tis. Kč	převod	sl. 3=1+2
II.	K odd. B/ II = součet položek 1 až 4	0	217 100	217 100,0
1	Příjmy z pokut a penále	0		
2	Příjmy z přírůžek k pojistnému	0		
3	Příjmy z pokut zdravotnickým zařízením	0		
4	Příjmy z úroků ZFZP (pokud je zdravotní pojišťovna účtuje přímo na Fprev)	0		

D	Doplňující údaje k oddílu A a B	vazba na Fprev	informativně
		sl. 1	sl. 2
		tis. Kč	převod
	Struktura přidělu do Fprev za tu část přidělu, která není prováděna převodem ze ZFZP		ze ZFZP
I.	K odd. A/ II = součet položek 1 až 4	0	214 500
1	Předpisy úhrad pokut a penále včetně dohadných položek	0	
2	Předpisy úhrad přírůžek k pojistnému	0	
3	Předpisy pokut zdravotnickým zařízením	0	
4	Předpisy úroků ZFZP (pokud je zdravotní pojišťovna účtuje přímo na Fprev)	0	
		sl. 1	sl. 2
		tis. Kč	převod
II.	K odd. B/ II = součet položek 1 až 4	0	214 500
1	Příjmy z pokut a penále	0	
2	Příjmy z přírůžek k pojistnému	0	
3	Příjmy z pokut zdravotnickým zařízením	0	
4	Příjmy z úroků ZFZP (pokud je zdravotní pojišťovna účtuje přímo na Fprev)	0	

ZPP 2009 Fprev – 7

Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 313/2008 Sb., kterou se mění vyhláška č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, ve znění vyhlášky č. 183/2007 Sb.

A.	Ostatní zdaňovaná činnost ve sledovaném období	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
	(OZdČ)	tis. Kč	tis. Kč	%
I.	Výnosy celkem	17 100	17 230	100,8
1	Výnosy ze zdaňované činnosti	16 200	16 250	100,3
2	Úroky	900	980	108,9
3	Výnosy z prodeje finančních investic	0	0	0,0
4	Zvýšení hodnoty cenných papírů vlivem reálného ocenění	0	0	0,0
II.	Náklady celkem	10 551	10 679	101,2
1	Provozní náklady související s OZdČ zdravotní pojišťovny	10 551	10 679	101,2
1.1	mzdy bez ostatních osobních nákladů	1 519	1 614	106,3
1.2	ostatní osobní náklady	0	0	0,0
1.3	pojistné na zdravotní pojištění	137	145	105,8
1.4	pojistné na sociální zabezpečení	395	420	106,3
1.5	odpisy hmotného a nehmotného majetku – podíl vztahující se k této činnosti	7 000	7 000	100,0
1.6	úroky	0	0	0,0
1.7	pokuty a penále	0	0	0,0
1.8	finanční náklady spojené s prodejem finančních investic	0	0	0,0
1.9	ostatní provozní náklady	1 500	1 500	100,0
2	Snížení hodnoty cenných papírů vlivem reálného ocenění	0	0	0,0
III.	Hospodářský výsledek = I - II	6 549	6 551	100,0
IV.	Daň z příjmů	1 375	1 310	95,3
V.	Zisk z OZdČ po zdanění = III - IV.	5 174	5 241	101,3

B	Doplňující informace o cenných papírech (CP) pořízených z finančních zdrojů OZdČ			
1	Stav cenných papírů k 1. 1. sledovaného období	0	0	0,0
2	Stav cenných papírů k 31. 12. sledovaného období	0	0	0,0
	Z toho CP vztahující se k dceřiné společnosti provozující komerční pojištění			0,0
z 1	Stav cenných papírů k 1. 1. sledovaného období	0	0	0,0
z 2	Stav cenných papírů k 31. 12. sledovaného období	0	0	0,0

ZPP 2009 OZdČ-8

Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 313/2008 Sb., kterou se mění vyhláška č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, ve znění vyhlášky č. 183/2007 Sb.

ZPP 2009 NÁKL. ZDR.P-12 STRUKTURA NÁKLADŮ NA ZDRAVOTNÍ PÉČI PODLE JEDNOTLIVÝCH SEGMENTŮ

Tabulka je přílohou k textu na str. 13.

Ř.	Ukazatel	m. j.	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
			tis. Kč	tis. Kč	%
I.	Náklady na zdravotní péči celkem čerpané z oddílu A základního fondu zdravotního pojištění (součet ř.1–12)	tis. Kč	17 645 565	19 321 274	109,5
	z toho:				
1.	na ambulantní péči celkem (zdravotnická zařízení nevykazující žádný kód ošetřovacího dne, zahrnují se náklady na zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnické prostředky vydané na poukazy)	tis. Kč	5 210 803	5 848 631	112,2
	z toho:				
1.1	na stomatologickou péči (odbornosti 014–015, 019)	tis. Kč	1 057 500	1 166 358	110,3
1.2	na péči praktických lékařů (odbornosti 001, 002)	tis. Kč	1 098 000	1 328 580	121,0
1.3	na gynekologickou péči (odbornosti 603, 604)	tis. Kč	332 950	384 819	115,6
1.4	na rehabilitační péči (odbornost 902 a 918)	tis. Kč	231 200	250 231	108,2
1.5	na diagnostickou zdravotní péči (odbornosti 222, 801–805, 807, 809, 812–823)	tis. Kč	847 000	924 551	109,2
1.6	na domácí zdravotní péči (odbornost 925)	tis. Kč	58 398	64 725	110,8
1.7	na specializovanou ambulantní péči (odbornosti neuvedené v ř. 1.1–1.6 a neuvedené v řádku 2)	tis. Kč	1 566 700	1 703 510	108,7
1.8	na zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních poskytnutou osobám umístěným v nich z jiných než zdravotních důvodů (§ 22 písm. c) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále jen zákon č. 48/1997 Sb.))	tis. Kč	520	822	158,1
1.9	na zdravotní péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb (§ 22 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 109/2006 Sb.)	tis. Kč	35	58	165,7
1.10	na ošetrovatelskou a rehabilitační péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb (§ 22 písm. e) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 109/2006 Sb.)	tis. Kč	18 500	24 977	135,0
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	8 171 665	8 946 726	109,5
	v tom:				
2.1	nemocnice	tis. Kč	7 736 615	8 453 474	109,3
2.2	odborné léčebné ústavy (odborné léčebné ústav s výjimkou zdravotnických zařízení uvedených v řádku 2.3 a 2.4)	tis. Kč	352 500	390 062	110,7
2.3	léčebny dlouhodobě nemocných (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne 00024)	tis. Kč	62 000	77 173	124,5

Ř.	Ukazatel	m. j.	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
			tis. Kč	tis. Kč	%
2.4	ošetrovatelská lůžka (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne 00005)	tis. Kč	20 550	26 017	126,6
3.	na lázeňskou péči	tis. Kč	350 715	361 408	103,0
4.	na péči v ozdravovnách	tis. Kč	4 000	5 732	143,3
5.	na dopravu (zahrnuje dopravní zdravotní službu včetně individuální dopravy, nezahrnuje se doprava z ř. 2)	tis. Kč	96 550	99 860	103,4
6.	na zdravotnickou záchrannou službu (odbornost 709, zdravotnická zařízení nevykazující žádný kód ošetřovacího dne)	tis. Kč	107 432	182 971	170,3
7.	na léky vydané na recepty celkem:	tis. Kč	3 143 000	3 238 003	103,0
	z toho:				
7.1	předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních (samostatná ambulantní zdravotnická zařízení)	tis. Kč	1 970 661	2 030 228	103,0
7.1.1	u praktických lékařů	tis. Kč	892 709	919 693	103,0
7.1.2	u specializované ambulantní péče	tis. Kč	1 077 952	1 110 535	103,0
7.2	předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních	tis. Kč	1 172 339	1 207 775	103,0
8.	na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem	tis. Kč	515 000	528 393	102,6
8.1	předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních (samostatná ambulantní zdravotnická zařízení)	tis. Kč	163 255	168 007	102,9
8.2	předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních	tis. Kč	351 745	360 386	102,5
9.	na léčení v zahraničí	tis. Kč	22 900	23 000	100,4
10.	finanční prostředky (vratky) podle § 16b zák. č. 48/1997 Sb.	tis. Kč	20 000	23 000	115,0
11.	náklady na očkovací látky	tis. Kč		60 000	0,0
12.	ostatní náklady na zdravotní péči (které nelze zařadit do předchozích bodů – do vysvětlivek uvést, co zahrnují)	tis. Kč	3 500	3 550	101,4
II.	Náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů	tis. Kč	257 230	276 780	107,6
III.	Náklady na zdravotní péči celkem (součet ř. I. + ř. II.)	tis. Kč	17 902 795	19 598 054	109,5

ZPP 2009-nákl.zdr.p.-12

Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 313/2008 Sb., kterou se mění vyhláška č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, ve znění vyhlášky č. 183/2007 Sb.

ZPP 2009 NÁKL. NA 1 POJ.-13 STRUKTURA NÁKLADŮ NA ZDRAVOTNÍ PÉČI PODLE JEDNOTLIVÝCH SEGMENTŮ V PŘEPOČTU NA JEDNOHO POJIŠTĚNCE

Tabulka je přílohou k textu na str. 13.

Ř.	Ukazatel	m. j.	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
			v Kč	v Kč	%
I.	Náklady na zdravotní péči celkem čerpané z oddílu A základního fondu zdravotního pojištění (součet ř. 1–12)	Kč	16 194	17 346	107,1
	z toho:				
1.	na ambulantní péči celkem (zdravotnická zařízení nevykazující žádný kód ošetřovacího dne, zahrnují se náklady na zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, s výjimkou nákladů na léky na recepty a zdravotnické prostředky vydané na poukazy)	Kč	4 782	5 251	109,8
	z toho:		0	0	0,0
1.1	na stomatologickou péči (odbornosti 014–015, 019)	Kč	971	1 047	107,8
1.2	na péči praktických lékařů (odbornosti 001, 002)	Kč	1 008	1 193	118,4
1.3	na gynekologickou péči (odbornosti 603, 604)	Kč	306	345	112,7
1.4	na rehabilitační péči (odbornost 902 a 918)	Kč	212	225	106,1
1.5	na diagnostickou zdravotní péči (odbornosti 222, 801–805, 807, 809, 812–823)	Kč	777	830	106,8
1.6	na domácí zdravotní péči (odbornost 925)	Kč	54	58	107,4
1.7	na specializovanou ambulantní péči (odbornosti neuvedené v ř. 1.1–1.6 a neuvedené v řádku 2)	Kč	1 438	1 529	106,3
1.8	na zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních poskytnutou osobám umístěným v nich z jiných než zdravotních důvodů (§ 22 písm. c) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále jen zákon č. 48/1997 Sb.))	Kč	0	1	0,0
1.9	na zdravotní péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb (§ 22 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 109/2006 Sb.)	Kč	0	0	0,0
1.10	na ošetřovatelskou a rehabilitační péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb (§ 22 písm. e) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 109/2006 Sb.)	Kč	17	22	129,4
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 nasmlovanou 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	7 500	8 032	107,1
	z toho:				
2.1	nemocnice	Kč	7 100	7 589	106,9
2.2	odborné léčebné ústavy (odborné léčebné ústavy s výjimkou zdravotnických zařízení uvedených v řádku 2.3 a 2.4)	Kč	324	350	108,0

Ř.	Ukazatel	m. j.	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
			v Kč	v Kč	%
2.3	léčebny dlouhodobě nemocných (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne 00024)	Kč	57	69	121,1
2.4	ošetřovatelská lůžka (samostatná zdravotnická zařízení vykazující kód ošetřovacího dne 00005)	Kč	19	23	121,1
3.	na lázeňskou péči	Kč	322	324	100,6
4.	na péči v ozdravovnách	Kč	4	5	125,0
5.	na dopravu (zahrnuje dopravní zdravotní službu včetně individuální dopravy, nezahrnuje se doprava z ř. 2)	Kč	89	90	101,1
6.	na zdravotnickou záchrannou službu (odbornost 709, zdravotnická zařízení nevykazující žádný kód ošetřovacího dne)	Kč	99	164	165,7
7.	na léky vydané na recepty celkem:	Kč	2 884	2 907	100,8
	z toho:				
7.1	předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních (samostatná ambulantní zdravotnická zařízení)	Kč	1 809	1 823	100,8
7.1.1	u praktických lékařů	Kč	819	826	100,9
7.1.2	u specializované ambulantní péče	Kč	989	997	100,8
7.2	předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních	Kč	1 076	1 084	100,7
8.	na zdravotnické prostředky vydané na poukazy celkem	Kč	473	474	100,2
8.1	předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních (samostatná ambulantní zdravotnická zařízení)	Kč	150	151	100,7
8.2	předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních	Kč	323	324	100,3
9.	na léčení v zahraničí	Kč	21	21	100,0
10.	finanční prostředky (vratky) podle § 16b zák. č. 48/1997 Sb.	Kč	18	21	116,7
11.	náklady na očkovací látky	Kč	0	54	0,0
12.	ostatní náklady na zdravotní péči (které nelze zařadit do předchozích bodů – do vysvětlivek uvést, co zahrnují)	Kč	3	3	100,0
		Kč			
II.	Náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů	Kč	236	248	105,1
III.	Náklady na zdravotní péči celkem (součet ř. I. + ř. II.)	Kč	16 430	17 595	107,1

ZPP 2009-Nákl.na 1 poj.-13

Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 313/2008 Sb., kterou se mění vyhláška č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, ve znění vyhlášky č. 183/2007 Sb.

ZPP 2009 LÉČ.CIZ.-14 NÁKLADY NA LÉČENÍ CIZINCŮ

Tabulka je přílohou k textu na str. 7.

Ř.	Ukazatel	Měrná	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
		jednotka			%
1.	Náklady na léčení cizinců v ČR celkem:	tis. Kč	12 000	12 500	104,2
2.	Počet ošetřených cizinců	počet	3 000	4 000	133,3
3.	Průměrné náklady na 1 ošetřeného cizince	Kč	4 000	3 125	78,1

ZPP 2009-léč.ciz.-14

Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 313/2008 Sb., kterou se mění vyhláška č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, ve znění vyhlášky č. 183/2007 Sb.

ZPP 2009 SML. ZAŘ.-15 SOUSTAVA SMLUVNÍCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

Tabulka je přílohou k textu na str. 11.

Ř.	Kategorie smluvních zdravotnických zařízení	Počet ZZ skutečnost k 31. 12 předcházejícího kalendářního roku	Rok 2009 ZPP	% nárůstu poklesu na 1 deset. místo
1.	Ambulantní zdravotnická zařízení	22 692	23 062	101,6
	z toho:			
1.1	Praktický lékař pro dospělé (odbornost 001)	4 746	4 769	100,5
1.2	Praktický lékař pro děti a dorost (odbornost 002)	2 244	2 262	100,8
1.3	Praktický zubní lékař (odbornost 014-015, 019)	5 827	5 886	101,0
1.4	Ambulantní specialisté celkem	7 688	7 878	102,5
1.5	Domácí péče (odbornost 925)	400	421	105,3
1.6	Rehabilitační zdravotnická zařízení (odbornosti 902 a 918)	1 070	1 097	102,5
1.7	Zdravotnická zařízení komplementu (odbornosti 222, 801-805, 807, 809, 812-823)	685	717	104,7
1.8	Ostatní ambulantní pracoviště	32	32	100,0
2.	Lůžková zdravotnická zařízení celkem	278	296	106,5
	z toho:			
2.1	Nemocnice	160	157	98,1
2.2	Odborné léčebné ústavy (kromě léčeben pro dlouhodobě nemocné zdravotnických zařízení vykazující výhradně kód OD 00005)	56	64	114,3
2.2.1	v tom: psychiatrické	22	22	100,0
2.2.2	rehabilitační	12	15	125,0
2.2.3	Tuberkulózně-respirační nemoci	13	14	107,7
2.2.4	ostatní	9	13	144,4
2.3	Léčebny dlouhodobě nemocných celkem (vykazující kód 00024)	127	133	104,7
2.3.1	v tom: samostatná zdravotnická zařízení	41	45	109,8
2.3.2	začleněné v rámci jiného zdravotnického zařízení	86	88	102,3
2.4	Ošetrovatelská lůžka (vykazující kód 00005)	69	83	120,3
2.4.1	v tom: samostatná zdravotnická zařízení	21	30	142,9
2.4.2	začleněná v rámci jiného zdravotnického zařízení	48	53	110,4
3.	Lázně	57	50	87,7
4.	Ozdravovny	5	5	100,0
5.	Dopravní zdravotní služba	291	290	99,7
6.	Záchranná služba (odbornost 709)	62	56	90,3
7.	Lékárny a výdejny zdravotnických prostředků	2 668	2 921	109,5
8.	OSTATNÍ smluvní zdravotnická zařízení	115	132	114,8

ZPP 2009-sml.zař.-15

Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 313/2008 Sb., kterou se mění vyhláška č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, ve znění vyhlášky č. 183/2007 Sb.

ZPP 2009 PREV. PÉČE-16 NÁKLADY NA PREVENTIVNÍ PÉČI ČERPANÉ Z FONDU PREVENCE

Tabulka je přílohou k textu na str. 14.

Řádek	Účelová položka	Počet účastníků	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	ZPP 2009/ oč. skut. 2008
			tis. Kč	tis. Kč	%
1.	Náklady na zdravotní programy		226 169	236 511	104,6
	a) program rozšířené péče o pojištěnce ZP MV ČR		189 440	167 684	88,5
	preventiv. programy nehraz. z veř. zdr. Pojištění		161 733	139 241	86,1
	program pro dárce krve a kostní dřeně pro dospělé a děti a dárce kostní dřeně		12 327	13 690	111,1
	vitaminový program		15 380	14 753	95,9
	b) program rozšířené péče o specif. skupiny pojišť. ZP MV ČR		26 729	43 827	164,0
	preventivní programy nehraz. z veř. zdr. pojištění		13 115	26 706	203,6
	vitaminový program		12 814	16 321	127,4
	mimořádné úhrady za zdr. péči (přir. katastrofy, havárie apod...)		800	800	100,0
	c) zdravotní položky programu Klubu pojištěnců		10 000	15 000	150,0
	d) program zdravotní péče – integrovaná péče		0	10 000	0,0
2.	Náklady na ozdravné pobyty	10 288	31 061	40 269	129,6
	a) program rozšířené péče o pojištěnce ZP MV ČR				
	ozdravné pobyty dětí	788	12 900	14 096	109,3
	b) program rozšířené péče o specif. skupiny pojišť. ZP MV ČR				
	ozdravné a rehabilitační pobyty	9 500	18 161	26 173	144,1
3.	Ostatní činnosti				0,0
4.	Náklady na preventivní zdravotní péči celkem		257 230	276 780	107,6

ZPP 2009-prev.péče-16

Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 313/2008 Sb., kterou se mění vyhláška č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, ve znění vyhlášky č. 183/2007 Sb.

ZPP 2009 VĚK.STRUKT. POJ.-17 VĚKOVÁ STRUKTURA POJIŠŤENCŮ

Tabulka je přílohou textu na str. 7.

Věková skupina	Průměrný počet pojištěnců			
	Rok 2007 skutečnost	Rok 2008 očekávaná skutečnost	Rok 2009 ZPP	% ZPP 2009/ Oč. skut. 2008
0-5	61 404	66 493	68 620	103,2
5-10	53 093	57 025	58 451	102,5
10-15	57 578	58 078	58 643	101,0
15-20	70 729	73 413	74 318	101,2
20-25	69 839	72 185	73 710	102,1
25-30	84 081	81 319	81 637	100,4
30-35	103 197	107 022	109 812	102,6
35-40	85 912	93 275	96 699	103,7
40-45	80 764	84 386	85 926	101,8
45-50	69 612	71 255	72 817	102,2
50-55	80 249	80 315	81 212	101,1
55-60	83 757	82 550	83 514	101,2
60-65	64 268	69 383	71 977	103,7
65-70	36 388	40 329	42 141	104,5
70-75	21 781	22 889	23 722	103,6
75-80	16 051	16 001	16 364	102,3
80-85	9 508	9 585	9 947	103,8
85-90	2 883	3 294	3 422	103,9
90-95	562	673	734	109,1
95+	124	156	182	116,7
celkem	1 051 780	1 089 626	1 113 848	102,2

ZPP 2009 Věk. strukt. poj.-17

Postup vyplnění tabulky odpovídá postupům uvedeným v poznámce k dané příloze vyhlášky č. 313/2008 Sb., kterou se mění vyhláška č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, ve znění vyhlášky č. 183/2007 Sb.



Studijní program: M 6202 Hospodářská politika a správa
Studijní obor: Pojišťovnictví

Ekonomická analýza spojování zdravotních pojišťoven

Economic analysis of merger health assurance company

DP-EF-KPO-2010-14

MONIKA KNÍŽOVÁ

Vedoucí práce: Ing. Žaneta Boučková, Ph.D., katedra pojišťovnictví

Konzultant: Ing. Milan Měkota, Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky

Počet stran: 75

Počet příloh: 2

6.5.2010

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladu, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím diplomové práce a konzultantem.

V Liberci, 6.5.2010

Děkuji panu Ing. Milanu Měkotovi za obětavou pomoc a podnětné připomínky, které mi v průběhu psaní mé diplomové práce ochotně poskytoval. Také děkuji vedoucí své diplomové práce, paní Ing. Žanetě Boučkové, Ph.D., za cenné rady, připomínky a metodické vedení mé diplomové práce.

Anotace a klíčová slova

Vývoj zdravotních pojišťoven v České republice byl po roce 1992 velmi dynamický. Po rapidním nárůstu počtu zdravotních pojišťoven ještě v průběhu roku 1992, docházelo během několika let na trhu českého zdravotního pojištění k jejich zániku, nebo vzájemnému slučování. Tato diplomová práce je zaměřena právě na analýzu slučování zdravotních pojišťoven. Ekonomická analýza slučování zdravotních pojišťoven je zpracována na základě modelového příkladu sestaveného z fiktivních zdravotních pojišťoven jejichž činnost je řízena ještě právní úpravou zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, před jeho novelizací k 1.11.2009. Na základě tohoto modelového příkladu je znázorněn celý proces slučování zdravotních pojišťoven a zachyceny důsledky jejich vzájemného sloučení vyplývající pro všechny účastníky všeobecného zdravotního pojištění. Prostřednictvím různých úhlů pohledu na danou analýzu dochází k zachycení všech oblastí, které jsou sloučením zdravotních pojišťoven ovlivněny.

Činnost zdravotních pojišťoven - Fúze - Regulace trhu zdravotních pojišťoven - Slučování zdravotních pojišťoven - Trh zdravotní péče a služeb - Zdravotně pojistný plán - Zdravotní pojištění - Zdravotní pojišťovna

Annotation and keywords

Development of the health insurance in the Czech Republic after 1992 was very dynamic. After a rapid increase in the health insurance during 1992, occurred in subsequent years to their demise or merge. This thesis is focused precisely on the analysis of mergers of health insurance. Economic analysis of mergers of health insurance is processed by the model example of the fictitious health insurance companies whose operation is still controlled by legislation Act No. 280/1992 Coll. by industry, business and other health insurance companies before to its updating on January 11. 2009. Based on this model example is shown the whole process of mergers of health insurance and caption the effects, which results from this process for all of this participants. Through different perspectives on the analysis is to capture all areas that are affected by the merger of health insurance.

Activity of Haelth insurance companies - Merger - Regulation of Health insurance companies
- Merging of Health insurance companies - Haelth care market - Health insurance plan -
Health insurance - Health insurance company

Obsah

1	Úvod	11
2	Charakteristika trhu zdravotních pojišťoven v ČR.....	13
2.1	Historie.....	14
2.2	Vývoj trhu zdravotních pojišťoven.....	15
2.2.1	Počet pojišťoven	16
2.2.2	Podíly na trhu.....	16
2.3	Svaz zdravotních pojišťoven.....	18
2.3.1	Předmět činnosti Svazu zdravotních pojišťoven ČR.....	18
2.3.2	Cíle Svazu zdravotních pojišťoven ČR.....	19
2.3.3	Mezinárodní spolupráce.....	20
3	Činnost zdravotních pojišťoven	21
3.1	Financování zdravotní péče a služeb	21
Zdroj: Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů		22
3.1.1	Preventivní programy.....	23
3.2	Typy zdravotních pojišťoven.....	24
3.3	Všeobecná zdravotní pojišťovna.....	26
3.3.1	Zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění	26
3.4	Tvorba rezerv	27
3.5	Zajištění.....	28
3.6	Informační systémy.....	29
3.6.1	Komunikační systém.....	29
3.6.2	Provozní systém	30
3.7	Základní dokumenty pro činnost zdravotních pojišťoven	31
3.7.1	Zdravotně pojistný plán	32
3.7.2	Výroční zpráva.....	33
3.7.3	Povinnost zveřejňování informací	33
4	Regulace trhu zdravotních pojišťoven.....	34
4.1	Legislativa.....	34
4.2	Dohled nad zdravotními pojišťovnami	35
5	Fúze obecně	37
5.1	Zpráva o přeměně	38
5.2	Legislativní změny.....	38
6	Fúze podle zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.....	40
7	Tendence slučování zdravotních pojišťoven	42

8	Modelový příklad	45
8.1	Nedostatky hospodaření zdravotních pojišťoven	52
8.1.1	Nedostatky hospodaření Zemědělské zdravotní pojišťovny	53
8.1.2	Nedostatky hospodaření Průmyslové zdravotní pojišťovny	53
8.2	Důvody pro sloučení	54
8.2.1	Upevnění postavení na trhu zdravotních pojišťoven	55
8.2.2	Úspora nákladů zdravotních pojišťoven	56
8.2.3	Rozšíření sítě smluvních zdravotnických zařízení	56
8.2.4	Splynutí pojistného kmene	57
9	Proces sloučení zdravotních pojišťoven	58
9.1	Udělení povolení ke sloučení zdravotních pojišťoven	58
9.1.1	Zpráva o přeměně	59
9.1.2	Návrh zdravotně pojistného plánu	59
9.2	Důsledky sloučení zdravotních pojišťoven	63
9.2.1	Důsledky sloučení z pohledu Zdravotní pojišťovny Morava	63
9.2.2	Důsledky sloučení z pohledu pojištěnců	64
9.2.3	Důsledky sloučení z pohledu plátců zdravotního pojištění	65
9.2.4	Důsledky sloučení z pohledu zdravotnických zařízení	65
9.2.5	Důsledky sloučení z pohledu státu a trhu zdravotních pojišťoven	65
10	Zhodnocení analýzy	67
11	Závěr	69
	Seznam použité literatury	71

Seznam zkratk a symbolů

apod.	a podobně
č.	číslo
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
Kč	Koruny české
mil.	milion
oček. skuteč.	očekávaná skutečnost
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna
Pozn.	Poznámka
tzv.	takzvaně
ZP	Zdravotní pojišťovna
ZPMV ČR	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR
ZPP	Zdravotně pojistný plán

Seznam tabulek

Tabulka 1 – **Přehled pojišťoven zahajujících svou činnost v roce 1992**

Tabulka 2 – **Přehled zdravotních pojišťoven působících v roce 2010**

Tabulka 3 – **Průměrný počet pojištěnců**

Tabulka 4 – **Přehled pojištěnců, za které platí zdravotní pojištění stát**

Tabulka 5 – **Přehled plátců pojistného zdravotního pojištění**

Tabulka 6 – **Přehled údajů z modelových zdravotně pojistných plánů**

Tabulka 7 – **Věková struktura pojištěnců Zemědělské zdravotní pojišťovny**

Tabulka 8 – **Věková struktura pojištěnců Průmyslové zdravotní pojišťovny**

Tabulka 9 – **Přehled údajů modelového návrhu zdravotně pojistného plánu**

Seznam obrázků

Obrázek 1 - **Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce podle věku a pohlaví v roce 2007 v Kč**

1 Úvod

Jako téma své diplomové práce jsem zpracovávala ekonomickou analýzu slučování zdravotních pojišťoven. Je to oblast, která není dosud konkrétně zpracována a která byla v průběhu psaní mé diplomové práce legislativně upravena novelou zákona č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. Toto téma vzniklo z iniciativy Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR v době, kdy se ve vládě uvažovalo o sloučení právě této zdravotní pojišťovny s Vojenskou zdravotní pojišťovnou. K této změně ale vlivem již zmiňované novely nedošlo. Přesto trend slučování zdravotních pojišťoven velmi silně působil na český zdravotně pojistný trh už od roku 1996, kdy v průběhu tohoto roku došlo ke sloučení osmi zdravotních pojišťoven.

Cílem této práce je tedy zpracovat komplexně celkovou problematiku slučování zdravotních pojišťoven a zachytit důsledky sloučení zdravotních pojišťoven a změny ovlivňující všechny účastníky všeobecného zdravotního pojištění.

V první části své diplomové práce se zabývám charakteristikou trhu zdravotního pojištění v České republice. Dále zde zachycuji základní činnosti zdravotních pojišťoven a s tím související legislativní úpravy tohoto zdravotně pojistného trhu. Úvodem do problematiky slučování zdravotních pojišťoven se zabývám v kapitolách 5-7, kde jsou popsány i změny související právě s novelou zákona č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

V další části své diplomové práce bych ráda na modelovém příkladě zachytila a popsala celý proces slučování zdravotních pojišťoven ještě podle starého zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Na základě fiktivních zdravotně pojistných plánů vytyčím hlavní argumenty pro sloučení dvou zdravotních pojišťoven a vyvodím důsledky celé analýzy, a to jak pro obě zdravotní pojišťovny, tak pro pojištěnce a další účastníky všeobecného zdravotního pojištění.

Na závěr své práce bych se ráda pokusila o prognózu trendu slučování zdravotních pojišťoven v souvislosti s plánovanými reformami českého zdravotnictví.

2 Charakteristika trhu zdravotních pojišťoven v ČR

Mezi společné základní principy evropských systémů trhu zdravotní péče patří solidarita, spravedlnost, dostupnost, dlouhodobě udržitelné financování a kvalita. Zdravotnických systémů a způsobů jejich financování je řada a jsou součástí celkové politiky sociálního zabezpečení. Každý stát se na základě těchto principů snaží zabezpečit zdraví svých občanů.

V České republice doposud funguje systém založený na principu povinného zdravotního pojištění stejně tak, jako v převážné většině západoevropských států. Tento systém je založen na povinných platbách pojistného. Povinnost platit pojistné zdravotního pojištění vzniká všem osobám s trvalým pobytem na území České republiky, a to buď dnem narození, nebo dnem získání trvalého pobytu. Každý pojištěnec pak musí být evidován u některé ze zdravotních pojišťoven. Nahlášen pak může být jako zaměstnanec, osoba samostatně výdělečně činná, osoba bez zdanitelných příjmů, nebo osoba, za kterou platí pojistné na zdravotní pojištění stát.

Systém zdravotní péče je v České republice financován ze tří zdrojů. Jsou jimi jednak veřejné rozpočty, z kterých je například hrazeno pojistné na zdravotní pojištění za zákonem stanovené kategorie osob. Dále se jedná o přímé platby občanů na soukromé komerční pojištění a třetím zdrojem je právě veřejné zdravotní pojištění.

Veškeré procesy probíhající mezi účastníky zdravotního pojištění jsou velmi nákladné jak finančně, tak na správní aparát a zároveň podléhají poměrně častým změnám vlivem různých politických zájmů. To souvisí se zdlouhavou snahou a potřebou razantní reformy globálního financování jak zdravotní péče, důchodů, tak i péče sociálního zabezpečení vlivem nepříznivých ekonomických a demografických příčin.

2.1 Historie

První znaky dnešního zdravotního pojištění lze zaznamenat již ve středověku, kdy činnosti sociálního charakteru zajišťovali cechovní spolky. Větší rozmach forem sociálního a zdravotního pojištění pak zapříčinila až průmyslová revoluce a vznik sociálně slabé dělnické třídy.

Na území Čech můžeme vysledovat první známky zdravotního pojištění v roce 1886, kdy byli Čechy součástí Rakousko-Uherska. Tehdy byl přijat zákon o povinném zdravotním pojištění pro dělníky, ze kterého pojištěncům vznikal nárok na bezplatné ošetření u lékaře, na potřebné léky a v případě nemoci i na nemocenské dávky. [1]

Od druhé poloviny 20. století začíná být systém zdravotního pojištění, který byl doposud financován především z různých fondů, nahrazován jednotným státním systémem. Cílem bylo samozřejmě zpřístupnění kvalitní zdravotní péče širší veřejnosti a rozšíření tak pojistné ochrany na celou populaci. V Čechách, jako i v ostatních zemích bývalého východního bloku bylo poskytování zdravotní péče zcela zestátněno.

Po roce 1989 v České republice prochází české zdravotnictví řadou významných reformních změn. Došlo k zavedení systému zdravotního pojištění, který je dosud striktně oddělen od systému nemocenského pojištění. Touto koncepcí se Česká republika od ostatních západoevropských států výrazně odlišuje.

Trh zdravotních pojišťoven se následně na území České Republiky rozvíjí znovu od roku 1992, kdy byla k 1.1. 1992 založena Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR a v průběhu tohoto roku zahájilo svou činnost ještě dalších 14 zdravotních pojišťoven. Přehled pojišťoven zahajujících svou činnost v roce 1992 zobrazuje následující tabulka 1.

Tabulka 1 – Přehled pojišťoven zahajujících svou činnost v roce 1992

Zdravotní pojišťovna	Datum založení
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	1.1.1992
Vojenská zdravotní pojišťovna	18.12.1992
Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	1.10.1992
Zdravotní pojišťovna Atlas	15.10.1992
Oborová ZP bank a pojišťoven	15.9.1992
Stavební zdravotní pojišťovna STAZPO	1.11.1992
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	15.10.1992
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR	1.10.1992
Zdravotní pojišťovna Grál	15.9.1992
Regionální zdravotní pojišťovna REZAPO	10.11.1992
Moravská zdravotní pojišťovna	1.10.1992
Hornická zdravotní pojišťovna	1.10.1992
Podniková ZP GARANT-HOSPITAL	15.10.1992
Zdravotní pokladna Škodováků	1.10.1992
Moravskoslezská pojišťovna IMPULS	1.12.1992

Zdroj: PRODUKTOVÉ LISTY [online]. Brandýs nad Labem: PRODUKTOVÉ LISTY [cit.2010-02-24].

Dostupný z WWW: <<http://www.produktovelisty.cz/zdravotni-pojisteni/listy/prehledy.html>>

2.2 Vývoj trhu zdravotních pojišťoven

Od roku 1992 působilo v průběhu 18-ti let na českém zdravotním trhu již celkem 28 zdravotních pojišťoven. Řada z nich byla ale zrušena nebo skončila v likvidaci. Mnohem častěji ale docházelo ke sloučení zdravotních pojišťoven. Přehled vývoje zdravotních pojišťoven je přílohou této diplomové práce (Příloha 1).

2.2.1 Počet pojišťoven

V současné době působí na českém zdravotním trhu celkem 9 zdravotních pojišťoven. Jedná se o Všeobecnou zdravotní pojišťovnu ČR, která má výsadní postavení upravené zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. Osm ostatních je zároveň členem Svazu zdravotních pojišťoven.

Tabulka 2 – Přehled zdravotních pojišťoven působících v roce 2010

Kód	Pojišťovna
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna
201	Vojenská zdravotní pojišťovna
205	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
207	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
209	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
211	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR
213	Revírní bratrská pokladna
217	Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE
228	Média zdravotní pojišťovna

Zdroj: SVAZ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN [online]. Praha: SVAZ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN [cit.2010-02-24]. Dostupný z WWW: < <http://www.szpcr.cz/index.php?c=pojistovny> >

2.2.2 Podíly na trhu

Jednoznačně největší zastoupení na trhu zdravotních pojišťoven má státem zřízená Všeobecná zdravotní pojišťovna. Vyplývá to pravděpodobně z transformace trhu zdravotní péče v roce 1992. Tehdy byla zřízena Všeobecná zdravotní pojišťovna jako první zdravotní pojišťovna na našem trhu. Všichni pojištěnci se tak automaticky stali klienty Všeobecné

zdravotní pojišťovny. Teprve po ní nastupovaly na trh ostatní zdravotní pojišťovny, jako například Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR, a začali si od Všeobecné zdravotní pojišťovny získávat pojištěnce.

V následující tabulce jsou znázorněny počty pojištěnců pro jednotlivé pojišťovny v letech 2007-2009. Pro rok 2007 a první pololetí roku 2008 jsou uvedeny přesné hodnoty počtu pojištěnců a jsou čerpány z vládních materiálů. Další hodnoty jsou budoucími odhady, které vycházejí ze zdravotně pojistných plánů jednotlivých zdravotních pojišťoven.

Tabulka 3 – Průměrný počet pojištěnců

Kód	Název pojišťovny	Průměrný počet pojištěnců				
		Skutečný počet 2007	Skutečný počet 1. pololetí 2008	Očekávaný počet 2. pololetí 2008	Zdravotně pojistný plán 2009	Procentní podíl ze ZPP 2009 (v %)
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	6 544 625	6 522 333	6 499 255	6 420 500	61,6
201	Vojenská zdravotní pojišťovna ČR	566 865	556 239	553 926	550 213	5,3
205	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	351 505	357 091	360 346	368 600	3,5
207	OZP bank, pojišťoven a stavebnictví	654 824	666 429	669 310	677 250	6,5
209	Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA	130 639	131 785	132 965	135 160	1,3
211	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR	1 051 782	1 080 316	1 089 626	1 113 848	10,7
213	Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna	363 052	371 549	378 546	390 250	3,7
217	Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE	346 546	359 548	368 550	387 500	3,7
222	Česká národní zdravotní pojišťovna	313 707	312 567	311 742	310 000	3,0
227	Zdravotní pojišťovna AGEL	0	496	8 334	70 875	0,7
Celkem		10 323 545	10 358 353	10 372 600	10 424 196	100

Zdroj: Interní informace ZPMV ČR (vlastní zdroj čerpaný z vládních materiálů a zdravotně pojistných plánů jednotlivých zdravotních pojišťoven)

2.3 Svaz zdravotních pojišťoven

Svaz zdravotních pojišťoven České republiky vznikl dne 15.5.1997 a je nástupnickou organizací již dříve fungujícího Sdružení zdravotních pojišťoven, které zahájilo svou činnost 26.1.1993.

Tento svaz je ustanoven na dobrovolné bázi a v současnosti sdružuje všech osm zdravotních zaměstnaneckých pojišťoven v České republice. Jedinou zdravotní pojišťovnou na našem zdravotně pojistném trhu, která není členem svazu je Všeobecná zdravotní pojišťovna, která má na trhu zvláštní postavení upravené zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

Hlavním úkolem Svazu zdravotních pojišťoven České republiky je hájení zájmů zaměstnaneckých pojišťoven a především jejich klientů, kteří tvoří přibližně 4,1 mil. občanů ČR. Jedná se zde o společné zájmy ke vztahu ke státním organizacím, profesním svazům, poskytovatelům zdravotní péče a jiným zájmovým skupinám v oblasti zdravotního pojištění. Pomáhá vyjednávat lepší podmínky pro zkvalitňování služeb pro své klienty. [13]

2.3.1 Předmět činnosti Svazu zdravotních pojišťoven ČR

Hlavním předmětem činnosti Svazu zdravotních pojišťoven ČR je sjednocování postupů a tvorba jednotných zásad pro členy Svazu při jednání se třetími stranami, jako jsou státní orgány, poskytovatelé zdravotních služeb, zaměstnavatelé a jiné profesní svazy. Výměnou zkušeností jednotlivých pojišťoven dochází k tvorbě společných výkladů stanovisek, tedy k tvorbě jakých si společných metodik. Ty pak slouží jako návody pro postup vyjednávání v oblastech právních, zdravotních, informačních systémů nebo úhrad zdravotní péče.

Snahou Svazu zdravotních pojišťoven ČR je také zvyšování kvalifikace jak zaměstnanců členů svazu, tedy vlastně představitelů jednotlivých zdravotních pojišťoven, tak i veřejnosti v oblasti orientace ve veřejném zdravotním pojištění.

Dalším předmětem činnosti Svazu je i zastupování členů při vyjednáváních se třetími stranami v případě, že tak stanoví zákon, nebo po dohodě členů.

2.3.2 Cíle Svazu zdravotních pojišťoven ČR

Jedním z hlavních cílů Svazu zdravotních pojišťoven ČR je pro nejbližší budoucnost zabezpečení spolupráce na přípravě nové legislativy zdravotního pojištění a reformě všeobecného zdravotnictví. Cílem je také aktivně vstupovat do procesu transformace zdravotnictví a vstupovat do jednání o optimalizaci zdrojů a nákladů na financování zdravotní péče.

Dalším cílem Svazu zdravotních pojišťoven ČR je také snaha o zkvalitňování služeb pro klienty, kde je velký důraz kladen především na preventivní programy zdravotních pojišťoven.

Mezi činnosti Svazu zdravotních pojišťoven ČR patří také spolupráce s Ministerstvem zdravotnictví ČR, kde je hlavní snahou prohloubení vzájemných vztahů. Snahou Svazu je také spolupráce s ostatními profesními sdruženími a lobbying v Parlamentu ČR.

Základním cílem Svazu zdravotních pojišťoven ČR je však prosazování morálních principů zdravotního pojištění: rovnost, dostupnost, kvalita, pluralita, konkurence, solidarita a hospodárnost.

Na webových stránkách Svazu zdravotních pojišťoven ČR lze snadno nalézt vyjádření, návrhy a připomínky k věcným záměrům zákonů o všeobecném zdravotním pojištění. Jde zde vlastně o snahu věcně a kvalifikovaně upozornit na nedostatky současného fungování systému zdravotního pojištění s následnými návrhy řešení a doporučeními.

2.3.3 Mezinárodní spolupráce

Svaz zdravotních pojišťoven ČR není jediný svého typu v prostředí evropského zdravotně pojistného trhu. Poměrně úzce spolupracuje s ostatními obdobnými svazy okolních států, jako jsou například Sdružení zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven Slovenské republiky a Spolkový svaz zdravotních pojišťoven v Německu. Oba tyto svazy jsou smluvními partnery Svazu zdravotních pojišťoven ČR. [13]

Jednání probíhají na mezinárodních konferencích, kde vzájemným vyměňováním zkušeností hledají jednotný postup při vyjednávání s vládami a dalšími subjekty na trhu všeobecné zdravotní péče těchto členských států. Poslední konference proběhla ve dnech 12.-13. března 2009 v Praze pod záštitou Ministerstva zdravotnictví ČR. [10]

3 Činnost zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny jsou nezbytným pojítkem ve vztazích občan – lékař. Občan v tomto vztahu vystupuje jako spotřebitel zdravotní péče, lékař plní roli poskytovatele zdravotních služeb. Pojišťovna zde funguje jako správce finančních prostředků plátců pojistného, kterými jsou sami pojištěnci, zaměstnavatelé, stát, a jako plátce poskytnutých služeb lékařů a zdravotnických zařízení určitému pojištěnci.

3.1 Financování zdravotní péče a služeb

Ve veřejném zdravotním pojištění hrají zdravotní pojišťovny důležitou roli. Jejich úkolem je zabezpečit financování zdravotní péče a služeb. To se děje prostřednictvím inkasovaného pojistného od pojištěnců a od státu za pojištěnce, za které platí pojistné stát. Přehled pojištěnců, za které platí zdravotní pojištění stát je uveden v následující tabulce 4.

Tabulka 4 – Přehled pojištěnců, za které platí zdravotní pojištění stát

a)	Nezaopatřené děti
b)	Poživatelé důchodu z důchodového pojištění
c)	Příjemce rodičovského příspěvku
d)	Ženy na mateřské a rodičovské dovolené
e)	Uchazeči o zaměstnání
f)	Osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi
g)	Osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby
h)	Osoby konající základní službu v ozbrojených silách
i)	Osoby ve výkonu trestu odnětí svobody
j)	Osoby, které jsou příjemci dávek nemocenského pojištění

k)	Osoby v invalidním důchodu
l)	Osoby celodenně osobně a řádně pečující alespoň o jedno dítě do sedmi let věku
m)	Mladiství umístění do ústavní a ochranné výchovy
n)	Osoby vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu podle zvláštních podmínek
o)	Cizinci s oprávněním k pobytu za účelem poskytnutí dočasné ochrany
p)	Žadatelé o udělení mezinárodní ochrany a jejich děti

Zdroj: Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

Pojistné zdravotního pojištění je stanoveno jednotnou sazbou ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu. Vyměřovací základ je pak počítán rozdílně, pro různé kategorie pojištěnců. U zaměstnanců přebírá povinnost odvodu pojistného zdravotního pojištění zaměstnavatel. Dalším plátcem za osoby uvedené v tabulce 4 je stát. Osoby samostatně výdělečně činné a osoby bez zdanitelných příjmů si hradí pojistné sami. Přehled plátců pojistného zdravotního pojištění a způsob výpočtu výše pojistného je uveden v následující tabulce 5.

Tabulka 5 – Přehled plátců pojistného zdravotního pojištění

Plátcí pojistného	Pojistné z vyměřovacího základu	
	Vyměřovací základ = úhrn příjmů	
Zaměstnavatelé	Zaměstnanec 4,5 % z vyměřovacího základu	Zaměstnavatel 9 % z vyměřovacího základu
Osoby samostatně výdělečně činné	Minimální vyměřovací základ 11.854,50,-	Minimální pojistné 1.601,-
Osoby bez zdanitelných příjmů	Vyměřovací základ = minimální mzda 8.000,-	Pojistné 1.080,-
Stát	Vyměřovací základ 5.355,-	Pojistné 723,-

Zdroj: Zákon 592/1992 S., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

Pojem osoby bez zdanitelných příjmů je používán pouze pro potřeby zdravotního pojištění. Jedná se o osoby, které nelze zařadit do žádné z ostatních skupin pojištěnců. Jsou to osoby bez jakékoliv zdanitelné výdělečné činnosti a za které není po celý kalendářní měsíc plátcem pojistného zaměstnavatel, stát a ani pojištěnec sám není plátcem zdravotního pojištění jako osoba samostatně výdělečně činná. Mezi osoby bez zdanitelných příjmů patří například nezaměstnaní, kteří nejsou evidováni na Úřadu práce, ženy v domácnosti, které nepečují celodenně a řádně alespoň o jedno dítě do 7 let nebo o dvě děti do 15 let a zaměstnanci pracující pouze na dohodu o provedení práce. [7]

Zdravotní pojišťovny tyto platby pojistného přijímají a evidují na svých účtech. Inkasované platby pojistného jsou dále přerozdělovány přes Zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění. Více informací k tomuto účtu bude uvedeno v kapitole 3.2.1 Zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění. [6]

Dalším úkolem zdravotních pojišťoven je zabezpečení dostatečné sítě smluvních zdravotnických zařízení. Jde o to poskytnout pojištěncům kompletní zdravotnické zázemí, které bude schopno poskytnout širokou paletu zdravotnických služeb, od klasických běžných, jako jsou preventivní prohlídky u stomatologa, tak po ty náročné zdravotnické služby jako jsou operace transplantace životně důležitých orgánů apod. Vzhledem k počtu pojišťoven na českém trhu zdravotní péče je zřejmé, že každé zdravotnické zařízení má smlouvu o úhradách zdravotní péče sjednanou s vícero zdravotními pojišťovnami tak, aby byla pokryta co největší část populace.

3.1.1 Preventivní programy

V souvislosti se zabezpečením poskytování zdravotní péče je dnes kladen velký důraz také na preventivní programy zdravotních pojišťoven. Tyto preventivní programy, které si každá zdravotní pojišťovna tvoří sama podle jejích vlastních možností a aktuálních potřeb jejího

pojistného kmene, mají za cíl jednak zlepšovat zdravotní stav obyvatel, ale také předcházet nadbytečným nákladům na zdravotní péči. K financování preventivních programů je tvořen zdravotní pojišťovnou fond prevence, který je legislativně upraven Vyhláškou ministerstva financí 418/2003, §1 odst. 2 a 3 a zákonem č.280/1992, §16 odst.(4) b). Podle této vyhlášky je fond prevence financován především z inkasovaných pokut a penále od plátců pojistného za pozdní platby pojistného všeobecného zdravotního pojištění.

Může se jednat například i o takové preventivní programy jako je pomoc s odvykáním kouření a předcházením tak vzniku rakoviny plic, jejíž léčba a s ní spojené náklady daleko přesahují náklady preventivního programu. [14]

Samozřejmě jsou tyto preventivní programy nedílnou součástí konkurenčního boje mezi zdravotními pojišťovnami.

3.2 Typy zdravotních pojišťoven

Z hlediska činnosti rozlišujeme jednotlivé typy zdravotních pojišťoven. Jedná se o zaměstnanecké zdravotní pojišťovny a veřejné zdravotní pojišťovny. Vznik veřejné zdravotní pojišťovny vyplývá ze zákona. V České republice jde o Všeobecnou zdravotní pojišťovnu zřízenou na základě zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. Ostatní zaměstnanecké pojišťovny mají právní formu neziskové organizace a jejich činnost je legislativně upravena zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění.

Podle zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách rozlišujeme ještě další druhy zaměstnaneckých pojišťoven.

- 1) Resortní zaměstnaneckou pojišťovnou je pojišťovna, která provádí všeobecné zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance všech organizací založených nebo zřízených jedním ministerstvem České republiky anebo podléhající ucelené části tohoto ministerstva.*
- 2) Oborovou zaměstnaneckou pojišťovnou je pojišťovna, která provádí všeobecné zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance jednoho oboru.*
- 3) Podnikovou zaměstnaneckou pojišťovnou je pojišťovna, která provádí všeobecné zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance jednoho nebo více podniků.*
- 4) Další zaměstnaneckou pojišťovnou je pojišťovna s meziresortní a mezioborovou působností.^(3,2)*

Toto dělení podle zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách je ale spíše teoretické. Podle zákona č. 48/1997 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění je totiž právem pojištěnců svobodná volba zdravotní pojišťovny a zároveň zdravotní pojišťovna je povinna přijmout do pojištění každého, kdo o to požádá.

Jak je již zmíněno výše, existuje v současné době na našem trhu celkem devět zdravotních pojišťoven. Jelikož je činnost zdravotních pojišťoven upravena zákonem, mohou si zdravotní pojišťovny konkurovat vlastně jen velmi omezeně, a to například rozsahem sítě smluvních zdravotnických zařízení a nadstandardními zdravotními, většinou preventivními programy a dalšími různými benefity pro pojištěnce.

Zvláštní postavení na českém trhu zdravotní péče má Všeobecná zdravotní pojišťovna.

^(3,2) Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění, část první, odst. 2

3.3 Všeobecná zdravotní pojišťovna

Všeobecná zdravotní pojišťovna je bezesporu největší zdravotní pojišťovnou v České republice. S více než 6,4 miliony klientů patří k základním pilířům českého zdravotnictví. Kromě klasické činnosti zdravotní pojišťovny plní totiž Všeobecná zdravotní pojišťovna také další úkoly vyplývající ze zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. Jedná se o činnosti související především s administrací celého systému veřejného zdravotního pojištění, jako jsou vedení registru všech pojištěnců a správa zvláštního účtu všeobecného zdravotního pojištění.

3.3.1 Zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění

Zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění vede Všeobecná zdravotní pojišťovna striktně odděleně od ostatních účtů. Tento účet slouží k financování zdravotní péče plně nebo částečně financované zdravotními pojišťovnami na základě přerozdělování pojistného a dalších příjmů podle počtu pojištěnců, jejich věkové struktury, pohlaví a nákladových indexů jednotlivých věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění. Celkem je vytvořeno 18 věkových skupin, do kterých jsou pojištěnci zařazováni. [6]

Jedním z cílů vytvoření těchto 18ti skupin je také kompenzace rozdílů rizikových faktorů a vyrovnání příjmu pojišťoven a to z ohledem na rozdílný podíl pojištěnců, za které platí pojistné stát. Nejde v tomto případě totiž o plnohodnotné pojistné, ale spíše o formu jakési dotace vzhledem k vyším pojistného, které odvádějí zaměstnanci, zaměstnavatelé a osoby samostatně výdělečně činné.

Zdravotní pojišťovny pak komunikují se správcem zvláštního účtu zdravotního pojištění. Ohlašují mu počty pojištěnců v jednotlivých věkových skupinách a výši vybraného

pojistného. Přerozdělování těchto finančních prostředků tak zdravotním pojišťovnám pomáhá vypořádat se s nevýhodnou diverzifikací pojistného kmene. Zdravotní pojišťovny totiž mají ze zákona povinnost přijmout do pojištění každého, kdo o to zažádá. Přerozdělování inkasovaného pojistného je tak pro zdravotní pojišťovny jedinou možností kompenzace rizikových faktorů vlastního pojistného kmene, jako jsou například vysoký počet pojištěnců v post produktivním věku, osob s chronickými onemocněními apod. Přerozdělování inkasovaných prostředků plateb pojistného zdravotního pojištění je pak prováděno následujícím způsobem.

Přesahuje-li výše inkasovaného pojistného celkovou danou částku připadající na konkrétní zdravotní pojišťovnu, je zdravotní pojišťovna povinna odevzdat tento přeplatek nejpozději do tří pracovních dnů na zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění. Výše částky připadající konkrétní zdravotní pojišťovně se stanovuje výpočtem podle odstavce 2, §21, část třetí, zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění a je zdravotní pojišťovně ohlášena správcem zvláštního účtu.

Naopak, nedosahuje-li inkasované pojistné příslušnou zdravotní pojišťovnou celkovou částku jí připadající, poukáže správce zvláštního účtu zdravotní pojišťovně chybějící finanční prostředky, a to nejdéle do desátého dne ode dne ohlášení celkové příslušné částky. [6]

3.4 Tvorba rezerv

Každá finanční instituce a zejména zdravotní pojišťovny by měly dodržovat určitou míru solventnosti tak, aby byli schopné dostát svým závazkům. Tvorba rezerv je jedním ze základních předpokladů, kterým se pojišťovna snaží kompenzovat ztráty vzniklé výkyvem od předpokládaných hodnot.

Ve statutárním systému zdravotního pojištění tomu tak ale úplně není. Zdravotní pojišťovny sice mají ze zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách povinnost vytvářet rezervní fond. Výše tohoto fondu činí *1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění zaměstnanecké pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky* ^(3,4). Tato suma však postačuje pouze na krytí krátkodobých výkyvů výdajů na zdravotní péči. Často proto dochází k situacím, kdy pojišťovny své deficity řeší zpožděním plateb poskytovatelům zdravotní péče. To pak mívá neblahé následky na celou společnost a situace se následně řeší na politické úrovni. [1]

3.5 Zajištění

V České republice nefunguje u zdravotních pojišťoven zajištění v takové podobě, jako u jiných privátních pojišťoven. To je způsobeno statutárním fungováním zdravotního pojištění. Určité snahy zabezpečit fungování trhu zdravotní péče tady ale i přesto lze nalézt.

Jednou z nich může být například povinnost Všeobecné zdravotní pojišťovny v případě bankrotu některé zaměstnanecké pojišťovny přijmout všechny její pojištěnce do pojištění, pokud si sami nevyberou jinou zdravotní pojišťovnu.

Dalšími formami zajištění je například právo Všeobecné zdravotní pojišťovny v případě zvýšených výdajů zažádat stát o půjčku, a to až do výše poloviny jejího deficitu. Každá pojišťovna si také sama tvoří tzv. rizikové fondy, které slouží pro krytí mimořádných případů s vysokými náklady na léčení. [1]

^(3,4) Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění

3.6 Informační systémy

Informační systémy jsou nedílnou součástí nejen zdravotních pojišťoven. Slouží k získávání potřebných dat, jejich zpracování a vyhodnocování, ukládání a poskytování výstupních informací pro další použití. Síť informačních systémů zdravotních pojišťoven je velmi spleť a může tvořit až 25 % jejich správních nákladů.

Strukturu informačních systémů lze rozdělit následovně:

- komunikační systémy,
- provozní systémy,
- účetní a správní systémy,
- manažerské systémy.

Pro činnost zdravotní pojišťovny mají specifické rysy právě komunikační a provozní systémy. Zbylé dva systémy, účetní a správní systém a manažerský systém, nemají z pohledu zdravotních pojišťoven žádný významnější charakter, proto jsou zde používány běžně dostupné informační systémy jako v jiných obdobných podnicích. [1]

3.6.1 Komunikační systém

Cílem komunikačního systému je zajistit kontakt zdravotní pojišťovny s jejím okolím, tedy s plátcí pojistného na všeobecné zdravotní pojištění a s poskytovateli zdravotní péče. Jde o předávání důležitých informací mezi všemi účastníky zdravotního pojištění. Pojištěnci vyhledávají informace o smluvních poskytovatelích zdravotní péče, poskytovatelé si u zdravotních pojišťoven ověřují platnost zdravotního pojištění pacientů a v neposlední řadě si zdravotní pojišťovny získávají informace o poskytnuté zdravotní péči svým pojištěncům.

V dnešní době mají komunikační systémy podobu webových portálů, kde jsou jak informace veřejně přístupné, tak i informace, které může například poskytovatel čerpat až po podepsání smlouvy se zdravotní pojišťovnou a získání tak potřebného certifikátu pro správné spuštění aplikace. Tento certifikát tak zabraňuje veřejný přístup k citlivým informacím. Shromažďované údaje a to především údaje o pojištěncích a o vykázaných výkonech zdravotní péče by mohli být snadno zneužitelné, proto i zde platí zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

V současné době dochází v rámci českého zdravotnictví v kontextu s ostatními evropskými zdravotnickými systémy k zavádění tzv. eHealth, neboli elektronické zdravotnictví. Jedná se zde o aplikace informačních a komunikačních technologií, které zahrnují široké spektrum procesů v oblasti zdravotnictví. Tento systém slouží nejen k výzkumu a vzdělávání, ale jedná se především o nástroj pro zdravotnickou správu, plátce pojistného a pacienty. Největší předností tohoto informačního systému je jeho obsáhlost a propojení s ostatními mezinárodními zdravotnickými službami. Cílem tohoto elektronického zdravotnictví je prostřednictvím centralizace dat především zkvalitnění služeb poskytované zdravotní péče a dostupnost této péče. Elektronické zdravotnictví je významný a dlouhodobý projekt, který je finančně podporován i z fondů EU. [2]

3.6.2 Provozní systém

Provozní informační systém je klíčovým a nejpropracovanějším systémem zdravotní pojišťovny. Je to jakási centrála všech informačních cest, které skrze zdravotní pojišťovnu proudí. Zajišťují totiž veškerou agendu spojenou s činností zdravotní pojišťovny. To znamená, že zaznamenává a zpracovává informace o pojištěncích. Vede registr pojištěnců s jejich osobními údaji a zaznamenává zde příchozí platby pojistného.

Zpracovává údaje spojené s úhradami zdravotní péče. To zahrnuje mimo jiné správu sazebníků za jednotlivé úkony zdravotní péče, evidence cen a příspěvků na poskytované léky. Vede registr poskytovatelů zdravotní péče a evidenci s nimi sjednaných smluvních podmínek. Zpracovává záznamy o provedených výkonech zdravotní péče a provádí následné kontroly vykázaných údajů poskytovateli o těchto úkonech.

Provozní systém je jedním z nejnáročnějších informačních systémů. To je způsobeno především tím, že tento systém dále komplikují různá častá regulační opatření Ministerstva zdravotnictví ČR. Jsou to opatření většinou týkající se úhrad poskytnuté zdravotní péče. Pokud totiž nedojde při dohodovacím řízení s poskytovateli zdravotní péče k dohodě o způsobu úhrady za poskytnutou zdravotní péči, musí vydat Ministerstvo zdravotnictví novou vyhlášku o úhradách zdravotní péče. [15]

Systém je také náročný na získávání dat, která pojišťovna sbírá od poskytovatelů zdravotní péče a od samotných pojištěnců. Některá data jsou předávána v elektronické podobě, jiná formou papírových formulářů, které slouží především pro získání informací od pojištěnců. Nevýhodou papírových formulářů je ale jejich pomalé zpracování a také vyšší náklady na pořízení.

Klíčovými informacemi, které zdravotní pojišťovna pro svou činnost sleduje, jsou především údaje o výši úhrad za výkony poskytnuté zdravotní péče, předepsaných léčivých, poskytnutých zdravotních pomůckách, poskytnuté lázeňské péči apod. [15]

3.7 Základní dokumenty pro činnost zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny působící na trhu zdravotní péče jsou povinny každoročně předkládat

Ministerstvu zdravotnictví a ministerstvu financí některé důležité dokumenty související s hospodařením zdravotní pojišťovny. Jedná se především o následující dokumenty:

- zdravotně pojistný plán,
- účetní závěrka,
- návrh výroční zprávy za minulý rok,
- zpráva auditora.

Účetní závěrka je sestavována vždy ke konci účetního období a vykazuje stav aktiv a pasív a výsledek hospodaření zdravotní pojišťovny. Zpráva auditora pak vyjadřuje, zda tato účetní závěrka udává pravdivý a věrný obraz stavu zdravotní pojišťovny.

3.7.1 Zdravotně pojistný plán

Zdravotně pojistný plán je důležitým dokumentem pro zdravotní pojišťovny. Bez schválení zdravotně pojistného plánu Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem financí nemůže zdravotní pojišťovna pokračovat dále ve své činnosti. Zdravotně pojistný plán totiž obsahuje všechny důležité informace o hospodaření zdravotní pojišťovny, jako jsou plány příjmů a výdajů členěné podle jednotlivých fondů zdravotní pojišťovny, plány provozních nákladů, náklady zdravotní péče hrazené zdravotní pojišťovnou, předpokládaný vývoj počtu pojištěnců včetně struktury pojištěnců, přehled struktury smluvních zdravotnických zařízení včetně způsobu zajištění dostupnosti služeb nabízených zdravotní pojišťovnou. Důležité je pro činnost zdravotní pojišťovny, aby byl zdravotně pojistný plán vyrovnaný. Ten totiž nesmí vykazovat ztrátu, ale také ani přílišné zůstatky na účtech zdravotní pojišťovny.

Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí následně posuzuje návrh zdravotně pojistného plánu. V případě kladného posouzení postupují obě ministerstva návrh zdravotně pojistného plánu vládě, která tyto návrhy schvaluje v souvislosti se schvalováním veřejného

rozpočtu. V opačném případě je návrh zdravotně pojistného plánu vrácen zdravotní pojišťovně k přepracování. Nebude-li ale zdravotně pojistný plán zdravotní pojišťovny schválen včas před 1. lednem roku, ke kterému je návrh zdravotně pojistného plánu sestavován, dochází k sestavení náhradního plánu zvaného provizorním plánem, který pro danou zdravotní pojišťovnu sestaví Ministerstvo zdravotnictví po dohodě s Ministerstvem financí.

3.7.2 Výroční zpráva

Výroční zpráva je dokument, ve kterém je zhodnoceno naplnění zdravotně pojistného plánu k příslušnému roku. Nedílnou součástí výroční zprávy je také ověření účetní závěrky auditorem. Pokud se zaměstnanecká zdravotní pojišťovna dostala podle výsledků plynoucí z výroční zprávy do ztráty, bude na ni uvalena nucená správa. V případě platební neschopnosti Všeobecné zdravotní pojišťovny lze po dobu jednoho roku také uvalit nucenou správu. Po vyčerpání prostředků rezervního fondu se ale stát zaručuje za uhrazení nákladů poskytnuté zdravotní péče za Všeobecnou zdravotní pojišťovnu ze státního rozpočtu. V tomto případě se jedná o formu návratné finanční pomoci, která může činit až polovinu prokázaného deficitu. O poskytnutí této návratné finanční pomoci rozhoduje vláda na základě návrhu Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva financí.

3.7.3 Povinnost zveřejňování informací

Zdravotní pojišťovny mají zákonnou povinnost zveřejňovat své schválené zdravotně pojistné plány, účetní závěrky a výroční zprávy. Zveřejnění zmíněných dokumentů musí být provedeno tak, aby umožňovalo i dálkový přístup. Nejčastějším způsobem jsou dané dokumenty zveřejňovány na webových portálech jednotlivých zdravotních pojišťoven.

4 Regulace trhu zdravotních pojišťoven

Činnost zdravotních pojišťoven je nedílnou a důležitou součástí povinného zdravotního pojištění v České republice. Jedná se zde o systém obhospodařující významnou sumu finančních prostředků a to i z rozpočtu veřejných. Dále zdravotní pojišťovny zabezpečují přístup ke zdravotní péči poskytované v rámci celé České republiky a v prostoru Evropské unie. Proto je potřeba působení zdravotních pojišťoven právně vymezit.

4.1 Legislativa

Legislativně je trh všeobecného zdravotního pojištění upraven následujícími právními normami.

Zákony:

- Zákon č. 48/1997 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění,
- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění,
- Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách,
- Zákon č. 351/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách,
- Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

Vyhlášky:

- Vyhláška Ministerstva financí ČR 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,
- Vyhláška č. 644/2001 Sb., o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění, průměrných nákladech a o jednacím řádu dozorčího orgánu,

Související právní předpisy:

- Zákon č. 320/2001 Sb., O finanční kontrole ve veřejné správě,
- Zákon č. 500/2004 Sb., Správní řád.

4.2 Dohled nad zdravotními pojišťovnami

Na českém zdravotně pojistném trhu neexistuje nezávislý samostatný orgán dohledu, tak jako je tomu například v bankovníctví. Dohled nad zdravotními pojišťovnami provádí v současné době Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí. Dohled je tedy plně v rukou členů vlády, a tak přímo podléhá politickým tlakům. Nedostatkem tohoto dozoru je, že provádění dohledu nebývá hlavním zájmem ministrů vzhledem k jejich dalším činnostem.

Další komplikace vznikají možná i z důvodu rozdělení dohledu mezi dvě ministerstva. Prolínání kompetencí a jejich nepřesné vymezení vede k tomu, že dohled nad zdravotními pojišťovnami není řešen uceleně a v některých oblastech se dohled stává nedostatečným.

Z těchto důvodů je připraven věcný záměr zákona o Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. Mezi výhody tohoto úřadu patří bezesporu jeho výlučná specializace na výkon dohledu, s tím související profesionalita a také politická nezávislost. Mezi činnostmi Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami by podle věcného záměru zákona patřilo hodnocení činnosti zdravotních pojišťoven, předcházení vzniku možných problémů, případně vyžadovat

jejich nápravu, udělovat sankce a sestavovat prognózy budoucího vývoje. Činnost Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami zahrnuje následující oblasti:

- 1) dohled nad hospodařením zdravotních pojišťoven a plněním povinností vyplývajících ze zákona,
- 2) dohled nad plněním nároků pojištěnců zdravotními pojišťovnami,
- 3) činnost zdravotních pojišťoven s platnou licencí a platným povolením,
- 4) kontrola plnění opatření uložených zdravotní pojišťovně Úřadem pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. [5]

5 Fúze obecně

Fúze obchodních společností a družstev jsou upraveny zákonem č. 125/2008 Sb., o přeměnách obchodních společností a družstev, který vstoupil v platnost 1. července roku 2008. Před tím byla tato problematika popsána v obchodním zákoníku. Forma samostatného zákona byla zvolena především z důvodu začlenění desáté směrnice Evropské unie o přeshraničních fúzích kapitálových společností do českého právního řádu. Upravuje tak přehledně celou problematiku přeměn obchodních společností a družstev. [9]

Zákon o přeměnách obchodních společností a družstev v úvodu obsahuje obecná ustanovení společná pro všechny druhy přeměn. Dále se věnuje jednotlivým typům přeměn. Ustanovení každého jednotlivého typu přeměn jsou vždy rozdělena tak, že nejprve jsou uvedena společná ustanovení pro všechny obchodní společnosti a družstva, a pak zvláštní ustanovení pro jednotlivé obchodní společnosti a družstva. [3]

Fúze je vlastně spojení dvou nebo více podniků. Fúze společnosti může být uskutečněna buď splynutím nebo sloučením. V obou případech dochází ke zrušení a zániku původní společnosti, přičemž u sloučení se tato společnost stává součástí jiné dříve existující společnosti a převádí k ní i své jmění. Společníci zaniklé společnosti se stávají společníky nástupnické obchodní společnosti, přičemž na procesu fúze se účastní jak zanikající společnost, tak společnost nástupnická. [1]

Oproti tomu při splynutí vytvářejí dvě, nebo více, původní společnosti společnost zcela novou. Jméno obou společností přechází na novou společnost a zůstávají i stejní společníci. Na procesu fúze se tak vlastně podílí obě zanikající společnosti.

Fúze může mít také formu vnitrostátní nebo přeshraniční fúze. Důležité ale je, aby zanikající i nástupnické obchodní společnosti měly stejnou právní formu.

5.1 Zpráva o přeměně

Nedílnou součástí fúze je zpráva o přeměně, kterou je povinen zpracovat statutární orgán každé ze zúčastněných obchodních společností. V této zprávě musí být vlastně objasněny důvody pro přeměnu společnosti a její důsledky. Dále musí tato zpráva obsahovat podle § 24 zákona č. 125/2008 Sb. alespoň:

- odůvodnění výše vkladů do základního kapitálu,
- změny ekonomického a právního postavení společníků nebo členů,
- změny v rozsahu ručení,
- dopady fúze na věřitele a jejich pohledávky,
- a jiné údaje související s obtížemi při oceňování majetku společnosti a s výměnou poměru obchodních listů.

5.2 Legislativní změny

Hlavní změnou, kterou zákon č. 125/2008 Sb. přináší oproti původním ustanovením v obchodním zákoníku, je právě zakotvení desáté směrnice Evropské unie o přeshraničních fúzích kapitálových společností, tedy možnost provádět přeshraniční fúze. Zakázány jsou pouze fúze českých obchodních společností a družstev se subjekty, které nejsou založeny podle práva některého z členských států EU nebo Evropského hospodářského prostoru. Přeshraniční fúze se tak nejprve v přípravné fázi řídí pravidly pro vnitrostátní fúze, teprve vlastní dokončení fúze se řídí právním řádem státu, ve kterém bude mít nástupnická společnost své sídlo. [8]

Nově byl také zaveden termín projekt fúze, který je společný pro všechny druhy přeměn. Tento projekt jsou povinny v písemné formě vypracovat všechny zúčastněné společnosti.

Projekt fúze je velmi složitý proces a musí obsahovat všechny povinnosti dané zákonem č.125/2008 Sb. o přeměnách obchodních společností a družstev v druhé části tohoto zákona, hlava 1, díl 2, § 70.

Při přeměně obchodní společnosti nebo družstva je také důležité správné ocenění majetku společnosti. Zanikající společnost je tedy povinna nechat ocenit svůj majetek odborným znalcem pro ocenění jmění. Posudek znalce pak musí obsahovat alespoň:

- popis jmění společnosti s ručením omezeným nebo akciové společnosti,
- použité způsoby ocenění,
- částku, na kterou se jmění společnosti s ručením omezeným nebo akciové společnosti oceňuje.

V zákoně č. 125/2008 Sb. došlo také k prodloužení doby pro přípravu fúze z původních 9ti měsíců na současných 12 měsíců. V této době musí společnost podat návrh na zápis přeměny do obchodního rejstříku.

Přeměna obchodní společnosti je podle tohoto zákona možná za určitých podmínek i v případě, že společnost již vstoupila do likvidace, nebo ve společnosti probíhá insolventní řízení, v němž se řeší hrozící úpadek společnosti.

Právní účinky fúze nastávají ke dni jejího zápisu do obchodního rejstříku.

6 Fúze podle zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

Dne 11.9.2009 byl schválen zákon č. 351/2009, kterým se upravuje zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Změny v tomto zákoně se mimo jiné týkají také právě problematiky slučování zdravotních pojišťoven.

Podle této novely je totiž přípustné sloučení zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven již pouze v případě, nedosáhne-li zaměstnanecká zdravotní pojišťovna do jednoho roku od založení minimálního požadovaného počtu pojištěnců v počtu 100.000., nebo je-li na zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnu uvalena nucená správa. [5]

Dojde-li ke splnění některé z uvedených podmínek žádá zaměstnanecká zdravotní pojišťovna o povolení ke sloučení s jinou zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou Ministerstvo zdravotnictví, které vydává povolení až po vyjádření Ministerstva financí. S žádostí o povolení je samozřejmě potřeba doložit také nový zdravotně pojistný plán.

V některých případech může docházet ke sloučení zaměstnanecké zdravotní pojišťovny se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. V tomto případě automaticky zaměstnanecká zdravotní pojišťovna zaniká a Ministerstvu zdravotnictví stačí změnu pouze oznámit.

V případě sloučení dvou zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven nebo jedné zaměstnanecké zdravotní pojišťovny se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, v obou těchto případech platí, že se zaměstnanecká zdravotní pojišťovna ruší bez likvidace a celý majetek přechází na Všeobecnou zdravotní pojišťovnu nebo na přebírající zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnu. Z toho vyplývá povinnost převzetí majetku i se všemi závazky rušené zdravotní pojišťovny. V tomto případě může Všeobecná zdravotní pojišťovna nebo přebírající zaměstnanecká

zdravotní pojišťovna zažádat Ministerstvo zdravotnictví o tzv. návratnou finanční výpomoc. O udělení této návratné finanční výpomoci rozhoduje vláda na návrh Ministerstva zdravotnictví. [4]

V neposlední řadě je potřeba předat zprávu o sloučení také Centrálnímu registru pojištěnců, který spravuje Všeobecná zdravotní pojišťovna.

V případě, kdy se sloučením zrušuje zaměstnanecká pojišťovna s více než 200.000 pojištěnců, uděluje povolení podle §6 odstavce 5 zákona č. 351/2009 Sb., kterým se mění zákon o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách., ve znění pozdějších předpisů, Ministerstvo zdravotnictví po souhlasném stanovisku vlády.

7 Tendence slučování zdravotních pojišťoven

V souvislosti s novelou zákona č. 351/2009, kterým se s účinností od 1. listopadu 2009 mění zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, je jedinou možnou příčinou sloučení zdravotních pojišťoven hrozící úpadek zdravotní pojišťovny, a to buď z výše uvedených důvodů uvalení nucené správy na zdravotní pojišťovnu, nebo nedosažení požadovaného minimálního počtu pojištěnců do jednoho roku působnosti zdravotní pojišťovny od jejího založení, a to ve výši 100.000 pojištěnců. Tato úprava tak slučování zdravotních pojišťoven jednoznačně omezuje.

Důvodem omezení slučování zdravotních pojišťoven byla především snaha udržet na českém trhu všeobecného zdravotního pojištění dostatečně široké konkurenční prostředí. Čím dál častěji se totiž začínaly projevovat snahy fúzí zdravotních pojišťoven spíše ze spekulativních důvodů. Nejčastěji uváděným příkladem bývá sloučení zdravotní pojišťovny Agel s Hutnickou zdravotní pojišťovnou dne 1.7.2009 a další následnou fúzí s Českou národní zdravotní pojišťovnou dne 1.10.2009, ještě před účinností zákona 351/2009 Sb., podle kterého by sloučení již nebylo možné. K tomuto datu došlo také k přejmenování Hutnické zdravotní pojišťovny a vznikla tak Česká průmyslová zdravotní pojišťovna.

Prosazení novely zákona a udržení tak konkurenčního prostředí na trhu zdravotních pojišťoven je základním předpokladem českého veřejného zdravotního pojištění. Zabránění vzniku velkých zdravotních pojišťoven s monopolním postavením na trhu zdravotní péče by totiž podle navrhovatelů této novely mohlo mít nepřímo negativní dopad na celý trh zdravotní péče. V každé monopolní organizaci se totiž časem vytrácí tlak na snižování jejich nákladů. Ačkoliv jsou ceny pojistného a ceny úhrad zdravotní péče stanovovány státem, negativní důsledky chybějící snahy minimalizace nákladů by se projeвили v celkové ne hospodárnosti zdravotní pojišťovny. To by mělo za cíl snížení kvalit poskytovaných služeb nad zákonný rámec zdravotní péče. Těmi jsou například zmiňované preventivní programy, které pomáhají udržovat stabilitu poskytované zdravotní péče. Současně se nekonkurenční trh stává rigidní a

neflexibilní. Konkurence zdravotních pojišťoven do jisté míry zabezpečuje samoregulaci trhu poskytované zdravotní péče.

Před úpravou zákona 280/1992 Sb., bylo sloučení zdravotních pojišťoven po udělení souhlasu Ministerstva zdravotnictví možné i z jiných důvodů, než jsou současné nedodržení minimálního počtu pojištěnců do jednoho roku působnosti od založení zdravotní pojišťovny a v případě, kdy je zdravotní pojišťovna pod nucenou správou. Jednalo se o důvody jako jsou například:

- snahy rozšíření územní působnosti zdravotních pojišťoven,
- získání nových pojištěnců a lepšího konkurenčního postavení na trhu zdravotních pojišťoven,
- splynutí dvou různě rizikových pojistných kmenů a snížení rizika vzniku hromadných úhrad zdravotní péče,
- možná úspora drahého managementu,
- úspora běžných provozních nákladů na nájemné, energie, licence,
- a jiné nákladové důvody, například při pořízování nového majetku zdravotní pojišťovny.

Zdravotní pojišťovny po celou dobu jejich působení na trhu zdravotních pojišťoven od roku 1992 využívaly možnosti vzájemného sloučení. Od roku 1996, kdy proběhlo první sloučení Zdravotní pojišťovny PRIMA se zdravotní pojišťovnou CRYSTAL, proběhlo 13 dalších sloučení zdravotních pojišťoven. Přehled vývoje všech zdravotních pojišťoven působících na českém trhu zdravotní péče je přílohou této diplomové práce (Příloha 1).

Ačkoliv bylo slučování zdravotních pojišťoven připravováno systematicky pro zlepšení jejich stavu a hospodaření, přináší s sebou tento proces i některá negativa. Jedním z největších negativ je vnímání procesu sloučení zdravotních pojišťoven samotnými rezidentními pojištěnci. Spekulace o příčinách sloučení zdravotních pojišťoven mohou vyvolat nežádoucí

poplašné zprávy a obavy mezi pojištěnci o solventnosti jejich zdravotní pojišťovny. Dochází pak k částečnému odlivu původních pojištěnců. Zdravotní pojišťovny si toto riziko uvědomují a snaží se s ním různými způsoby vypořádat. Oslovují například své pojištěnce dopisem, ve kterém vysvětlují důvody sloučení jejich zdravotní pojišťovny s jinou zdravotní pojišťovnou a lákají je na nové výhodné zdravotní programy ze sloučení pro ně vyplývající. To vše jsou ale další nemalé náklady, se kterými musí zdravotní pojišťovny při sloučení počítat.

Dalším problémem, je vnímání sloučení zdravotních pojišťoven samotnými zdravotnickými zařízeními. Je nutné znovu zabezpečit síť zdravotnických zařízení a podepsat nové smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče. Nedůvěra zdravotnických zařízení může být ale opět přesunuta i na rezidentní pojištěnce, kteří zvažují odchod k jiné zdravotní pojišťovně.

Nemalými náklady doprovázející sloučení zdravotních pojišťoven jsou i náklady na sjednocení informačních systémů a procesů ve zdravotní pojišťovně a náklady na sjednocený image zdravotních pojišťoven. Je potřeba sjednotit celý profil zdravotní pojišťovny, vzhled a vybavení poboček, výstupních materiálů, jako jsou brožury, letáky apod.

Důvody pro sloučení zdravotních pojišťoven byly různé a vždy vyplývaly z jejich aktuálních konkrétních potřeb. Celý proces sloučení zdravotních pojišťoven tak, jak to ještě umožňoval zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, zachycuje následující modelový příklad.

8 Modelový příklad

Modelový příklad je vypracován na základě dvou fiktivních regionálních zdravotních pojišťoven.

První modelovou zdravotní pojišťovnou je *Zemědělská zdravotní pojišťovna*. Tato zdravotní pojišťovna působí převážně v zemědělské oblasti a jejími klienty jsou tedy zemědělci a lidé pracující v potravinářském průmyslu. Jde tedy většinou o pojištěnce s průměrnými nebo podprůměrnými příjmy. Je to také oblast, odkud odcházejí mladí lidé a dochází tak k rychlému zvyšování průměrného věku obyvatel v dané oblasti. Zemědělská zdravotní pojišťovna má hlavní sídlo v Olomouci a dále má ještě 2 kontaktní pobočky ve Zlíně v Prostějově. Celkem má Zemědělská zdravotní pojišťovna 112 351 pojištěnce a disponuje také novým informačním systémem.

Druhou modelovou zdravotní pojišťovnou je *Průmyslová zdravotní pojišťovna* se sídlem v Brně. Tato zdravotní pojišťovna má ještě další 4 kontaktní pobočky, z nichž jedna se nachází ve Zlíně, stejně jako pobočka Zemědělské zdravotní pojišťovny. Celkem obhospodařuje 133 216 pojištěnců. Klientela této zdravotní pojišťovny je velmi pestrá. Hojně zastoupení pojištěnců má ve všech 18ti věkových skupinách. Ve spádovém regionu Průmyslové zdravotní pojišťovny je dostatek pracovních míst, vyplývajících z několika průmyslových zón, prosperujícím cestovním ruchem a rozvojem služeb s ním souvisejícím. Je zde mnoho živnostníků s nadprůměrnými příjmy, kteří odvádějí vyšší platby pojistného zdravotního pojištění.

Pro přehlednost jsou základní údaje obou zdravotních pojišťoven shrnuté v následující Tabulce 6, představující zjednodušeně údaje z modelových zdravotně pojistných plánů obou zdravotních pojišťoven.

Tabulka 6 – Přehled údajů z modelových zdravotně pojistných plánů

Sledované údaje	Zemědělská zdravotní pojišťovna	Průmyslová zdravotní pojišťovna
Obecná část		
Sídlo	Olomouc	Brno
Organizační struktura	Ústředí v sídle 2 pobočky	Ústředí v sídle 4 pobočky
	1 pobočka ve stejném městě	
Dceřiné společnosti	Žádné	Žádné
Zajištění služeb zdravotní péče	prostřednictvím zázemí ústředí a poboček	prostřednictvím zázemí ústředí a poboček
Plány a tendence	Zdravotní pojišťovna má nový informační systém, od kterého si slibuje lepší kontrolu činnosti zdravotní pojišťovny a plateb pojistného.	Potřeba nového informačního systému pro zajištění snazší a rychlejší komunikace mezi pobočkami a ústředím a s okolím zdravotní pojišťovny (zdravotnická zařízení, plátcí pojistného, pojištěnci) a transparentnější kontrola činnosti zdravotní pojišťovny a plateb pojistného.
Pojištěnci		
Počet pojištěnců	112 351	133 216
Věková struktura pojištěnců	viz. Tabulka 7	viz. Tabulka 8
Základní fond zdravotního pojištění		
Obě zdravotní pojišťovny předpokládají na další rok dosažení vyrovnaného hospodaření,		

ačkoliv počítají s trendem mírného růstu nákladů na zdravotní péči, růstem cen energií, s trendem stárnutím populace a s přetrvávajícími problémy platební morálky plátců pojistného zdravotního pojištění		
Záměry	- Získání nových pojištěnců zejména v produktivním věku, - kontrola vykazovaných výkonů zdravotními zařízeními, - snaha transparentnější kontroly výdajů za zdravotní péči díky novému informačnímu systému.	- Zavedení nového informačního systému, - zvýšení kontroly výdajů za vykazovanou poskytnutou zdravotní péči, - transparentnější kontrola plateb pojistného, - usnadnění komunikace mezi ústředím a pobočkami.
Zdroje fondu	Pojistné	Pojistné
Smluvní politika	- Obnova starých smluv se zdravotnickými zařízeními, - potřeba rozšíření sítě zdravotnických zařízení, - získání nových specializovaných zdravotnických zařízení v regionu	- Obnova starých smluv se zdravotnickými zařízeními, - získání nových specializovaných zdravotnických zařízení v regionu
Struktura nákladů na zdravotní péči podle segmentů	Příklad struktury nákladů na zdravotní péči podle segmentů je součástí přílohy této diplomové práce Příloha 2 – Zdravotně pojistný plán Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra ČR	
	- největší podíl představují náklady na lůžkovou péči, dále převažují náklady na ústavní péči, nemocnice a léky	- největší podíl představují náklady na lůžkovou péči, dále převažují náklady na ambulantní péči

Ostatní fondy		
Prevence	Individuální preventivní programy. Příspěvky na: - očkování, - ozdravné pobyty, - lázně, - preventivní vyšetření	Preventivní programy zaměřené na rodinu. Příspěvky na: - cyklistické helmy, - plavání, - cvičení matek s dětmi, - očkování, - preventivní vyšetření, - lázně, - ozdravné pobyty
Provozní fond	Slouží k financování provozních činností zdravotní pojišťovny (softwarové služby, informační systémy, účetní systémy, internet, energie, nájemné a zejména mzdy, které tvoří největší podíl). Financován je z něho i sociální fond.	
	Nížší náklady na provoz poboček a nižší výdaje na sociální fond.	Vyšší náklady na provoz poboček a výdajů na sociální fond.
Majetek a investice	Žádné změny v majetku, žádné plánované investice.	Záměr pořízení nového informačního systému.
Sociální fond	Nížší náklady na mzdy.	Vyšší náklady na mzdy.
Rezervní fond podle zákona č. 280/1992 Sb.	Výše rezervního fondu činí 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění zaměstnanecké pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky.	
Ekonomické ukazatele		
Jedná se o ukazatele o počtu pojištěnců, stavu dlouhodobého majetku, stavu finančních investic, přijatých bankovních úvěrech nebo návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu, přijaté různé finanční dary nebo nenávratné dotace, údaje o stavu průměrného počtu zaměstnanců, o přidělech do základního fondu zdravotní péče a provozního fondu a		

další údaje týkající se závazků a pohledávek vzniklých se zdravotnickými zařízeními a plátcí pojistného.		
Přehled základních ekonomických ukazatelů	Příklad přehledu základních ekonomických ukazatelů je součástí přílohy této diplomové práce Příloha 2 – Zdravotně pojistný plán Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra ČR	
	- pojištěnci: větší podíl pojištěnců, za které platí pojistné stát - žádné přijaté bankovní úvěry, návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu, nebo nenávratné dotace - menší průměrný počet zaměstnanců	- pojištěnci: menší podíl pojištěnců, za které platí pojistné stát - žádné přijaté bankovní úvěry, návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu, nebo nenávratné dotace - větší průměrný počet zaměstnanců
Závěr		
Hodnocení navrhovaného zdravotně pojistného plánu	Zdravotně pojistný plán je vypracován jako vyrovnaný, ačkoliv jsou očekávány zvyšující se náklady na zdravotní péči, na provoz zdravotní pojišťovny v souvislosti s růstem cen energií a náklady v souvislosti s rozšiřováním služeb zdravotní pojišťovny. Přesto je zdravotní pojišťovna připravena dostát svým závazkům a zajistit tak svým pojištěncům kvalitní zdravotní péči prostřednictvím své sítě zdravotnických zařízení.	

Zdroj: Vlastní práce na základě vzoru existujících zdravotně pojistných plánů

Pro doplnění údajů modelových zdravotně pojistných plánů následují tabulky – Tabulka 7, Tabulka 8, představující věkové struktury obou zdravotních pojišťoven. V modelových tabulkách je zachycen vývoj počtu pojištěnců v letech 2006 – 2008, přitom exaktní údaje jsou

známé pouze pro rok 2006. Pro rok 2007 nejsou ještě v době sestavování návrhu zdravotně pojistného plánu známy údaje z konce roku 2007 a pro následující rok 2008 jde pouze o předpokládaný vývoj zdravotní pojišťovny na základě matematicko statistických metod a informací o svém pojistném kmeni.

Tabulka 7 – Věková struktura pojištěnců Zemědělské zdravotní pojišťovny

Věková skupina	Skutečnost 2006	Očekávaná skutečnost 2007	ZPP 2008	ZPP/oček. skuteč. 2007 (%)
0-5	3 014	3 011	3 009	99,9
5-10	5 165	5 158	5 149	99,8
10-15	6 934	6 934	6 942	100,1
15-20	7 520	7 519	7 535	100,2
20-25	6 680	6 680	6 664	99,8
25-30	5 991	5 990	5 982	99,9
30-35	8 235	8 235	8 239	100,0
35-40	7 935	7 934	8 117	102,3
40-45	8 168	8 168	8 201	100,4
45-50	7 752	7 751	7 978	102,9
50-55	10 495	10 494	10 516	100,2
55-60	11 730	11 729	11 752	100,2
60-65	8 262	8 262	8 313	100,6
65-70	4 945	4 945	5 104	103,2
70-75	3 925	3 925	3 959	100,9
75-80	2 531	2 531	2 538	100,3
80-85	2 207	2 207	2 215	100,4
85+	878	878	936	106,6
Celkem	112 367	112 351	113 149	100,7

Zdroj: Vlastní práce

Následuje tabulka znázorňující věkovou strukturu pojištěnců Průmyslové zdravotní pojišťovny.

Tabulka 8 – Věková struktura pojištěnců Průmyslové zdravotní pojišťovny

Věková skupina	Skutečnost 2006	Očekávaná skutečnost 2007	ZPP 2008	ZPP/oček. skuteč. 2007 (%)
0-5	4 814	5 154	5 157	100,1
5-10	6 165	6 997	7 008	100,2
10-15	6 934	7 134	7 148	100,2
15-20	8 349	8 916	8 915	100,0
20-25	8 297	8 681	8 697	100,2
25-30	8 630	9 234	9 282	100,5
30-35	10 021	10 516	10 543	100,2
35-40	10 935	11 692	11 802	100,9
40-45	11 368	12 168	12 359	101,6
45-50	9 475	9 893	9 962	100,7
50-55	9 491	9 989	10 012	100,2
55-60	8 736	9 329	9 332	100,0
60-65	8 254	8 262	8 401	101,7
65-70	4 945	5 145	5 199	101,1
70-75	4 102	4 206	4 227	100,5
75-80	2 531	2 589	2 608	100,7
80-85	2 114	2 225	2 227	100,1
85+	902	1 086	1 092	100,1
Celkem	112 367	133 216	133 971	100,6

Zdroj: Vlastní práce

8.1 Nedostatky hospodaření zdravotních pojišťoven

Na trh zdravotní péče působí mnohé negativní faktory, které komplikují činnost zdravotních pojišťoven. To se týká i výše uvedených fiktivních zdravotních pojišťoven. Jsou jimi zejména obecné faktory jako například stárnutí populace, prodlužující se věk obyvatel doprovázený zvýšenou zdravotní péčí k udržení zdravotního stavu, nové diagnostické a léčebné technologie a postupy léčení s využitím nových přístrojů, nově zaváděná, většinou drahá léčiva, ale také specifické faktory vyplývající z konkrétního hospodaření zdravotních pojišťoven. Dalšími faktory jsou například snaha zdravotnických zařízení nakupovat nejmodernější technologie a tím poskytovat kvalitnější, ale zároveň dražší zdravotní péči.

Nepříznivý demografický vývoj, jeden z hlavních problémů celé politiky sociálního zabezpečení a zdravotnictví, způsobuje nárůst počtu pojištěnců pobírající dávky důchodového pojištění. Za tyto pojištěnce platí ze zákona pojistné stát, avšak nejedná se zde o plnohodnotné pojistné. Náklady poskytované zdravotní péče zejména pro tyto vyšší věkové skupiny ale zároveň stále rostou a převyšují tak inkasované pojistné připadající na tyto věkové skupiny.

Obdobným příkladem může být trend zvyšování úrovně dosaženého vzdělání. Dochází tak nárůstu pojištěnců, za které platí pojistné zdravotního pojištění stát i na straně mladých lidí.

Také růst cen obecně vyvolává růst nákladů, zejména nákladů provozních, jako jsou nájemné, výdaje za spotřebu energií, mzdové náklady. Větším problémem pro zdravotní pojišťovnu je však rostoucí trend v nákladech za poskytnuté výkony zdravotní péče. Trvale roste počet výkonů zdravotní péče a ani zavedení poplatků u lékaře neznamenalo pokles poskytované zdravotní péče.

8.1.1 Nedostatky hospodaření Zemědělské zdravotní pojišťovny

Hlavním nedostatkem Zemědělské zdravotní pojišťovny je právě struktura vlastního pojistného kmene. Jak ukazuje Tabulka 7, největší podíl pojistného kmene zaujímají věkové skupiny 50-55 let a 55-60 let. U těchto věkových kategorií dochází ke zvýšeným nákladům na zdravotní péči a zároveň to jsou kategorie, za které zdravotní pojišťovna inkasuje nízké pojistné. Navíc v regionu působnosti Zemědělské zdravotní pojišťovny dochází k odlivu mladých lidí v produktivním věku, což zhoršuje strukturu celého pojistného kmene. Ačkoli vlivem přerozdělování pojistného skrze Zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění dochází ke snížení negativních dopadů nevhodné struktury pojistného kmene, přesto Zemědělské zdravotní pojišťovně hrozí, že se bude v blízké budoucnosti potýkat s existenčními problémy.

Spekulativní může být zakoupení nového informačního systému pro Zemědělskou zdravotní pojišťovnu. Cílem investice bylo především zkvalitnění kontroly finančních toků ve zdravotní pojišťovně a zejména pak kontrola plateb pojistného. Avšak náklady na pořízení takového informačního systému jsou vysoké a jeho pořízením došlo k vyčerpání fondu investic.

8.1.2 Nedostatky hospodaření Průmyslové zdravotní pojišťovny

Hlavním nedostatkem Průmyslové zdravotní pojišťovny je především zastaralý informační systém. Pořízení nového informačního systému, který by usnadnil a urychlil komunikaci v rámci zdravotní pojišťovny samotné, tak i vně s jejím okolím – s plátcí pojistného, s pojištěnci, se zdravotnickými zařízeními a také se státem. Pomohl by ale také se zkvalitněním kontroly plateb pojistného a úhrad za výkony vykázané zdravotní péče zdravotnickými zařízeními.

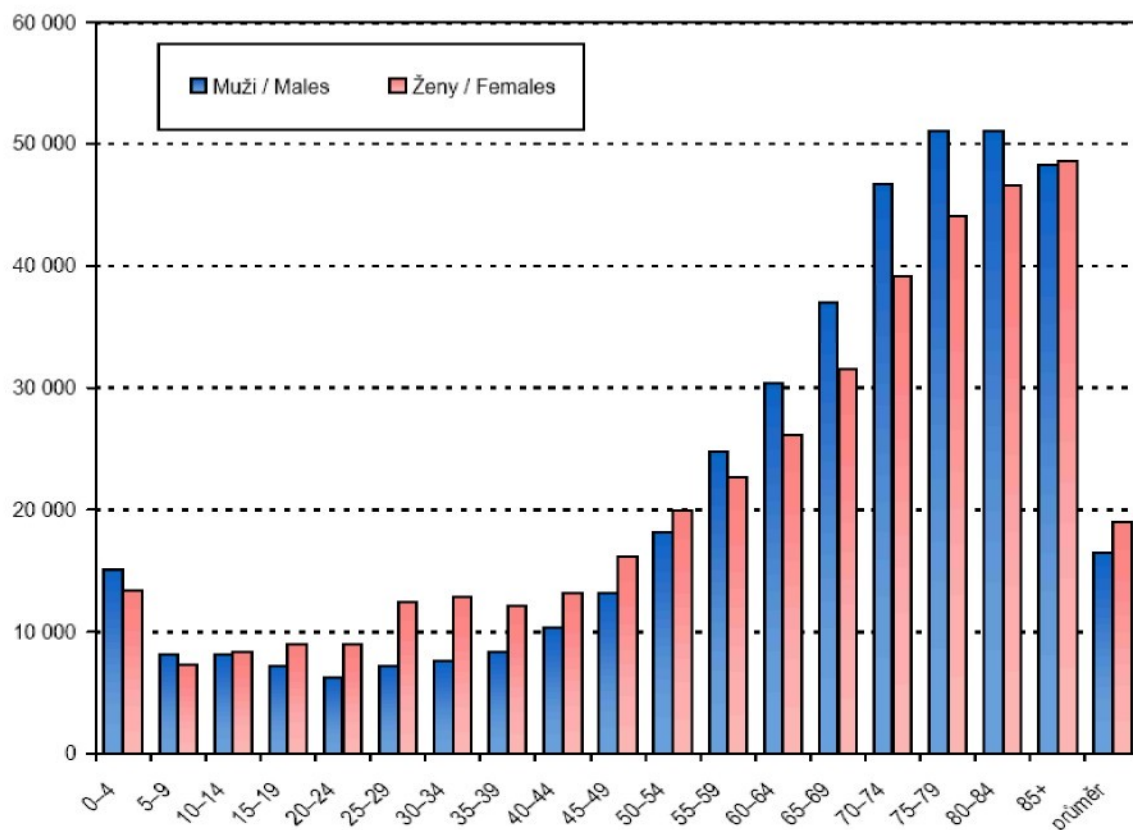
8.2 Důvody pro sloučení

Důvody pro sloučení uvedených modelových zdravotních pojišťoven vyplývají z jejich konkrétních nedostatků.

Pro Průmyslovou zdravotní pojišťovnu, jejíž hlavní prioritou v současné době je pořízení a zavedení nového informačního systému, by sloučení se Zemědělskou zdravotní pojišťovnou představovalo značné snížení nákladů na pořízení požadovaného informačního systému. Náklady na pořízení nového informačního systému a zakoupení licencí jsou vzhledem k velikosti zdravotní pojišťovny vysoké a mohly by postavení zdravotní pojišťovny ohrozit. Sloučení ze Zemědělskou zdravotní pojišťovnou tak představuje pro Průmyslovou zdravotní pojišťovnu určitou významnou výhodu.

Pro Zemědělskou zdravotní pojišťovnu by největším přínosem po sloučení z Průmyslovou zdravotní pojišťovnou mohlo být v případě sjednocení obou pojistných kmenů, snížení průměrného věku pojištěnců a snížení tak rizika vysokých úhrad za výkony zdravotní péče. Náklady na poskytovanou zdravotní péči se s růstem věku pojištěnců razantně zvyšují. Následující graf 1 zachycuje na ukázkou průměrné náklady všech zdravotních pojišťoven na zdravotní péči rozdělené podle věku a pohlaví a přepočtené na jednoho pojištěnce v roce 2007.

Obrázek 1



Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce podle věku a pohlaví v roce 2007 v Kč

Zdroj: EKONOMICKÉ INFORMACE VE ZDRAVOTNICTVÍ 2008 – Zdravotnické účty, ČSÚ 2009 [online]. Praha: ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR [cit.2010-03-05]. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&mnu_id=5300>

8.2.1 Upevnění postavení na trhu zdravotních pojišťoven

Obě zdravotní pojišťovny by sloučením dosáhly rozšíření jejich působnosti do blízkých regionů, což by pro Zemědělskou zdravotní pojišťovnu znamenalo přístup do regionu s nižším průměrným věkem obyvatelstva. Také by sloučením obě zdravotní pojišťovny získaly silnější postavení na trhu zdravotních pojišťoven. U obou zdravotních pojišťoven by

došlo ke snížení plánovaných výdajů a lze tedy očekávat lepší výsledky hospodaření a solventnost zdravotních pojišťoven vůči pojištěncům.

8.2.2 Úspora nákladů zdravotních pojišťoven

Hlavním důvodem sloučení zdravotních pojišťoven je zlepšení jejich výsledku hospodaření. Vzájemnou fúzí zdravotních pojišťoven a následnou restrukturalizací organizace vzniklé jedné zdravotní pojišťovny, lze uspořit významnou část zejména provozních nákladů.

Největší úsporou by bylo splynutí ústředí zdravotních pojišťoven. Uspořili by se nemalé náklady na provoz druhého ústředí. Došlo by také ke sloučení drahého managementu zdravotních pojišťoven a jeho restrukturalizací by došlo ke snížení vysokých mzdových nákladů. Lze také očekávat zlepšení profesní úrovně nově sestaveného managementu.

Nepotřebným by se také po sloučení zdravotních pojišťoven stal provoz obou poboček ve stejném městě Zlín. Z prodeje nebo případného pronájmu nadbytečné budovy ústředí a pobočky by zdravotní pojišťovna získala prostředky do fondu investic. Další prostředky do fondu investic může zdravotní pojišťovna získat prodejem nadbytečného hmotného majetku z těchto nevyužívaných prostor.

8.2.3 Rozšíření sítě smluvních zdravotnických zařízení

Sloučením zdravotních pojišťoven lze očekávat splynutí obou sítí smluvních zdravotnických zařízení. Dojde tak ke změně smluv o poskytování a úhradách zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních, kde dříve působily obě zdravotní pojišťovny. Dále lze předpokládat zlepšení postavení zdravotních pojišťoven a jejich důvěryhodnosti při

vyjednávání se zdravotnickými zařízeními a možnost tak rozšířit dosavadní síť zdravotnických zařízení. To je samozřejmě velkým přínosem zejména pro pojištěnce, kteří rozšířením nabídky zdravotnických zařízení získají lepší přístup k poskytované zdravotní péči.

8.2.4 Splynutí pojistného kmene

Při slučování zdravotních pojišťoven je také potřeba vyřešit otázku pojistného kmene. Pojistný kmen zanikající zdravotní pojišťovny je zpravidla sloučen s pojistným kmenem přebírající zdravotní pojišťovny a vzniká tak jeden ucelený pojistný kmen. V některých případech je možné po určitou omezenou dobu ponechat pojistný kmen zanikající zdravotní pojišťovny oddělený, ale to s sebou přináší komplikace ve formě vyšších nákladů a náročnosti kontroly fakturovaných poskytnutých výkonů zdravotnickými zařízeními.

V tomto modelovém příkladě sloučení zdravotních pojišťoven bude pro zdravotní pojišťovny lepší splynutí pojistných kmenů a zvýšení tak diverzifikace rizikových skupin pojištěnců pro zdravotní pojišťovnu. Jednotná správa pojistného kmene je také provozně úspornější a tedy pro zdravotní pojišťovny výhodnější.

9 Proces sloučení zdravotních pojišťoven

Slučování dvou ekonomických subjektů je relativně složitý proces. Slučování dvou zdravotních pojišťoven je o to složitější, že není dosud sestavena přesná metodika tohoto procesu a žádným způsobem toto neupravoval ani zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Nový zákon č. 351/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, fúze zdravotních pojišťoven jen omezuje na výše zmíněná kritéria nedosažení do jednoho roku od založení minimálního požadovaného počtu pojištěnců v počtu 100.000, nebo je-li na zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnu uvalena nucená správa. Nejsou tedy nikde dosud stanovené podmínky, které by proces fúze zdravotních pojišťoven nějakým způsobem usměrňovali.

Slučování zdravotních pojišťoven tak probíhá jakýmsi improvizovaným způsobem. Zásah přichází ve chvíli, kdy je potřeba změnu zdravotních pojišťoven schválit. Tato kompetence připadá Ministerstvu zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí.

9.1 Udělení povolení ke sloučení zdravotních pojišťoven

Pro udělení povolení ke sloučení zdravotních pojišťoven je zdravotní pojišťovna povinna doložit, že splňuje základní podmínky pro činnost zdravotních pojišťoven dané zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, stejně tak, jako když je zakládána nová zdravotní pojišťovna. Jedinou výjimkou při slučování zdravotních pojišťoven je, že zde odpadá povinnost složení kauce v částce 100.000.000, Kč podle novely zákona č. 351/2009 Sb., na zvlášť tomu určený účet. Tato povinnost odpadá z toho důvodu, že obě dosud fungující zdravotní pojišťovny už mají naplněný rezervní fond,

a proto není účelové tuto kauci při slučování zdravotních pojišťoven požadovat. Prostředky z kauce jsou totiž po zapsání nové zdravotní pojišťovny použity ve prospěch právě rezervního fondu.

Nedílnou součástí žádosti o povolení sloučení zdravotních pojišťoven, která je předkládána Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí, je zpráva o přeměně a návrh nového zdravotně pojistného plánu. V uvedené modelové situaci, by zdravotní pojišťovny žádaly také o změnu názvu přebírají Průmyslové zdravotní pojišťovny na Moravskou zdravotní pojišťovnu. Zemědělská zdravotní pojišťovna by zanikla bez likvidace a všechen její majetek, včetně závazků, by byl převeden právě na nově vzniklou Moravskou zdravotní pojišťovnu.

9.1.1 Zpráva o přeměně

V písemné zprávě o přeměně objasňují slučované zdravotní pojišťovny podrobně důvody pro jejich vzájemné sloučení. Jsou zde zachyceny očekávané důsledky plynoucí z fúze zdravotních pojišťoven.

9.1.2 Návrh zdravotně pojistného plánu

Obě slučované zdravotní pojišťovny pak předkládají jeden společný návrh zdravotně pojistného plánu. Základní údaje z návrhu zdravotně pojistného plánu pro novou Moravskou zdravotní pojišťovnu znázorňuje následující Tabulka 9.

Tabulka 9 – Přehled údajů modelového návrhu zdravotně pojistného plánu

Sledované údaje	Moravská zdravotní pojišťovna
Obecná část	
Sídlo	Brno
Organizační struktura	Ústředí v sídle 5 poboček
Dceřiné společnosti	Žádné
Zajištění služeb zdravotní péče	Prostřednictvím zázemí ústředí a poboček
Plány a tendence	Rekonstrukce a sjednocení vzhledu kontaktních míst, školení pracovníků, informační kampaň o přeměně zdravotních pojišťoven, implementace nového informačního systému do sídla a poboček společnosti. Se zavedením nového informačního systému bude také potřeba vyřešit otázku možnosti převodu dat z informačního systému, který už nebude používán. Je potřeba zachovat historii těchto dat pro další fungování zdravotní pojišťovny.
Pojištěnci	
Počet pojištěnců	245 567
Věková struktura pojištěnců	Vyrovnaní rozdílů ve věkových skupinách sjednocením pojistného kmene.
Základní fond zdravotního pojištění	
Zdravotní pojišťovna předpokládá, že sloučením dosáhne lepšího ekonomického výsledku. Vyrovnané hospodaření a solventnost zdravotní pojišťovny zaručí pojištěncům dostupnou a kvalitní zdravotní péči, ačkoliv i po sloučení působí dále na zdravotní pojišťovnu negativní faktory, jako jsou růst nákladů na zdravotní péči, růst cen energií, nepříznivý demografický	

vývoj.	
Záměry	- Získání nových pojištěnců zejména v produktivním věku, - zavedením nového informačního systému dojde k usnadnění a k zefektivnění kontroly vykazovaných výkonů zdravotními zařízeními a příjmů plateb pojistného, - zabezpečení komunikace mezi ústředím zdravotní pojišťovny a mezi jejími pobočkami.
Zdroje fondu	Pojistné
Smluvní politika	- změna stávajících smluv ze zdravotnickými zařízeními, - potřeba rozšíření sítě zdravotnických zařízení,
Struktura nákladů na zdravotní péči podle segmentů	- zvýšené náklady na ústavní a ambulantní péči, nemocnice a léky
Ostatní fondy	
Prevence	Preventivní programy zaměřené na rodinu. Příspěvky na: - cyklistické helmy, - plavání, - cvičení matek s dětmi, - očkování, - preventivní vyšetření, - lázně, - ozdravné pobyty.
Provozní fond	Snížení výdajů provozního fondu a snížení výdajů na sociální fond.
Majetek a investice	Prodej nepotřebného hmotného movitého a nemovitého majetku.
Sociální fond	Snížení výdajů sociálního fondu.

Rezervní fond podle zákona č. 280/1992 Sb.	Výše rezervního fondu činí 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění zaměstnanecké pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky.
Ekonomické ukazatelé	
Přehled základních ukazatelů	- pojištěnci: v průměru snížení podílu pojištěnců, za které platí pojistné stát - žádné přijaté bankovní úvěry, návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu, nebo nenávratné dotace - snížení průměrného počtu zaměstnanců - snížení stavu dlouhodobého majetku (prodej nemovitostí)
Závěr	
Hodnocení navrhovaného zdravotně pojistného plánu	Zdravotně pojistný plán je vypracován jako vyrovnaný, ačkoliv jsou očekávány zvyšující se náklady na zdravotní péči. Předpokládá se ale, že sloučením zdravotní pojišťovna sníží své provozní náklady. Tímto je zdravotní pojišťovna připravena dostát svým závazkům a zajistit tak svým pojištěncům kvalitní zdravotní péči prostřednictvím své dostupné sítě zdravotnických zařízení.

Zdroj: Vlastní práce na základě vzoru existujících zdravotně pojistných plánů

V případě schválení žádosti o sloučení zdravotních pojišťoven Ministerstvem zdravotnictví po domluvě s Ministerstvem financí, je potřeba tuto změnu neprodleně ohlásit Centrálnímu registru pojištěnců, který spravuje Všeobecná zdravotní pojišťovna.

9.2 Důsledky sloučení zdravotních pojišťoven

Sloučení zdravotních pojišťoven proběhlo za účelem zlepšení ekonomického stavu zdravotních pojišťoven, zlepšení jejich výsledku hospodaření a solventnosti. Neznamená to ale, že sloučení zdravotních pojišťoven s sebou nepřináší i nějaká negativa. Z různých úhlů pohledů se některé faktory mohou jevit protichůdně. Na sloučení zdravotních pojišťoven lze nahlédnout z pohledu všech účastníků zdravotního pojištění.

9.2.1 Důsledky sloučení z pohledu Zdravotní pojišťovny Morava

Z pohledu původních zdravotních pojišťoven bylo jejich vzájemné sloučení řešením, jak se na trhu zdravotních pojišťoven udržet a odolat tak negativním vlivům, které na zdravotní pojišťovny působí. Sloučením v jeden celek, získala zdravotní pojišťovna silnější postavení na trhu zdravotní péče a může tak lépe konkurovat ostatním zdravotním pojišťovnám na českém trhu zdravotních pojišťoven. Snižením především provozních nákladů a zavedením nového informačního systému se předpokládá dosažení lepších výsledků hospodaření. Tím se zdravotní pojišťovna stává lukrativnější pro potenciální nové pojištěnce.

Přes všechny zmíněné výhody sloučení zdravotních pojišťoven však nelze opomenout i některá negativa, která tento proces s sebou přináší. Jsou jimi zejména relativně vysoké náklady na sloučení zdravotních pojišťoven. Jedná se o náklady spojené s přípravou dokumentace k žádosti o povolení sloučení zdravotních pojišťoven. Dále jsou to náklady na sjednocení vzhledu zdravotních pojišťoven, jako jsou vybavení kontaktních míst a samotného ústředí, vzhled tiskopisů, letáků a webových stránek. Relativně vysoké náklady spočívají také ve sjednocení procesů uvnitř zdravotní pojišťovny a zavedení jednotného informačního systému. Ve zprávě o přeměně zdravotních pojišťoven a v návrhu nového zdravotně

pojistného plánu je potřeba s těmito náklady kalkulovat. Mohlo by totiž dojít k situaci, že by tyto náklady na sloučení mohly převýšit budoucí úspory.

Dalšími náklady, které se sloučením zdravotních pojišťoven souvisí, jsou marketingové náklady na informační kampaň cílenou jak na stávající pojištěnce, tak na nové potenciální pojištěnce. Jde zde především o to, včas informovat pojištěnce o plánovaných změnách a seznámit je s výhodami ze sloučení vyplývajících tak, aby se předešlo případným obavám a šíření spekulativních zpráv, které by mohly pojištěnce těchto zdravotních pojišťoven zneklidnit.

9.2.2 Důsledky sloučení z pohledu pojištěnců

Snahou nové zdravotní pojišťovny je samozřejmě udržení stávajících klientů původních zdravotních pojišťoven. Kromě dobře cílené informační kampaně je potřeba stávající i potenciální nové pojištěnce nalákat na produkty zdravotní pojišťovny, především na zajímavé preventivní programy a jiné možné benefity služby, jako je možnost elektronické komunikace se zdravotní pojišťovnou, nebo například nabídka kupónů na využití slev pro pojištěnce u některých obchodních partnerů zdravotní pojišťovny apod.

Nejdůležitější výhodou pro pojištěnce v modelovém příkladu je ale rozšíření působnosti zdravotní pojišťovny a s tím související rozšíření sítě zdravotnických zařízení. To umožňuje pojištěncům snadnější přístup ke zdravotní péči, možnost výběru zdravotnického zařízení a zkvalitnění služeb poskytované zdravotní péče.

9.2.3 Důsledky sloučení z pohledu plátců zdravotního pojištění

Pro plátce zdravotního pojištění nemá sloučení zdravotních pojišťoven nikterak velký význam. Jediným důsledkem pro plátce pojistného je potřeba evidování změny zdravotních pojišťoven a případné změny čísla účtu, na které je pojistné zdravotního pojištění odváděno.

9.2.4 Důsledky sloučení z pohledu zdravotnických zařízení

Po sloučení zdravotních pojišťoven je potřeba domluvit a sepsat nové smlouvy o poskytování a úhradách zdravotní péče se zdravotnickými zařízení. Ve většině případů lze předpokládat, že půjde o obnovu smluv se stávajícími zdravotnickými zařízeními původních zdravotních pojišťoven. Může se ale stát u menších a soukromých zdravotnických zařízení, že fúze zdravotních pojišťoven vyvolá nedůvěru a k sepsání vzájemné smlouvy tak dojít nemusí. Oproti tomu sloučením zdravotní pojišťovny očekávají zvýšení jejich solventnosti a zvýšení tak jejich důvěryhodnosti u zdravotnických zařízení, čímž by došlo k dalšímu rozšíření sítě smluvních zdravotnických zařízení.

9.2.5 Důsledky sloučení z pohledu státu a trhu zdravotních pojišťoven

Z pohledu státu je sloučení zdravotních pojišťoven prostředkem zabránění úpadku zdravotních pojišťoven. K jiným důvodům pro sloučení zdravotních pojišťoven se stát v současné době nepřiklání, o čemž svědčí novela zákona č. 351/2009 Sb., kterou se mění zákon o resortních, oborových, podnikových a dalších zaměstnaneckých pojišťovnách. Snahou státu je totiž udržení dostatečné konkurence na trhu zdravotních pojišťoven, čímž by

mělo docházet ke zkvalitňování financování výkonů poskytované zdravotní péče. Jde zde také o zabránění fúzí zdravotních pojišťoven ze spekulativních důvodů a vzniku společností, které by na poskytování všeobecného zdravotního pojištění vydělávaly.

V uvedeném modelovém příkladě svým způsobem o zabránění případného úpadku zejména Zemědělské zdravotní pojišťovny jde. Došlo k němu pouze před vznikem uvalení nucené správy, do které by se Zemědělská zdravotní pojišťovna mohla dostat kvůli zmíněným problémům věkové struktury pojištěnců, odlivu potenciálních pojištěnců z regionu působnosti zdravotní pojišťovny.

Z pohledu ostatních zdravotních pojišťoven došlo k posílení vlivu nové Zdravotní pojišťovny Morava a tím k prohloubení konkurence mezi všemi zdravotními pojišťovnami působícími na trhu zdravotní péče v České republice. Snížení počtu pojišťoven na trhu zdravotní péče v tomto modelovém příkladě nehraje významnou roli vzhledem k tomu, že se jedná o zdravotní pojišťovny s regionální působností.

10 Zhodnocení analýzy

Sloučením dvou zdravotních pojišťoven z výše uvedeného modelového příkladu se pravděpodobně podařilo zlepšit celkové postavení nové Moravské zdravotní pojišťovny. Ačkoliv s sebou tento proces přináší i některé specifické náklady, přesto vzájemným sloučením obě regionální zdravotní pojišťovny dosáhnou viditelného snížení budoucích provozních nákladů a zefektivnění činnosti i zdravotní pojišťovny.

Nedostatečná právní úprava a individuální přístup ke slučování zdravotních pojišťoven vede také k odlišnostem každého procesu slučování. Proto nelze předpokládat a nějakým způsobem zobecňovat celý tento proces. Předpoklady pro sloučení vycházejí z aktuálních potřeb konkrétních zdravotních pojišťoven a následné schvalování tohoto aktu je podmíněno aktuální politické situací a vnímání principů zdravotního pojištění.

Různé výchozí situace zdravotních pojišťoven by vedly k různým důvodům pro jejich sloučení. Rozdílný by byl i proces slučování dvou zdravotních pojišťoven s působností po celé České republice oproti uvedenému modelovému příkladu. V případě sloučení dvou zdravotních pojišťoven s prolínající se působností by se především dalo očekávat větší relativní snížení provozních nákladů, než tomu je u zdravotních pojišťoven pouze s regionální působností. Dále lze předpokládat získání dominantnějšího postavení na trhu zdravotních pojišťoven a zvýšení tak počtu pojištěnců. K rozšíření sítě smluvních zdravotnických zařízení by však už nedošlo, protože velké zdravotní pojišťovny s působností po celé České republice mají téměř shodou síť smluvních zdravotnických zařízení. Avšak právě s tímto výrazným posílením postavení na trhu zdravotních pojišťoven roste obava o dostatečný počet zdravotních pojišťoven, zaručujících jejich vzájemnou konkurenceschopnost.

Problematika nejen nedostatečné regulace pravidel pro slučování zdravotních pojišťoven, ale celého fungování zdravotních pojišťoven vede k prohlubování specifik v českém zdravotním

pojištění. Příkladem může být nejasná právní forma českých zdravotních pojišťoven, která dosud není českému právnímu řádu známa. Z toho důvodu nevyplývají pro zdravotní pojišťovny žádné povinnosti například z obchodního zákoníku, jako pro jiné ekonomické subjekty. Dalšími nedostatky legislativní úpravy činnosti zdravotních pojišťoven je již zmiňovaný nejasně vymezený dohled nad zdravotními pojišťovnami, ale i formální náležitosti předkládaných dokumentů, jako je zakládací listina zdravotní pojišťovny. [4]

Na vypořádání se s těmito hlavními nedostatky českého zdravotního pojištění se pravděpodobně čeká na jednotný zásadní postup spojený s celkovou reformou zdravotního pojištění. Do té doby lze očekávat další řadu drobných legislativních úprav a nařízení, která mají spíše tyto nedostatky kosmeticky upravit.

11 Závěr

Ve své diplomové práci jsem se pokusila zachytit fungování trhu zdravotních pojišťoven v České republice a zaměřila jsem se na podmínky a možnosti slučování zdravotních pojišťoven. Během mé práce došlo k zásadní legislativní úpravě, která možnost slučování zdravotních pojišťoven jednoznačně omezila. Důvodem této novely byla obava z toho, že by trend slučování zdravotních pojišťoven možná s vlivem hospodářské krize mohl stupňovat a na českém trhu zdravotních pojišťoven by se postupně udrželo jen několik silných gigantů. Vznik takového oligopolu by pravděpodobně představoval zhoršení kvality zdravotní péče, snížení svobodné volby zdravotní pojišťovny pojištěnci a v neposlední řadě by také do jisté míry omezil možný vstup nových zdravotních pojišťoven na český trh zdravotních pojišťoven.

Otázkou však zůstává, zda je tento přístup správný. V čem vlastně spočívá konkurence zdravotních pojišťoven v České republice? A není tento systém příliš zbytečně nákladný? Nestačila by pro provozování zdravotního pojištění jen jedna zdravotní pojišťovna? Tuto funkci by zcela jistě byla schopna zastat sama Všeobecná zdravotní pojišťovna, která je zřízena státem a která byla již několikrát díky svému výsadnímu postavení v minulosti státem nad rámec právních úprav podporována. I takové tendence se ve vývoji české zdravotnictví vyskytují.

Problém nejednotných představ o budoucím vývoji trhu zdravotních pojišťoven spočívá v rozpačitých tendencích nutné reformy celého českého zdravotnictví. Tlaky na nutnou změnu současného fungování českého zdravotnictví se objevují už od začátku 90. let 20. století. Jejich prosazení je však náročné a ve vládách těžko prosaditelné. Společným základním cílem všech reforem ale zůstává akutní řešení stále negativního demografického vývoje a stále zvyšování nákladů na poskytovanou zdravotní péči.

Podmínkou pro správné fungování celého trhu zdravotní péče je však nutnost vymezení všech podmínek pro činnost subjektů působících na tomto trhu v právním řádu a stanovení jednotného dohledu nad tímto trhem s jasně vymezenými kompetencemi tohoto dohledu.

Téma slučování zdravotních pojišťoven zasahuje do obsáhlé problematiky českého zdravotnictví, která nabízí mnoho dalších možností, o které by bylo možné toto téma ještě více rozšířit. Náhledy na budoucí fungování zdravotních pojišťoven ve spojení s nutnými reformními kroky se totiž výrazně odlišují. Vývoj trhu zdravotních pojišťoven tak zcela závisí na politické vůli těch stran, které přesvědčí své voliče a odváží se k těmto nepopulárním změnám současného systému.

Obdobné problémy zdravotního pojištění, ale i celkové koncepce sociálního zabezpečení řeší i ostatní vyspělé ekonomické státy. Ačkoliv se systémy zdravotní péče ve všech státech výrazně odlišují, potýkají se stejnými problémy stejně tak, jako Česká republika. Jedná se zejména o nepříznivý demografický vývoj, růst nákladů na zdravotní péči a léky, obecný růst cen a snižování relativního poměru ekonomicky aktivních lidí ku celkovému počtu obyvatel. Důsledky těchto negativních vlivů můžeme podobně jako v České republice spatřit i v Německu. V průběhu několika let se zde snížil počet zákonných zdravotních pojišťoven o více než jednu polovinu a stále se díky jejich vzájemnému slučování tento počet snižuje.

Seznam použité literatury

Citace:

- [1] NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.
- [2] SHIMA, F. eHealth z pohledu aplikování nových ICT. *Program a sborník konference INMED 2008*. Pardubice: STARO s.r.o., 2008, s. 24. ISBN 978-80-903879-3-5.
- [3] Zákon č. 125/2008 Sb., o přeměnách obchodních společností a družstev.
- [4] Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.
- [5] Zákon č. 351/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.
- [6] Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.
- [7] Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.
- [8] Businessinfo.cz [online]. Praha: Nexus Group, s.r.o., 2009 [cit. 2009-11-12]. Dostupný z WWW: <<http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/orientace-v-pravnich-ukonech/obchodni-spolecnosti-zmeny-opu/1000818/46134/#b211>>

- [9] Epravo.cz [online]. Praha: EPRAVO a.s., 2009 [cit. 2009-11-12]. Dostupný z WWW: <<http://www.epravo.cz/top/clanky/zakon-o-premenach-obchodnich-spolecnosti-a-druzstev-55295.html>>
- [10] Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Praha [cit. 2010-03-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/Pages/787-tiskova-konference-ke-standardum-odborne-zdravotni-pece.html>>
- [11] Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Praha [cit. 2010-03-27]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/file.aspx?id=903&name=d%C5%AFvodov%C3%A1%20zpr%C3%A1va%20k%20z%C3%A1konu%20o%20zdravotn%C3%ADch%20poji%C5%A1%C5%A5ovn%C3%A1ch%20pro%20ve%C5%99ejnou%20diskusi.doc>>
- [12] Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Praha [cit. 2010-03-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/275-vecny-zamer-zakona-o-uradu-pro-dohled-nad-zdravotnimi-pojistovnami.html>>
- [13] Svaz zdravotních pojišťoven České republiky [online]. Praha [cit. 2010-03-06]. Dostupný z WWW: <<http://szpcr.cz/index.php?c=home>>
- [14] Vojenská zdravotní pojišťovna [online]. Praha [cit. 2010-03-24]. Dostupný z WWW: <http://www.vozp.cz/cs/Klient/Nadstandardy_2010/#o19>
- [15] Informace získané z rozhovoru s panem Ing. Milanem Měkotou.

Bibliografie:

BÁRTLOVÁ, S., DOHNAL, K., IVANOVÁ, K., et al. *České zdravotnictví, vize a skutečnost*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2005. 250 s. ISBN 80-246-0944-4.

BROWN, C. V., JACKSON, P.M. *Public Sector Economics*. Oxford: Blackwell Publishers, 1994. ISBN 0-631-16208-9.

DUCHÁČKOVÁ, E. *Principy pojištění a pojišťovnictví*. 1. vyd. Praha: Ekopress s.r.o., 2003. 178 s. ISBN 80-86119-67-X.

GLADKIJ, I. aj. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: nakladatelství, 2003. ISBN 89-7226-996-8.

KOVANICOVÁ, D. *Abeceda účetních znalostí pro každého*. 17. vyd. Praha: Polygon, 2007. 444 s. ISBN 978-80-7273-143-5.

NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

VEPŘEK, J., VEPŘEK, P., JANDA, J. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2002. 232 s. ISBN 80-247-0347-5.

VOSTATEK, J. *Sociální a soukromé pojištění*. 1. vyd. Praha: Codex Bohemia, 2000. 601 s. ISBN 80-85963-21-3.

Zákon č. 125/2008 Sb., o přeměnách obchodních společností a družstev.

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Zákon č. 351/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Zákon č. 48/Zákon č. 48/1997 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění.

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

KONKURENCE ZA VEŘEJNÉ PENÍZE? [online]. Praha: INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY [cit.2010-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.ipvz.cz/publikace-a-materialy-z-roku-2005.aspx>>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Praha [cit. 2009-11-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.mzcr.cz/Default.aspx>>

Studijní materiály – Žaneta Boučková [online]. Liberec [cit. 2009-11-10]. Dostupný z WWW: <<http://bouckova.ic.cz/?m=sz&t=d>>

Svaz zdravotních pojišťoven České republiky [online]. Praha [cit. 2010-03-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.szpcr.cz/>>

Vojenská zdravotní pojišťovna [online]. Praha [cit. 2009-12-14]. Dostupný z WWW: <<http://www.vozp.cz/cs/index.html>>

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR [online]. Praha [cit. 2009-12-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.zpmvcr.cz/>>

Seznam příloh

A. Přehled vývoje zdravotních pojišťoven [1 strana]

Pozn. Rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví České republiky došlo 1.7.2009 ke sloučení zdravotní pojišťovny Agel (227) s Hutnickou zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou (205) a 1.10.2009 ke sloučení České národní zdravotní pojišťovny (222) s Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnou (205). Sloučením vznikla Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205). Tato změna není v příloze ještě zachycena.

B. Zdravotně pojistný plán Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra ČR na rok 2009 [26 stran]

Zdravotní pojišťovny a jejich historie

Přehled vývoje zdravotních pojišťoven (sloučení, likvidace).
Úvodní číslo značí kód dané zdravotní pojišťovny.

Kód	Zdravotní pojišťovna (datum založení)	
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (1.1.1992)	
201	Vojenská zdravotní pojišťovna (18.12.1992)	
205	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna (1.10.1992)	
208	Zdravotní pojišťovna ATLAS (15.10.1992)	Sloučena 1.7.1996
207	Oborová ZP bank a pojišťoven (15.9.1992)	
212	Stavební zdravotní pojišťovna STAZPO (1.11.1992)	Sloučena 10.10.2000
209	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (15.10.1992)	
211	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR (1.10.1992)	
203	Zdravotní pojišťovna GRÁL (15.9.1992)	Sloučena 1.5.1997
214	Regionální zdravotní pojišťovna REZAPO (10.11.1992)	Sloučena 1.1.1998
216	Zdravotní pojišťovna SALVUS (15.3.1993)	Sloučena 1.5.1996
218	Zdravotní pojišťovna CRYSTAL (6.9.1993)	Sloučena 1.11.1997
220	Zdravotní pojišťovna PRIMA (13.6.1994)	Sloučena 1.4.1996
213	Revírní bratrská pokladna (1.2.1993)	
206	Moravská zdravotní pojišťovna (1.10.1992)	Sloučena 1.9.1996
217	Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE (1.6.1993)	
222	Česká národní zdravotní pojišťovna (24.6.1994)	
227	Zdravotní pojišťovna AGEL (19.12.2007)	
228	Zdravotní pojišťovna MÉDIA (23. února 2009)	

202	Hornická zaměstnanecká pojišťovna (1.10.1992)	Zrušena 1.2.1996
204	Podniková ZP GARANT-HOSPITAL (15.10.1992)	Zrušena 1.1.1997
210	Zdravotní pokladna škodováků (1.10.1992)	V likvidaci
221	Mendlova zdravotní pojišťovna (10.6.1994)	Zrušena 1.4.1997
225	Zdravotní pojišťovna SPORT (15.12.1994)	V likvidaci
215	Moravskoslezská poj. IMPULS (1.12.1992)	Sloučena 1.5.1996
219	Prostějovská zdravotní pojišťovna (18.3.1994)	Sloučena 1.5.1996
223	Zemědělsko-potravinářská ZP (29.9.1994)	Sloučena 1.5.1996
224	Zaměstnanecká zdr. poj. RADIX (15.12.1994)	Sloučena 1.5.1996
226	ZP chemie, zdravotnictví a farmacie LEROS (31.3.1995)	Nezahájila činnost